



FACULDADE PARAENSE DE ENSINO

LETICIA DUARTE DE OLIVEIRA
THALISSA PINHEIRO DE OLIVEIRA

**ANÁLISE DA INSERÇÃO DE DISCIPLINAS RELACIONADAS A SAÚDE
INDÍGENA NO CURRÍCULO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Belém
2017

LETICIA DUARTE DE OLIVEIRA
THALISSA PINHEIRO DE OLIVEIRA

**ANÁLISE DA INSERÇÃO DE DISCIPLINAS RELACIONADAS A SAÚDE
INDÍGENA NO CURRÍCULO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como
requisito para obtenção do título de Enfermeiro(a) da
Faculdade Paraense de Ensino. Orientador: Profº Msc.
Rodolfo Marcony Nobre Lira

Belém
2017

Oliveira, Letícia Duarte de

Análise de inserção de disciplinas relacionadas à saúde indígena no currículo de graduação em Enfermagem / Letícia Duarte de Oliveira, Thalissa Pinheiro de Oliveira; Orientadora Prof. Msc. Rodolfo Marcony Nobre Lira – Belém, 2017.

63 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade Paraense de Ensino. Belém, 2017.

1. Índios da América do Sul – Saúde e higiene – Brasil 2. Enfermagem – Estudo e ensino I. Título

CDU: 616-083(=1.81-82):378

LETICIA DUARTE DE OLIVEIRA
THALISSA PINHEIRO DE OLIVEIRA

**ANÁLISE DA INSERÇÃO DE DISCIPLINAS RELACIONADAS A SAÚDE
INDÍGENA NO CURRÍCULO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como
requisito para obtenção do título de Enfermeiro(a) da
Faculdade Paraense de Ensino. Orientador: Profº Msc.
Rodolfo Marcony Nobre Lira

Aprovado em:

Banca examinadora:

_____ - Orientador
Profº Msc. Rodolfo Marcony Nobre Lira

Prof. Msc Milena Silva dos Santos

Prof. Msc Mônica Olívia Lopes Sá de Souza

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a Deus que possibilitou o hoje, assim como a conclusão desta graduação.

Agradeço à meus amados pais por me apoiar no decorrer desta graduação e me incentivar nos diversos momentos de dificuldade, minha filha Julia de Oliveira que foi minha maior inspiração para tornar-me uma profissional qualificada em especial meu marido Rodrigo Vasconcelos que possui a incrível habilidade de transformar meus feitos em produtos reais, porque uma semente que não é plantada não brota e uma plantação sem sementes não nasce, e assim nossa relação segue em parceria onde eu forneço as sementes e ele as planta, sempre caminhando ao meu lado em busca do sucesso. Também agradeço ao meu grupo de estudos que caminhou ao meu lado por oito longos semestres dividido alegrias e frustrações Andreza Ferreira, Letícia Duarte, Suelen Baia, Lorena Oliveira, Josivane Castro e Denise Ferreira, minhas meninas, minhas enfermeiras sempre guardarei boas recordações desses anos de amizade.

Agradeço aos professores que me serviram de inspiração como profissionais qualificados, competentes e comprometidos com a enfermagem Elyad Nelly, Eliane Lobato e Amanda Paiva.

Com muito carinho agradeço a Mariana Sampaio que me mostrou um novo “universo” chamado antropologia o qual pretendo explorar e quem sabe contribuir para a maior divulgação e reconhecimento de sua importância.

E por último mais não menos importante agradeço ao meu professor, mestre, orientador Rodolfo Marcony Nobre Lira, que aceitou me orientar fora dos prazos iniciais e abraçou a causa, com paciência e conhecimento técnico direcionou este trabalho à caminhos inimagináveis, sempre acrescentando e o fazendo melhor.

Thalissa Pinheiro de Oliveira

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus pois sem ele eu não teria forças para essa longa jornada, agradeço também a todos os professores que me acompanharam durante a minha graduação e principalmente Ao professor Marconi nobre lira meu orientador que não colocou dificuldades para me ajuda ,agradecer também aos colegas de classes e principalmente as minhas amigas :Thalissa pinheiro ,josivane tenorio, suellen baía ,Andreia Ferreira e Lorena Oliveira que sem elas aulas não seriam as mesma. Ao jucivaldo Almeida de Oliveira que sempre me deu incentivo para nunca desistir a minha mãe lucicleia melo Duarte quero dizer que esse sonho realizado e nosso ao meus irmão Jefferson Duarte de Oliveira e leia Duarte de Oliveira a ao meu marido Jefferson Fábio felizardo baía Obrigada por estar junto comigo nessa correria sem cobrança de tempo e me ajudando no que precisava para o trabalho A todos aqueles que de alguma forma estiveram e estão próximos a mim o meu obrigada.

LETÍCIA DUARTE DE OLIVEIRA

RESUMO

A matriz curricular do curso de graduação em enfermagem está fundamentada a partir da resolução CNE/CES Nº 3, DE 7 de novembro de 2001, no artigo 15 desta resolução existe a garantia de que as concepções curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento. Este estudo tem como objetivo analisar a matriz curricular das IES da região metropolitana de Belém no curso de graduação em enfermagem e fazer levantamentos quantitativos quanto a inserção de disciplinas relacionadas a saúde indígena, identificar e analisar a quantidade de disciplinas relacionadas à saúde indígena inseridas nos currículos de graduação em enfermagem; assim como identificar e analisar a carga horária das referidas disciplinas. Trata-se de uma pesquisa, apresentado na forma de estudo do tipo documental e estatístico-descritivo onde foi adotada uma abordagem quantitativa, que foi desenvolvida em intuições de ensino superior da região metropolitana de Belém no estado do Pará. Com o presente estudo foi possível notar que após 14 anos de reconhecimento do poder público em relação a necessidade de uma política de saúde específica para os povos indígenas e a criação do SASI, ainda não foi criado uma política educacional voltada os acadêmicos que atuaram com a atenção das especificidades da saúde indígena, contudo percebe-se que é necessário estimular cada vez mais a inserção do ensino teórico e prático da saúde indígena nas grades curriculares dos cursos de graduação de enfermagem assim como incentivar pesquisas que visem o aperfeiçoamento desta formação. Pois assim, será possível garantir, aos pacientes indígenas que o processo de atendimento à sua saúde ocorra com dignidade e respeito que eles têm direito.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde indígena; Currículo; Graduação em enfermagem.

ABSTRACT

The curricular matrix of the nursing undergraduate course is based on the CNE / CES No. 3, November 7, 2001, in the article 15 there is guarantee of curriculum conceptions design of the under graduate nursing course should be accompanied and permanently evaluated, to order to allow adjustments that are necessary to their improve. This study has like aim analyze the curriculum matrix of the IES of the metropolitan region of Belém in the Nursing graduation course to do quantitative surveys regarding quantitative surveys regarding insertion of the subjects related indigenous' health, analyze and identify the amount about the subjects related indigenous' health inserted in the nursing graduation curriculum; as well as identify and analyze the workload about these disciplines. It is a research project, introduced in the document type study form and descriptive statistics, where the approach quantitative has been adopted that was developed in higher education institutions in the metropolitan region of Belém, in the Pará State. With the present study has been possible noted. With the study present has been possible noted that after 14 years of recognition about the public power in relation of the necessities of the specifically health's policy for the indigenous people and the creation about the SASI, an educational policy has not been an educational policy has not been created to the academics that who have acted with attention in the specificities of indigenous health, however understand that is necessary to stimulate more and more the insertion about the theoretical teaching and practical teaching about the indigenous health in the grades curricular of the nursing graduation course as well as encouraging research aimed at improving about this formation. Thus, it will be possible to guarantee to the indigenous patients that the process of attending to their health occurs with dignity and respect that they have entitled.

KEY WORDS: Indigenous health; Curriculum; Graduation in nursing.

LISTA DE SIGLAS

CASAI	Casa de saúde indígena
CES	Câmara de Educação Superior
CH	Carga Horária
CISI	Comissão Intersectorial de Saúde Indígena
CNE	Conselho Nacional de Educação
DSEIS	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
DSY	Distrito Sanitário Yanomami
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituições de Ensino Superior
IPHAN	Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional
RMB	Região Metropolitana de Belém
SASI	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Tipos de IES	36
Tabela 2 - Frequência de palavra chave	37
Tabela 3 - Distribuição de carga horária e disciplinas por IES.....	40
Tabela 4 -Síntese de gráficos e tabelas.....	41

LISTA DE IMAGENS

Gráfico 1 - Distribuição de disciplinas por IES.....	38
Gráfico 2 - Distribuição de disciplinas optativas por IES.....	39

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1 Problemática	15
1.2 Hipótese	17
1.3 Justificativa	17
2. OBJETIVOS	19
2.1 Objetivo geral	19
2.2 Objetivos específicos	19
3. REFERÊNCIAL TEÓRICO	20
3.1 Cultura indígena	20
3.2 Patrimônio cultural brasileiro	22
3.3 Fundação Nacional do Índio	23
3.4 Reconhecimento de direitos indígenas	24
3.5 Ministério da Saúde	24
3.5.1 Distrito sanitário de Yanomami	24
3.5.2 Fundação nacional de saúde	25
3.5.3 Comissão intersetorial de saúde indígena	25
3.5.4 IX Conferência Nacional de Saúde	25
3.5.4.1 Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI	25
3.5.5 II Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas	26
3.5.6 Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999	26
3.5.7 “A Lei Arouca” (Lei nº. 9.836, de 23 de setembro de 1999)	26
3.5.8 Secretaria Especial de Saúde Indígena	27
3.6 Atuação da enfermagem em saúde indígena	28
3.7 Currículo de enfermagem	29
3.7.1 Lei 9.394/96 - Lei de Diretrizes e Bases para a Educação Nacional	29
3.7.2 Resolução CNE/CES 03/2001 - Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem	29
4. METODOLOGIA	30
4.1 Tipo de estudo	30
4.2 Local de estudo	30
4.3 População alvo e amostra	30
4.4 Critério de inclusão	31
4.5 Critério de exclusão	31

4.6 Técnica de coleta de dados e etapas da pesquisa.....	31
4.7 Análise dos dados	32
4.7.1 Antropologia	33
4.7.2 Relações étnicas	33
4.7.3 Terapias culturais/ naturais / alternativas de saúde	33
4.7.4 Saúde na Amazônia	34
4.7.5 Saúde indígena	34
4.7.6 Saúde cultura e educação.....	35
4.8 Aspectos éticos.....	35
4.9 Risco da pesquisa	35
4.10 Benefícios da pesquisa.....	36
5. RESULTADOS.....	36
6.1 Quanto ao tipo de IES	36
5.2 Quanto a frequência de palavras.chave.....	37
5.3 Distribuição de disciplinas por IES	38
5.4 Distribuição de disciplinas optativas por IES.....	39
5.4 Distribuição de carga horária de disciplinas relacionadas X número de disciplinas por IES	40
5.5 Síntese de todos os gráficos e tabelas	41
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS.....	45
ANEXO A - DECRETO Nº 3.156, DE 27 DE AGOSTO DE 1999.	50
ANEXO B - RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 3, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001	52
APÊNDICE A- FORMULÁRIO DE PESQUISA	61

1. INTRODUÇÃO

A matriz curricular do curso de graduação em enfermagem em novembro de 2017 comemorou 16 anos, e como é comum que todo processo quando não atualizado fique defasado, a necessidade de fazer novas adequações a matriz curricular do curso de graduação em enfermagem sempre existirá, a fim de mantê-lo atual e para que o inciso I do artigo 4 da resolução CNE/CES Nº 3, DE 7 de novembro de 2001, seja cumprido “Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos”. (BRASIL, 2001)

Manter o currículo de enfermagem atualizado é pertinente para garantir excelência no serviço do profissional enfermeiro que irá graduar-se. Mas nesse sentindo atualizar o currículo pode estar relacionado também a resgatar algo importante que esteja sendo pouco valorizado: O indígena Brasileiro.

Para Cunha, (2013) a sociedade possui uma visão deturpada dos povos indígenas quando na verdade a cultura peculiar desses povos podem ser a solução para problemas atuais “Muitas vezes vistos como ‘atrasados’ ou como entraves à expansão econômica, os povos indígenas apontam, com seus saberes e seu modo de se relacionar com o meio ambiente, um caminho alternativo para o Brasil”.

Ferreira, (2013) faz considerações sobre o que ela chama de “medicinas tradicionais indígenas” a autora afirma que “ ajudar a ampliar a cobertura dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas e contribuir para a atenção diferenciada e integral” mas, para que isso, ocorra os profissionais de saúde precisariam mudar a abordagem e comunicar-se de forma intercultural e tentar construir, junto as comunidades, uma rotina de cuidados que articulem saberes e práticas, pois essa abordagem diferenciada poderia gerar maior aceitação da comunidade.

Considerando que no primeiro princípio geral do relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Indígena diz que “cada povo indígena tem suas próprias formas próprias de vivenciar a saúde e a doença. As ações de prevenções, promoções, proteção e recuperação da saúde devem considerar esses aspectos”. Fica fácil perceber que competências comunicativas interculturais citadas por

Ferreira, (2013) são necessárias para que possa ocorrer a afirmação da identidade étnica desses povos assim como o fortalecimento de sua autoestima.

Santos et al. (2011) diz que o Ministério da Saúde com a intenção de melhorar a qualidade de saúde da população brasileira tem investido da biodiversidade do país e incentivando a utilização da fitoterapia como complemento para o Sistema Único de Saúde (SUS). Mas avisa que para que essa nova tendência ocorra de maneira segura é importante que os profissionais da área da saúde estejam aptos a indica-la, mas que para isso é necessário que eles compreendam a química, toxicologia assim como a farmacologia das plantas medicinais e seus princípios ativos sem desconsiderar o conhecimento popular.

Diante deste desta realidade sobre a saúde indígena, previsões de Cunha, (2013) e investimentos citados por Santos et al. (2011) pressupõem-se a importância da inclusão de disciplinas relacionadas práticas de saúde indígena no currículo dos cursos de graduação em enfermagem, por considerar sua complexidade, e para que comunidade acadêmica possa ser desafiada a produzir mais conteúdo específicos pois sem ter contato com a disciplina bem como sua importância o acadêmico pode ficar desmotivado ampliar seus conhecimentos neste campo.

Neto et. al. (2003) afirma que existem regiões brasileiras onde mais de 50% da população é constituída por populações indígenas, "o que nos faz refletir sobre o dever de considerar a necessidade de atuar frente os problemas e agravos à saúde específicos dessa população." Sabendo que no Brasil, a população indígena é composta por aproximadamente 817 mil indivíduos (BRASIL, 1991/2010), pode-se considerar que a probabilidade de um enfermeiro receber um paciente indígena, mesmo trabalhando em área não indígena e alta, assim como é alta a probabilidade de um enfermeiro atuar diretamente com populações indígenas.

Assim é possível avaliar que práticas de saúde indígenas é fator presente na realidade brasileira e a inserção de tais práticas na matriz curricular dos cursos de graduação enfermagem tem como finalidade de formar profissionais capacitados a "dar respostas às especificidades regionais de saúde através de intervenções planejadas estrategicamente" (SAVIANI,2000) e garantir o atendimento de qualidade da população indígenas.

Estudar saúde indígena é abranger os cuidados de enfermagem, estreitando assim o laço de intimidade do profissional com a profissão e garantir que exercício

da profissão seja realizado de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, promovendo ao profissional a capacidade de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e encontrar soluções para os mesmos.

1.1 Problemática.

Marinelli et al. (2012) realizou uma pesquisa que apontou as dificuldades encontradas por enfermeiros na assistência à população indígena onde as principais foram: Cultura: o estudo apontou a cultura como uma dificuldade, neste sentido englobando os mitos, costumes e crenças; Condições de trabalho: o estudo mostra que na aldeia onde foi feita a pesquisa existe a falta de equipamentos básicos para a assistência como equipamentos para examinar pressão arterial, batimentos cardíacos fetais e balança, assim como água e energia elétrica instável; Barreira linguística: Comunicação e linguagem são prejudicadas pela falta de um interprete; Dificuldade no acesso: barreira geográfica dificuldades de acesso físico a aldeia; Aceitação do profissional pelo indígena: falta de confiança do indígena no profissional de saúde; A resistência de assistência por gênero: principalmente de mulheres indígenas para a consulta ginecológica com enfermeiros do gênero masculino.

A casa de saúde indígena (CASAI) é definida pela portaria 1.801, de 09/11/2015, que a nomeia como estabelecimentos de Saúde Indígena responsável pelo apoio, acolhimento e assistência aos indígenas referenciados à Rede de Serviços do SUS, para realização de ações complementares a atenção básica e de atenção especializada, estendendo essa atenção aos acompanhantes, quando necessário. (BRASIL, 2017).

Silva, et al (2016) diz que a Casai deve receber, alojar e alimentar os pacientes indígenas assim como seus acompanhantes, também fala que o paciente deve ser encaminhado e que deve ser prestado assistência de enfermagem em período integral. Baseado na funcionalidade da casai o autor realizou um estudo direcionado a identificar as dificuldades enfrentadas pelos indígenas durante a permanência em uma Casa de Saúde Indígena na região Amazônica/Brasil. Quais sejam:

Marcar consultas; longa espera por procedimentos hospitalares; Dificuldade financeira para comprar medicamentos; Alimentação diferente das tradicionais indígenas; Barreira linguística; Estrutura física da Casai.

Confrontando os estudos de Marinelli et al. (2012) e Silva, et al (2016), fica fácil perceber que existem dificuldades de aceitação e adequação tanto por parte dos indígenas como dos enfermeiros. Mas como Ministério da Saúde, considera que, a assistência e a promoção da saúde nas comunidades indígenas apresentam impacto positivo nas condições de saúde e qualidade de vida dessa população deve-se analisar a possibilidade de adequação dessas dificuldades. (NETO et. al.,2003)

As diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem, afirmam no tópico conteúdos curriculares que os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Enfermagem devem estar relacionados com o processo saúde-doença do cidadão em geral e que ele deve estar relacionado a realidade epidemiológica da região, assim garantindo a integralidade dos cuidados em enfermagem. (BRASIL, 2001)

Neste processo de garantia da integralidade das ações de enfermagem os conteúdos curriculares devem contemplar áreas do saber como: Farmacologia, Antropologia, Biologia Celular, Fisiologia, Assistência de Enfermagem em nível individual e coletivo, meios e instrumentos inerentes ao trabalho do Enfermeiro e da Enfermagem, compreensão de determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, do processo saúde-doença; assim como conteúdo que possa conferir-lhe capacidade acadêmica e/ou profissional, considerando as demandas e necessidades prevalentes e prioritárias da população conforme o quadro epidemiológico do país/região.

Diante das situações constatadas, faz-se necessário sensibilizar os atores sociais que atuam na atenção à saúde indígena no sentido de rever a formação dos futuros profissionais de saúde, visando melhor qualificar estes ao menos quanto as políticas voltadas para as questões indígenas. (NETO et. al.,2003)

Assim surge a seguinte pergunta de pesquisa: qual o número de disciplina(s) relacionadas a saúde indígena as Instituições de Ensino Superior (IES) da Região Metropolitana de Belém (RMB) ofertam em sua matriz curricular?

1.2 Hipótese

Visando a atual conjuntura de demanda e amparo legal é possível sugerir as seguintes hipóteses:

H1: IES da RMB, visando excelência no atendimento da população da região, ofertam em sua matriz curricular pelo menos uma disciplina relacionada à saúde indígena.

H0: IES da RMB não ofertam em sua matriz curricular qualquer disciplina relacionada à saúde indígena.

1.3 Justificativa

Sabemos que no Brasil, a população indígena é composta por aproximadamente 817 mil indivíduos que compõem 305 etnias distintas e falam 274 línguas (IBGE, 2010). Os indígenas são cidadãos brasileiros legítimos e possuem todos os direitos do cidadão comum, além de alguns particulares garantidos pela Constituição federal de 1988.

Os índios estão presentes em todos os estados brasileiros e cada povoado possui uma cultura própria. Esta diversidade cultural pode ser considerada uma das maiores riquezas deste país, tanto que a constituição garante o respeito à sua organização social, costumes, crenças e tradições entre outros.

Em 1999, foi criada a Lei nº 9.836/99, conhecida como Lei Arouca. Que criou o organograma da saúde indígena que hoje é coordenado pelo Ministério da Saúde, seguido a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), é composta por Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIS) que se configuram em uma rede de serviços implantada nas terras indígenas para atender essa população a partir de Polos, postos de saúde e Casa de Saúde Indígena (CASAI), seguindo critérios geográficos, demográficos e culturais.

Considerando o censo do instituto brasileiro de geografia e estatística (IBGE) 2010. O estado do Pará ocupa no Ranking por estados a oitava colocação como estado com o maior número de indígenas, com uma população estimada de 39.081 habitantes.

Após analisar a complexa estrutura que garante os direitos indígenas na área da saúde e perceber a concentração de indígenas no estado do Pará, surgiu o interesse de promover uma pesquisa onde possam ser estudados os currículos das

Instituições de Ensino Superior da região metropolitana de Belém no estado Pará perceber a quantidade de disciplinas relacionadas à saúde indígena, presentes nestes.

O estudo é relevante para que as instituições de ensino que possam perceber de que a maneira estas estão alcançando a saúde indígena brasileira, se tal temática está sendo abordada de modo relevante. Para Neto et. al. (2003) a qualidade da atuação do enfermeiro em saúde indígena depende da compreensão deste em relação ao processo saúde-doença de forma ampliada, incluindo o aspectos étnico-culturais.

A localidade selecionada, RMB, é importante por se nela encontra-se os principais centros de referência no tratamento de saúde do estado do Pará, assim como a lei Arouca prevê assistência integral a população indígena quando não suprida a necessidade do paciente em sua localidade de origem é possível que este seja encaminhado para o centro de referência, logo no que se trata de saúde indígena e possível dizer que nesta região pode existir uma quantidade considerável de pacientes indígenas. Assim tornando mais relevante a análise da inserção de disciplinas relacionadas à saúde indígena, nas matrizes curriculares das IES da RMB.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a matriz curricular das IES da região metropolitana de Belém no curso de graduação em enfermagem e fazer levantamentos quantitativos quanto a inserção de disciplinas relacionadas a saúde indígena.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar e analisar a quantidade de disciplinas relacionadas à saúde indígena inseridas nos currículos de graduação em enfermagem;
- Identificar e analisar a carga horária das referidas disciplinas;
- Analisar o contexto histórico do reconhecimento da necessidade de atenção diferenciada ao indígena pelo sistema único de saúde.

3. REFERÊNCIAL TEÓRICO

3.1 Cultura indígena

Para os povos indígenas, a saúde está relacionada com a terra e o equilíbrio da natureza. Neste sentido, torna-se fator determinante da saúde indígena e estão relacionados à garantia de sua cidadania, com uso exclusivo dos recursos naturais. A saúde para os povos indígenas é uma construção coletiva, e conquista através da participação e do fortalecimento do seu protagonismo e poder de decisão. (ALTINI, 2013)

Os povos indígenas têm sistemas tradicionais de saúde, que articulam os aspectos da sua organização social e cultural, a partir do uso das plantas medicinais, rituais de cura, e práticas diversas de promoção da saúde, sob a responsabilidade de pajés, curadores e parteiras tradicionais. (ALTINI, 2013)

“No Brasil, a literatura é farta de relatos de viajantes e cientistas que, desde os primeiros séculos após o descobrimento e até hoje, mostraram o quanto comunidades locais conhecem sobre as plantas e seus usos” (LIMA, 1952)

A Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas aprovada em 2007 afirma que “os povos indígenas têm direito a suas próprias medicinas tradicionais e a manter suas práticas de saúde, assim como desfrutar de todos os níveis hierárquicos estabelecidos pelo SUS, quando necessário, e os Estados devem tomar as medidas necessárias para atingir progressivamente a plena realização deste direito”

Rodrigues, (2014) explica que existem diversas formas de cura exercida via benzimento que são aquelas realizadas através das ervas e técnicas, o que não podem ser interpretadas como ritual espiritual. Ele fala que se trata de práticas da medicina caseira, realizadas por pajés e caboclos, sobre tudo por indígenas, e são fundamentadas exclusivamente no saber tradicional, e são efetivas em casos de enfermidades simples de se tratar, mais frequentemente entre doenças típicas urbe, como viroses e pneumonia leve, o autor comenta que outras doenças apontadas de serem tratadas são febres, dores no corpo, desmentidoras e dores de rasgadura.

O autor ressalta que crianças e mulheres são as principais pessoas que recebem os tratamentos oriundos de males relacionados a indisposição, vomito e mal estar, enquanto os recebem homens recebem atendimentos com

mais frequência a males relacionados a casos de rasgadura, desmentidoras de músculos, recolocação de ossos em articulações e remoção de pequenos tumores, ele diz que bons resultados são benefícios que dependem da situação do enfermo. Se houver gravidade, os pajés e caboclos e indígenas podem desenvolver técnicas de atenção, que consistiria em fazer o resfriamento ou aquecimento de pele que cobre o machucado. (RODRIGUES,2014)

Em uma pesquisa realizada em comunidade ribeirinha formadas por agricultores que utilizam a diversidade natural para suprir suas necessidades, especialmente plantas para sua saúde, no município de Manacapuru Albergia-MA na zona rural. Realizada por Vásquez, et al (2014) foram feitas as seguintes observações:

- ✓ Quanto a parte vegetal utilizada nas preparações dos remédios caseiros.

Observou-se a utilização de todas as partes das plantas quais sejam: casca do caule (rizoma e bulbo) (12%), fruto (7,4%), caule (5,5%), raiz (3%), semente (2%), flor (1,5%) e toda a planta (1%).

- ✓ Quanto ao modo de preparo das plantas medicinais:

Observou-se diversas manifestações medicamentosas quais sejam: o chá representando 62,2%, sumo (11,8%), emplasto (7,1%), maceração (7%), banho (6,1%), xarope (4,8%) e suco (2,2%).

OBS: O autor explica que os chás podem ser preparados de duas maneiras distintas por infusão ou por decocção, e o que determina o tipo de preparo e a parte da planta a ser utilizada. A infusão seria indicada para a produção de chá de partes mais tenras das plantas, como folhas, flores, inflorescências e frutos, sendo de fundamental importância não ferver a planta. Enquanto a decocção seria utilizada para as partes mais duras das plantas, como cascas, raízes, sementes e caules. O autor completa sua fala dizendo que alguns informantes enfatizam que utilizam somente um dos tipos de modo de preparo para todas as plantas, enquanto que outros somente utilizam a decocção se a parte da planta estiver seca. (VÁSQUEZ, et al, 2014)

- ✓ Quanto às indicações terapêuticas das plantas medicinais citadas.

Relacionada a sintomas sem classificação (30,4%), que incluem febres e dores de cabeça. As plantas medicinais que foram mencionadas para o tratamento de tais doenças, na forma de chás e banhos estão: arruda, mucuracá, cipó alho, marcela e manjerição. Doenças do aparelho digestivo (25%). Dentro dessa categoria, o

sintoma mais citado foi o de dor de barriga, As plantas medicinais que foram mencionadas para o tratamento de tal sintoma o hortelã, algodão, laranja boldo e arruda. E doenças do aparelho respiratório (18%). As plantas medicinais que foram mencionadas para o tratamento de tais doenças, na forma de chás e banhos estão arruda, hortelã, capim santo e erva cidreira.

✓ Quanto a procedência da planta medicinal.

(82,7%) das plantas são cultivadas. (16,6%) são silvestres, (4,5%) são compradas, (2,2%) são silvestres e cultivadas e (1,7%) são silvestres e compradas.

Tal pesquisa é importante para que seja notado como práticas tradicionais de saúde são importantes e de que maneiras elas estão sendo aplicadas nas comunidades brasileiras.

3.2 Patrimônio cultural brasileiro

O portal Brasil define o Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN) como uma instituição federal vinculada ao Ministério da Cultura, que é responsável por preservar, divulgar e fiscalizar os bens culturais brasileiros, assim como garantir a utilização desses bens pela atual e gerações futuras.

O IPHAN define bens culturais de natureza imaterial como aqueles que dizem respeito a práticas e domínio da vida cotidiana que se manifesta em forma de saberes, ofício e modos de fazer, assim como em celebrações: formas de expressão cênicas, plásticas musicais ou lúdicas em diferentes lugares (como mercados, feiras e santuários que abrigam pratica culturais coletivas). (BRASIL,2017)

Para Rodrigues (2012) é importante conhecer um pouco a Amazônia, além da sua proclamada biodiversidade, para o autor as culturas híbridas dos povos amazônicos compartilham uma raiz indígena muito interessante de ser analisada.

“Seu povo vem, desde tempos longínquos, construindo costumes, organizações sociais, mitos, maneiras de ver a vida, técnicas inovadoras, relações com a natureza e sustentabilidade ambiental o que a torna um patrimônio cultural da humanidade” (RODRIGUES, 2012)

A constituição federal de 1988, nos artigos 215 e 216, amplia o conceito de patrimônio cultural e passa a reconhecer além da existência de bens culturais de natureza material os bens culturais de natureza imaterial. (BRASIL,1988)

“Promover e coordenar o processo de preservação do patrimônio cultural do Brasil para fortalecer identidades, garantir o direito à memória e construir para o desenvolvimento socioeconômico do país.” (BRASIL, 2017).

3.3 Fundação Nacional do Índio

A Fundação Nacional do Índio (FUNAI) é o órgão indigenista oficial do Estado brasileiro. Que foi criada por meio da Lei nº 5.371, de 5 de dezembro de 1967, está vinculada ao Ministério da Justiça, é a coordenadora e principal executora da política indigenista do Governo Federal. Sua missão institucional é proteger e promover os direitos dos povos indígenas no Brasil. Em ela informa que desde 1500, quando os portugueses chegaram em território brasileiro até a década de 1970, as populações indígenas brasileiras tiveram uma redução significativa e muitas etnias chegaram a ser extintas neste processo estimam-se que no ano de 1500 haviam em média três milhões de índios no Brasil enquanto em 1957 essa população era de apenas setenta mil. “O desaparecimento dos povos indígenas passou a ser visto como uma contingência histórica, algo a ser lamentado, porém inevitável. No entanto, este quadro começou a dar sinais de mudanças nas últimas décadas do século passado.” (BRASIL, 2017).

A FUNAI diz também que em 1991, o IBGE passou a incluir povos indígenas no censo demográfico nacional. E foi possível perceber que o número de brasileiros que se considerava indígenas cresceu 150% na década de 90. Assim pode-se entender que o ritmo de crescimento da população indígena brasileira cresceu quase seis vezes mais que o da população em geral, nesse período. E que o percentual de indígenas em relação à total brasileira saltou de 0,2% em 1991 para 0,4% em 2000, totalizando 734 mil pessoas, assim observou-se que houve um aumento anual de 10% da população, a maior taxa de crescimento dentre todas as categorias, quando a média total de crescimento foi de 1,6% (BRASIL, 2017).

Teixeira (2008) afirma que até os anos 1990, a FUNAI teve responsabilidades com a saúde indígena, porém sempre apresentou baixa em sua atuação e por muitas vezes foi duramente criticada diante do agravamento das condições de saúde indígena. Entre o debate sobre a reforma sanitária brasileira ocorreu em 1986 a 1.^a Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, onde foram definidas as diretrizes para que a política de saúde indígena articulasse estrategicamente diante

das especificidades das comunidades etnicamente diferenciadas que posteriormente se efetivaria na criação de um subsistema de saúde indígena em 1990.

3.4 Reconhecimento de direitos indígenas

A constituição federal de 1988, reconheceu aos indígenas direitos e proteção à sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e determinou o prazo de cinco anos para demarcar as terras indígenas em todo o país (não cumprido até os dias de hoje) e abriu espaço para a mobilização em busca da atenção diferenciada à saúde no SUS. As leis orgânicas da saúde foram publicadas em 1990, porém, nelas não foram feitas menção à saúde dos povos indígenas, e esta permaneceu como atribuição da FUNAI.

3.5 Ministério da saúde - Contexto histórico do reconhecimento da necessidade de atenção diferenciada ao indígena pelo sistema único de saúde

O Ministério da Saúde é um órgão do Poder Executivo Federal responsável pela organização e elaboração de políticas públicas e planos voltados para a promoção, a prevenção assim como a assistência à saúde dos brasileiros.

O Ministério da saúde tem como função dispor de condições para proteger e recuperar da saúde da população, com a construção de parcerias de órgãos federais, unidades da Federação, municípios, a iniciativa privada e da sociedade, para gerar o reduzindo das enfermidades, fazendo o controle sob doenças endêmicas e parasitárias e melhorando a vigilância à saúde, gerando, assim, melhor qualidade de vida a população brasileira para o exercício da cidadania. (BRASIL, 2017)

3.5.1 Distrito sanitário de Yanomami

Em 1991, uma intensa ocupação por garimpeiros que ocorreu de forma gradativa, na terras ocupadas por uma etnia denominada Yanomami gerou uma grave crise sanitária assim como denúncias de genocídio dos Yanomami fatos que ganharam visibilidade nacional e internacional, o que pressionou o governo brasileiro quanto a um posicionamento frente a questão indígena, este deu como resposta o Decreto Presidencial de nº. 23, que transferiu para o Ministério da Saúde a responsabilidade de organização das ações de saúde destinadas aos indígenas, a

criação Distrito Sanitário Yanomami (DSY), como parte da recém-criada Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). O DSY foi implantado dentro da Coordenação Regional da FUNASA em Boa Vista. (BRASIL, 2017)

3.5.2 Fundação nacional de saúde

A FUNASA é um órgão vinculado ao Ministério da Saúde que é designado a promover saneamento básico à população brasileira até 2010 foi responsável pela promoção e proteção à saúde dos povos indígenas. Que era realizada através de ações de inclusão social, por meio da saúde, que eram realizadas como forma de prevenção e controle de doenças assim como agravos ocasionados pela falta ou desajuste nas condições de saneamento básico em áreas de interesse especial, como assentamentos, remanescentes de quilombos e reservas extrativistas. (TEIXEIRA,2008)

3.5.3 Comissão intersetorial de saúde indígena

A Comissão Intersectorial de Saúde Indígena (CISI) foi criada pela Resolução CNS nº 011, de 31 de outubro de 1991. E hoje é definida pela Resolução CNS nº 380, de 14 de junho de 2007. (BRASIL,2010). “A CISI em 1991 trabalhou em duas direções: recebia informações de várias áreas do país, e as tonava pública e concomitantemente elaborava propostas e recomendações no sentido de se criar um grupo de trabalho onde pudesse manter planos de ações entre a FUNAI e a FUNASA, que nunca se constituiu.” (BRASIL, 2017) “Hoje ela trabalha realização de estudos e debates, produção de conhecimentos para a melhoria da qualidade de vida das populações indígenas.” (BRASIL,2010)

3.5.4 IX Conferência Nacional de Saúde

Em 1992 aconteceu a IX Conferência Nacional de Saúde, onde foi reafirmada a necessidade de garantir a atenção integral à saúde indígena, levando em consideração suas especificidades socioculturais, considerando seus sistemas tradicionais de cura e de sua situação sanitária, esta garantia seria garantida pela rede de DSEI. (BRASIL,2010)

3.5.4.1 Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI

O DSEI é uma unidade organizacional que coordena uma base territorial e populacional, e tem como atribuição coordenar ações sanitárias em conjunto a ações de saúde necessárias à atenção básica, ele é articulado com o Sistema Único de Saúde - SUS, para referências, é composto por equipe multidisciplinar que deve executar suas ações com controle social. (BRASIL, 2001)

Estes distritos possuem sua delimitação geográfica definidas a partir do processo de construção das comunidades indígenas, respeitando a cultura, relações políticas e a distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, e não vela em consideração a delimitação de estados ou municípios, diversas DSEI's estão inseridas em mais de um estado da federação. (BRASIL, 2001)

3.5.5 II Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas

A II Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas determinou as diretrizes e os princípios que deveriam nortear a política indigenista de saúde. Nela foi possível presenciar pela primeira vez, a participação de delegados indígenas. Com os resultados desta conferência a política indigenista de saúde avançou de forma significativa na concepção do modelo de atenção

3.5.6 Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999.

O Decreto no 3.156, de 27 de agosto de 1999 trata sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde. (ANEXO A) Ele altera dispositivos dos Decretos nºs 564, de 8 de junho de 1992, e 1.141, que devolveu à FUNAI a gestão da saúde indígena. Após registradas as distorções sobre a divisão de atribuições que se existia entre FUNAI e FUNASA assim como a falta de definição da política indigenista de saúde pelo governo federal. Em junho de 1999 e exposta a ilegalidade do Decreto nº 1141, o que reafirmou a responsabilidade federal para a saúde indígena. (BRASIL,2017)

3.5.7 “A Lei Arouca” (Lei nº. 9.836, de 23 de setembro de 1999).

Em 1994, um médico sanitarista e deputado chamado Sérgio Arouca, atendendo às demandas do movimento indígena e indigenista, propôs um Projeto de Lei na Câmara dos Deputados, que tratava sobre as condições ideais para a

promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e funcionamento de serviços para as populações indígenas. (BRASIL,2017)

A lei nº. 9.836, de 23 de setembro de 1999 também conhecida como lei Arouca criou o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI). Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

“A Lei Arouca determinou que o governo federal instituisse o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, tendo por base os DSEIs. Foram então criados os 34 DSEIs através da Portaria 852/1999”. (ALTINI,2013)

No Art. 19-F desta lei tem-se o seguinte texto:

“ Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e 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.” (BRASIL,1999)

A inicialmente a gestão do SASI foi função da FUNASA, “que criou 34 DSEIs após um processo nacional de análises sobre territorialização e distritalização sanitária, operacionalizado por meio de oficinas macrorregionais”. (BRASIL,2017)

3.5.8 Secretaria Especial de Saúde Indígena

A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESI) coordena a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e todo o processo de gestão do SASI, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ela foi fundada em 2010, e surgiu a partir da necessidade de reformulação da gestão da saúde indígena no país, ação reivindicada pelos próprios indígenas durante as Conferências Nacionais de Saúde Indígena. (BRASIL, 2017)

A secretaria passa a gerenciar a atenção à saúde dos indígenas, levando em conta aspectos culturais, étnicos e epidemiológicos dos 225 povos que vivem no País. Antes, a FUNASA era responsável tanto pelas ações de saúde bem como a aquisição de insumos, apoio logístico, licitações e contratos. (BRASIL,2010)

Entre as atribuições da SESI destacam-se de desenvolver ações de atenção integral à saúde indígena além de educação em saúde, baseadas nas políticas e os programas do SUS e observando as práticas de saúde tradicionais indígenas; Planejar ações de saneamento e edificações de saúde indígena , que seriam os postos de saúde situados nas tribos; Articular com estados e municípios e

organizações não-governamentais ações de atenção à saúde indígena, respeitando as especificidades culturais e o perfil epidemiológico de cada aldeia; (BRASIL, 2017)

3.6 Atuação da enfermagem em saúde indígena

“Se constata e que o enfermeiro é um profissional significativo na saúde indígena espelhando o que já é observado na saúde pública. Contudo, o perfil de atribuições do enfermeiro ainda não foi apresentado em nenhum documento normativo.” (MARTINS,2017)

“A enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e qualidades de vida da pessoa, família e coletividade” (COREN,2017)

Para a atuação na saúde indígena importante respeitar a especificidade cultural, do paciente, isto é respeitar o índio com um ser humano igual (fato deste garantido em lei), aceitando seus hábitos assim como seus costumes e crenças, entendendo que derivam de uma cultura diferente, com valores e conhecimentos diferentes. (DA MATTAR, 1987). Na saúde indígena, a sensibilidade cultural, conhecimentos antropológicos, postura política, capacidade de escuta, diálogo e negociação são características indispensáveis a atuação dos enfermeiros. (MENDONÇA,2013)

Da Matta (1987) afirma que a atenção para com as sociedades indígenas deve estar fundada na troca igualitária de experiências humanas. Porém, o respeito mútuo está pouco evidenciado no cotidiano dos serviços de saúde, estes são caracterizados por relações hierarquizadas e ignorância. De forma geral, as intervenções na área de saúde são realizadas sem o devido respeito para o conhecimento da cultura do grupo indígena, e, assim, os profissionais expressam atitudes etnocêntricas e realizam suas práticas sem reconhecer como a especificidade cultural do grupo e isso de certa forma influencia no êxito de seu trabalho. (LANGDON,2011)

Martins (2017), afirma que muitos profissionais da área da saúde iniciam seus trabalhos com a saúde indígena sem saber exatamente como funciona na prática as intervenções com os indígenas, e que esse aprendizado se dá a partir da observação cotidiana, depois que o profissional já está envolvido com os trabalhos.

“É comum ouvir os profissionais em saúde demonstrando preconceitos sobre os índios, caracterizando-os como sujos, ignorantes sobre as noções em relação à

saúde e à doença, pacientes desobedientes ou resistentes às indicações do tratamento, e incapazes de compreendê-los.” (LANGDON,2011)

3.7 Currículo de enfermagem

Oliveira (2015) diz que existe uma necessidade teórica em avançar discursões no que tange a construção de competências teóricas, políticas e legais quanto a inserção de referências curriculares. Quanto ao papel dos profissionais de nível universitário, entendemos que um dos principais objetos de seu trabalho seja o processo educativo, por isso os movimentos de ensino-aprendizagem colocam-se de imediato na sua inserção e vinculação à saúde indígena e essa característica deve ficar clara no perfil do profissional.

A autora completa que é possível perceber que a formação de profissionais universitários para a área necessita de complementos assim como desenvolvimento de políticas de atração.

3.7.1 Lei 9.394/96 - Lei de Diretrizes e Bases para a Educação Nacional

O capítulo IV desta lei trata sobre a educação superior, ele é composto por quatorze artigos que definem como a educação em nível superior brasileira deve ser lecionada.

Para este estudo é pertinente perceber do artigo 43 os incisos:

I - Estimular a criação cultural e o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo;

II - Incentivar o trabalho de pesquisa e investigação científica, visando o desenvolvimento da ciência e da tecnologia e da criação e difusão da cultura, e, desse modo, desenvolver o entendimento do homem e do meio em que vive;

VI - Estimular o conhecimento dos problemas do mundo presente, em particular os nacionais e regionais, prestar serviços especializados à comunidade e estabelecer com esta uma relação de reciprocidade;

V - Suscitar o desejo permanente de aperfeiçoamento cultural e profissional e possibilitar a correspondente concretização, integrando os conhecimentos que vão sendo adquiridos numa estrutura intelectual sistematizadora do conhecimento de cada geração;

3.7.2 Resolução CNE/CES 03/2001 - Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.

O conselho nacional de educação na câmara de educação superior, através da resolução CNE/CS nº 3, de 7 de novembro de 2001. (ANEXO B) Estabeleceu as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. Onde faz diversas garantias para a excelência da formação do acadêmico em enfermagem que abrangem questões como carga horaria de estágios, a conteúdos essenciais a

serem abordados durante o curso e ainda a “compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural”.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um projeto de pesquisa, apresentado na forma de estudo do tipo documental e estatístico-descritivo onde foi adotada uma abordagem quantitativa, Segundo Guerra (2014), a pesquisa quantitativa é aquela onde a linguagem matemática é utilizada para descrever determinado fenômeno ou situação. A partir da análise das amostras, os resultados são tomados como se constituíssem o retrato real de toda a população-alvo da pesquisa.

Para Marconi e Lakatos (2003) a utilização do método de análise estatístico descritiva consiste na a descrição dos dados, sejam eles de uma amostra ou de uma população. Podendo incluir na pesquisa diferentes possibilidades de análise como verificação da representatividade ou da falta de dados; criação de gráficos com os dados; obter relações funcionais entre variáveis.

Ou seja, baseia-se tradução de determinados fenômenos quais podem ser sociológicos, políticos, econômicos, etc. a modelos quantitativos e manipulação, permitindo assim a obtenção de generalizações sobre sua natureza, ocorrência ou significado do fenômeno estudado.

Para Gil (2008), uma pesquisa documental se desenvolve pela coleta de dados feita a partir de documentos que constituem fontes primárias, como documentos de arquivos públicos, arquivos de igrejas, sindicatos, entre outros.

4.2 Local de estudo

A pesquisa foi desenvolvida em instituições de ensino superior (IES) da região metropolitana de Belém (RMB) no estado do Pará que estejam cadastradas no e-MEC em situação ativa, que ofereçam o curso de bacharel em enfermagem na modalidade presencial.

4.3 População alvo e amostra

A amostra foi constituída por matrizes curriculares de IES presentes RMB que ofertam o curso de bacharel em enfermagem.

4.4 Critérios de inclusão:

- A IES estar situada na RMB;
- A IES ser reconhecidas pelo ministério da educação;
- A IES ofertar o curso de bacharel em enfermagem na modalidade presencial;
- A IES fornecer a matriz curricular curso de bacharel em enfermagem no site oficial da instituição.

4.5 Critério de exclusão:

Foram automaticamente excluídos da pesquisa instituições que não atenderem a um ou mais dos critérios de inclusão.

4.6 Técnica de coleta de dados e etapas da pesquisa

Foi constituída pela coleta de dados documentais, que em primeiro plano foi solicitado a coordenação de enfermagem das IES que atenderam os critérios de inclusão, mas devido à demora na disponibilização tais documentos estes foram obtidos no endereço eletrônico oficial ou *site* da IES, através do *download* da matriz curricular do curso de graduação em enfermagem, após a obtenção dos documentos aspirados foi preenchido um formulário de pesquisa (apêndice A) que foi construído baseado em Vieira (2009).

Sendo assim a pesquisa seguiu a seguinte cronologia: Primeiramente foram selecionadas as IES que atenderam os critérios de inclusão, foi feita solicitação de concessão da matriz curricular do curso de graduação em enfermagem a coordenação das IES selecionadas, foi dado um prazo de 20 dias após foi feita a busca de respostas nas IES onde foram feitas as solicitações (considerando que menos de 50% do total não pode responder dentro do prazo programado e visando o andamento e conclusão do presente estudo, foi cancelada a possibilidade de esperar a resposta de todas as IES). E foi elaborada a possibilidade de acessar o *site* oficial das instituições e fazer o *download* da matriz curricular do curso de graduação em enfermagem.

Como todas as IES selecionadas para o estudo possuíam a matriz curricular disponível no site oficial, foi feito o *download* dos documentos necessários e com as

informações contidas neles foram preenchidos os formulários de pesquisa previamente elaborados, assim com os dados dos formulários foram gerados gráficos e tabelas em planilhas eletrônicas.

4.7 Análise dos dados

Ao atingir o quantitativo estabelecido da população alvo foi produzido material para obter dados suficientes para responder o problema em questão. A análise dos dados foi realizada a partir do preenchimento de um questionário previamente estruturado em oito perguntas, de acordo com Freixo (2011) é o instrumento o mais utilizado em coleta de informação e deve ser constituído por um conjunto de questões escritas que tem como objetivo confirmar ou não as hipóteses de investigação, o autor sugere a utilização de bancos de questões ou questionários já aplicados como referência a fim de facilitar a comparação com estudos anteriores e diz que as perguntas podem ser abertas ou fechadas.

As perguntas do questionário são de múltipla escolha, desta forma os dados obtidos a partir das respostas foram elementos fundamentais para a conclusão da análise do eixo em questão.

Foram gerados gráficos e tabelas em planilhas eletrônicas através do programa *Microsoft Office Excel 2016* para a demonstração percentual dos resultados obtidos.

Os dados obtidos passaram por análise estatística e descritiva, que para Ferreira (2005) consiste na a descrição dos dados, sejam eles de uma amostra ou de uma população que serão fundamentados em gráficos e tabelas e analisados a partir de uma ligação entre os aspectos descritivos. As considerações finais foram tecidas em função da situação problema e objetivos do estudo. A análise foi predominantemente descritiva com cálculo das frequências absoluta das variáveis estudadas.

Para a analisar a inserção de disciplinas relacionadas a saúde indígena nos currículos de graduação em enfermagem nas IES da RMB, foi selecionado como critério a observação da frequência de palavras, denominadas como “palavras chave” que estão relacionadas a saúde indígenas, e estão presentes nas matrizes curriculares destas IES, quais sejam:

4.7.1 Antropologia

Para Montero (2003), é uma longínqua a construção da antropologia como campo científico, e envolve basicamente duas categorias básicas: a ideia de Homem e a ideia de Cultura. A autora, acredita na necessidade de retomar tais conceitos, resgatando seus pressupostos, e estabelecer a contribuição da abordagem antropológica para a inteligência dos problemas contemporâneos. Ela ainda diz que “é necessário rasgar o véu da inocência que recobre muitos dos pressupostos da disciplina e, com isso, resgatar seu papel político, em nada diferente de outras ciências.”

Nunes (1985) comenta que a partir da década de 70, órgãos como a organização mundial da saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), investiram no estreitamento de relações entre a antropologia e a medicina, por perceberem problemas como o estranhamento das culturas indígenas e subdesenvolvidas pelos sanitaristas de formação acadêmica, isso exigiu investimentos antropológicos no sentido de buscar pontos de consenso e de legitimação, assim como utilização dos líderes comunitários e tribais como mediadores das relações entre a medicina oficial e as sociedades alvo.

4.7.2 Relações étnicas

§ 1º A Educação das Relações Étnico-Raciais tem por objetivo a divulgação e produção de conhecimentos, bem como de atitudes, posturas e valores que eduquem cidadãos quanto à pluralidade étnico-racial, tornando-os capazes de interagir e de negociar objetivos comuns que garantam, a todos, respeito aos direitos legais e valorização de identidade, na busca da consolidação da democracia brasileira. (BRASIL,2004)

Para que o enfermeiro possa atuar na área da saúde indígena é importante que ele compreenda o processo saúde-doença de forma diferenciada, incluindo o aspecto étnico-cultural, e que o profissional busque se atualizar e adquirir novos conhecimento pois só assim este profissional poderá garantir a excelência na prestação do serviço. (NETO,2003)

4.7.3 Terapias culturais/ naturais / alternativas de saúde

Os povos indígenas têm sistemas tradicionais de saúde, que articulam os aspectos da sua organização social e cultural, a partir do uso das plantas

medicinais, rituais de cura, e práticas diversas de promoção da saúde, sob a responsabilidade de pajés, curadores e parteiras tradicionais. (ALTINI, 2013)

“Trabalhar com o conhecimento tradicional como as plantas medicinais, também pode contribuir para a eficácia das ações de enfermagem, pois estreita a relação com os indígenas, fortalece a cultura dessas populações e resgata o saber acumulado.” (NETO,2003)

4.7.4 Saúde na Amazônia

A saúde na Amazônia se fundamenta nos princípios jurídicos e legais do SUS, de maneira especial na busca da garantia da universalização, equidade, integralidade e da participação popular com controle social. Inscrita no âmbito constitucional, possui diretrizes que constituem parte do objetivo do SUS e, por isso, deve incorporar-se organicamente no cotidiano das instituições governamentais e gestores do sistema, em movimentos sociais e de cidadãos usuários dos serviços de saúde. (BRASIL,2004)

O Relato de processo, denominado SAÚDE AMAZÔNIA (2004) explica que a ampliação e qualificação do acesso ao SUS, significa implantar/implementar e consolidar ações, serviços e estratégias de atenção à saúde, que possam responder aos desafios impostos pela realidade do local onde é implantada, assim como que busquem superar as qualquer condição que atente aos direitos humanos, em que possam viver populações em situações de vulnerabilidade social comuns na região, em especial, quilombolas, ribeirinhos, trabalhadores rurais, assentados, atingidos por barragens, mulheres e indígenas.

4.7.5 Saúde indígena

Ao enfermeiro é necessário conhecer e praticar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, modalidade esta que deve ser proporcionado pela instituição de ensino superior em que estiver sendo formado profissionalmente. Isto possibilitará formar um profissional capaz de conhecer e intervir em problemas relacionados a processos de saúde/doenças prevalentes, na região de atuação, em consonância com as diretrizes curriculares para o curso de enfermagem. (NETO,2003)

4.7.6 Saúde cultura e educação

O reconhecimento da cultura como parte do cuidado em enfermagem é fundamental na atenção à saúde e implica na compreensão de que os conhecimentos dos profissionais e das pessoas que buscam o cuidado integram diferentes subsistemas de saúde. Essa concepção parte da compreensão da saúde como um sistema cultural, composto pelos subsistemas: profissional, familiar e popular. (SALCI,2013)

De acordo com um ementário de uma IES estado do Pará a disciplinas com estas palavras chave devem: debate aspectos sociais, culturais e pedagógicos das comunidades amazônicas em especial indígenas, abordando a saúde como direito social e sua relação com a cultura e educação.

4.8 Aspectos éticos

O presente estudo não acarretou nenhum dano ou prejuízo para a sociedade, pois foi realizado a partir de busca de informações de forma secundária em Bancos de Dados.

Diante do exposto, a forma do estudo não proporcionara malefícios a médio, longo prazo e poderá contribuir com todos os profissionais da área da saúde, a sociedade através dos dados que são disponibilizados.

Durante a pesquisa foram tomados todos os cuidados necessários frente aos aspectos éticos e legais para o seu desenvolvimento.

Quanto a obtenção dos dados da pesquisa, foi considerado o fato de que documentos postados no site oficial da IES são de livre acesso assim não havendo qualquer aspecto ético que impediria o *download* assim como a análise. Os pesquisadores se comprometeram a não divulgar os nomes da instituição IES que foram identificadas na pesquisa através de codificação alfanumérica.

4.9 Risco da pesquisa

Para a realização do estudo sobre a temática proposta, existiu o risco de indução ou falsificação dos resultados apresentados.

O risco exposição foi minimizado pois as IES foram identificadas através de codificação alfanumérica.

4.10 Benefícios da pesquisa

Os dados obtidos serão utilizados apenas para fins de estudos científicos e poderão ser divulgados com tal finalidade, no intuito de nortear ações que aprimorem a formação acadêmica nos cursos de graduação em enfermagem. Desta forma, os dados levantados poderão mapear a real situação dos currículos de enfermagem das IES no estado do Pará em relação a práticas indígenas de saúde.

5. RESULTADOS

Após a análise e comparação dos formulários de pesquisa (APÊNDICE B) foi possível identificar os seguintes aspectos em relação a matriz curricular do curso de graduação em enfermagem das IES da RMB.

5.1 Quanto ao tipo de IES

A resolução nº 482 trata sobre o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições e cursos de ensino superior no sistema estadual de ensino do estado do Pará tal sistema estadual de ensino destinada à manutenção de educação superior do estado do Pará assim inicialmente habilita as IES de acordo com sua organização podendo estas serem faculdades, centros universitários e universidades.

I. Faculdades – Instituições que ministram curso(s) superior(es) seqüencial(is) e/ou de graduação, sendo-lhes facultada a atuação na oferta de curso(s) de especialização, extensão e programas de pós-graduação (mestrado e doutorado);

II. Centros Universitários – Instituições de educação superior pluricurriculares, que comprovem alta qualificação para o ensino ou para a pesquisa, que possuem corpo docente composto por, no mínimo, um terço (1/3) de mestres e doutores e de um terço (1/3) de seus professores contratados em regime de tempo integral, que gozam das prerrogativas de autonomia definidas em seu Ato de Credenciamento;

III. Universidades – instituições pluridisciplinares, de formação de quadros profissionais de nível superior, que desenvolvem atividades regulares de ensino, pesquisa e extensão e que atendem aos requisitos legais e gozam de autonomia nos termos da Constituição Federal e da Lei nº 9.394/1996 - LDBEN.

Baseado nessa organização conseguimos montar o seguinte quadro quanto aos tipos de IES que possuíam todos os critérios de inclusão e fizeram parte deste estudo:

Tabela 1 – Tipos de IES

ORGANIZAÇÃO ACADÊMICA		
	PÚBLICA	PRIVADA

UNIVERSIDADE	2	1
FACULDADE	-----	8
CENTRO UNIVERSITÁRIO	-----	1

FONTE: Formulário de pesquisa (2017).

Neste sentido foi possível observar que a maior parte das IES presentes neste estudo são faculdades 08 ($\cong 67\%$), seguido por universidades 03 ($\cong 25\%$) e por último centros universitários 01 ($\cong 8\%$), ainda foi possível perceber que temos como instituição pública 2 universidades somente e como instituição privada 01 universidade, 01 centro universitário e 08 faculdades.

Chiarini e Vieira (2012) afirmam que em 2009, existiam 186 universidades no Brasil, onde aproximadamente 53% eram públicas (federal, estadual ou municipal) e cerca de 47% eram privadas. Porém, se todas as IES (universidades, centros universitários e faculdades) fossem consideradas, haveriam 2.314 instituições, das quais cerca de 10% eram públicas.

5.2 Quanto a frequência de palavras chave

Tabela 2 - Frequência de palavra chave

FREQUÊNCIA DE PALAVRA CHAVE E MODALIDADE		
	OBRIGATÓRIA	OPTATIVA
ANTROPOLOGIA	6	----
TERAPIA CULTURAL/ NATURAL/ALTERNATIVA DE SAÚDE	2	1
SAÚDE CULTURA E EDUCAÇÃO	1	----
RELAÇÕES ÉTNICAS	1	3
SAÚDE NA AMAZÔNIA	2	----
SAÚDE INDÍGENA	2	----
TOTAL	14	4

FONTE: Formulário de pesquisa (2017).

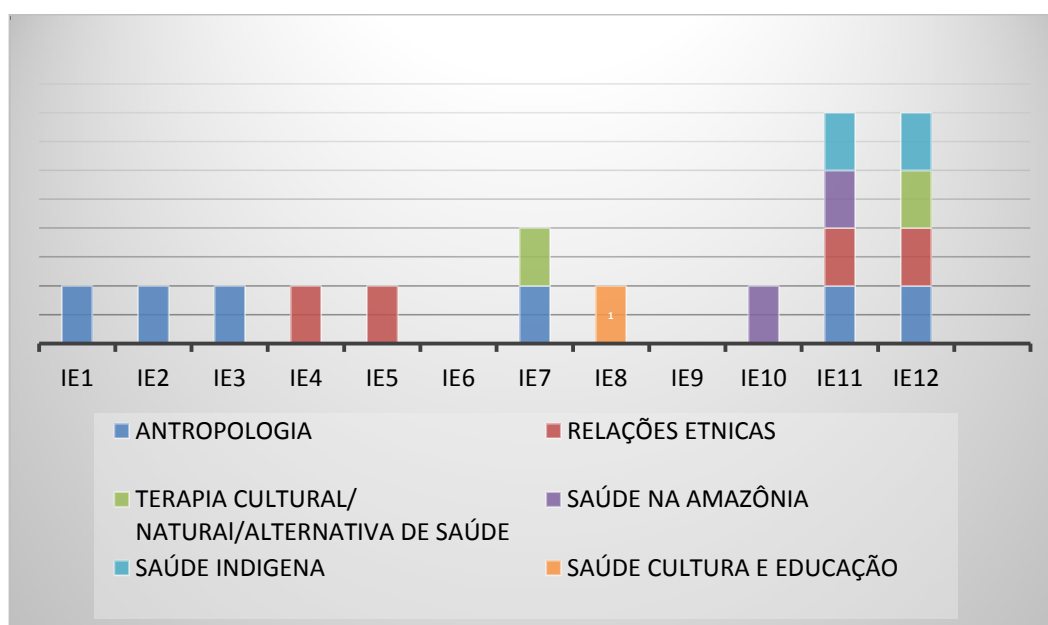
Baseado nas palavras chave identificadas como relevantes para o estudo, temos como resposta o total de 18 disciplinas relacionadas a saúde indígena sendo 04 na modalidade optativa quais sejam relações étnicas três vezes, terapia cultural/ natural/ alternativa de saúde uma vez e 14 na modalidade obrigatória, que são

antropologia seis vezes, terapia cultural/ natural/ alternativa de saúde duas vezes, saúde cultura e educação uma vez, relações étnicas uma vez, saúde na Amazônia duas vezes e saúde indígena duas vezes, para o total de 12 IES, assim percebemos a média aritmética de 1,5 disciplinas por IES, sendo que existem instituições que não possuem nenhuma disciplina relacionada a saúde indígena em sua matriz curricular.

A temática saúde indígena e conteúdos relacionadas a antropologia são percebidos em pequenas quantidades nos currículos de graduação o que faz com que a formação do profissional muitas vezes ocorra de forma espontânea, mas hoje já é possível perceber que algumas universidades estão começando a incluir a temática em seus currículos. (OLIVEIRA, 2014)

5.3 Distribuição de disciplinas por IES

Gráfico 1 - Distribuição de disciplinas por IES



FONTE: Formulário de pesquisa (2017).

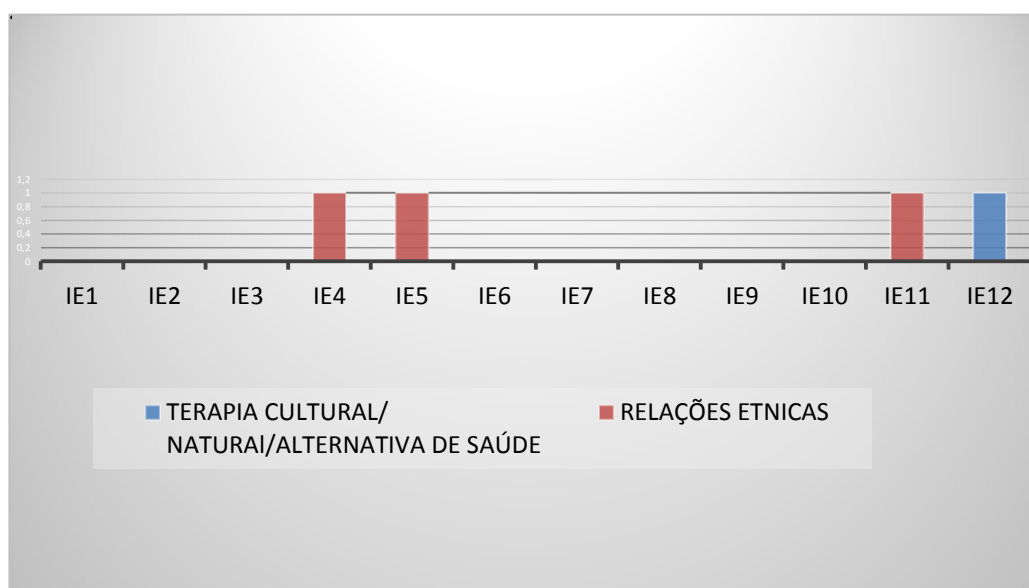
Para o presente estudo foram selecionadas 12 IES e estas foram codificadas alfanumericamente como IE1, IE2, IE3, IE4, IE5, IE6, IE7, IE8, IE9, IE10, IE11, IE12 e ao analisar a distribuição de disciplinas relacionadas a saúde indígena as IES foi possível perceber que: as IES's IE6 e IE9 não possuem nenhuma disciplina relacionada a temática em questão enquanto as demais apresentam pelo menos uma; as IES's que possuem maior número de disciplinas relacionadas as palavras chave selecionadas para o estudo são IE11 e IE12 com 04 disciplinas relacionadas

em sua matriz curricular; que a disciplina saúde indígena aparece na matriz curricular de apenas duas IES IE11 e IE12; que a disciplina antropologia e a disciplina de maior frequência sendo ofertada em seis IES's IE1, IE2, IE3, IE7, IE11, IE12 e a disciplina saúde, cultura e educação e a de menor frequência sendo ofertada em apenas uma IES IE8.

O principal obstáculo para a inserção de disciplinas que incluam a temática indígena na esfera do ensino superior parece ser o desconhecimento do tema mesmo nos Institutos ou Faculdades de Ciências Humanas ou Sociais, uma vez que é pequena a quantidade de IES em que possuem áreas de pesquisa ou especialistas nessa área. (SILVA, 2012)

5.4 Distribuição de disciplinas optativas por IES

Gráfico 2 - Distribuição de disciplinas optativas por IES



FONTE: Formulário de pesquisa (2017).

Neste tópico foi analisado a distribuição de disciplinas optativas por IES e foi identificado que 4 IES ofertam disciplinas relacionadas a saúde indígena sendo que as IES's IE4, IE5, IE11 ofertam disciplinas relacionadas a relações étnicas e a IE12 oferta disciplina relacionada a terapia cultural/ natural/ alternativa de saúde, na modalidade optativa.

“A falta de disciplinas teóricas curriculares gera dificuldades no aprendizado. A criação de disciplina optativa é uma opção para suplantar essa defasagem, mas não consegue abranger e gerar interesse sobre o tema para todos os graduandos.” (COSTA et al, 2016)

5.4 Distribuição de carga horária de disciplinas relacionadas X número de disciplinas por IES

Tabela 3 - Distribuição de carga horária e disciplinas por IES

IES's	Nº DE DISCIPLINAS RELACIONADAS A SAÚDE INDIGENA	CARGA HORÁRIA TOTAL
IE1	1	40h
IE2	1	40h
IE3	1	80h
IE4	1	20h
IE5	1	20h
IE6	0	0h
IE7	2	80h
IE8	1	119h
IE9	0	0h
IE10	2	80h
IE11	4	200h
IE12	4	280h
TOTAL	18	959h

FONTE: Formulário de pesquisa (2017).

Fazendo a relação entre carga horária de disciplinas relacionadas a saúde indígena e número de disciplinas relacionadas ao tema por IES foi possível obter os seguintes resultados: não existe uma proporcionalidade exata que relacione o número de disciplinas a carga horária nas IES que fizeram parte desta pesquisa, onde a terceira maior CH que pertence a IE8 com 119h que oferta apenas uma disciplina relacionada ao tema em questão e IES's que ofertam maior número de

disciplinas com menor carga horária quais sejam IE7 e IE10 com duas disciplinas e 80h totais; a maior CH e da IE12 que oferta 280h, seguida pela IE11 com 200h totais ambas distribuídas em 4 disciplinas relacionadas ao tema e a menor CH foi de 20h presentes nas IES's IE4 e IE5; foi possível identificar disciplinas com CH de 20, 40, 80 e 119hs assim como IES sem carga horária relacionada ao estudo sendo IE6 e IE9.

É importante perceber a dificuldade de lembrança do aluno, já que muitas vezes esses conteúdos são ministrados, de forma pontual e descontextualizados, fato este que pode dificultar o aprendizado. (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004). “Seguindo este aspecto, se faz necessário não só a mudança do currículo em termos de carga horária e disciplinas, mas principalmente a mudança de paradigmas” (ROMANO, 1997).

5.5 Síntese de todos os gráficos e tabelas

Tabela 4 -Síntese de gráficos e tabelas

IES	Nº TOTAL DE DISCIPLINAS	Nº DE DISCIPLINAS OBRIGATORIAS	CH DE DISCIPLINAS OBRIGATORIAS	Nº DE DISCIPLINAS OPTATIVAS	CH DE DISCIPLINAS OPTATIVAS
IE1	1	1	40h	0	0h
IE2	1	1	40h	0	0h
IE2	1	1	80h	0	0h
IE4	1	0	0h	1	20h
IE5	1	0	0h	1	20h
IE6	0	0	0h	0	0h
IE7	2	2	80h	0	0h
IE8	1	1	119h	0	0h
IE9	0	0	0h	0	0h
IE10	2	2	80h	0	0h
IE11	4	3	120h	1	40h
IE12	4	3	200h	1	80h
TOTAL	19	15	759h	4	160h

FONTE: Formulário de pesquisa (2017).

Como construção didática ilustrativa foi elaborada a tabela 4, onde foi sintetizado todas as informações obtidas com a pesquisa deste estudo, para assim o apreciador poder visualizar de forma mais dinâmica ou de uma maneira diferente os resultados desta pesquisa.

Silva (2005) Descreve síntese estatística um gráfico demonstrativo contendo dados sobre determinado agrupamento de clientes. Ele ainda afirma que muitos executivos alteram a linguagem publicitária visando novos objetivos e que isto é uma

prática comum e revela a importância da interpretação. “A verdadeira origem da descoberta não consiste em procurar novas paisagens, mas em ter novos olhos”.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível garantir que a pesquisa apresentada foi concluída com êxito pois todos os objetivos propostos foram alcançados, em primeiro plano foi necessário analisar o contexto histórico do reconhecimento da necessidade de atenção diferenciada ao indígena pelo sistema único de saúde. Para assim entender o real sentido deste trabalho e perceber que a saúde indígena é uma construção, este objetivo ficou delimitado no referencial teórico da pesquisa, onde foi demonstrado em ordem cronológica quais fatos foram determinantes para a construção da política indigenista.

Posteriormente o alvo principal do estudo foi alcançado qual foi analisar a matriz curricular das IES da região metropolitana de Belém no curso de graduação em enfermagem e fazer levantamentos quantitativos quanto a inserção de disciplinas relacionadas a saúde indígena, quais foram identificar e analisar a quantidade de disciplinas relacionadas à saúde indígena assim como carga horária das referidas disciplinas.

Com esta análise foi possível perceber que o número de disciplinas relacionadas à saúde indígena nos currículos de graduação em enfermagem das IES da RMB seguem a média aritmética de 1,5 disciplinas por instituição e carga horária média de 53.27h por disciplina.

Em termos gerais a distribuição responde positivamente a hipótese do estudo que afirma que as IES da RMB, visando excelência no atendimento da população de maneira geral oferta em sua matriz curricular pelo menos uma disciplina relacionada à saúde indígena.

No entanto, considerando critérios mais específicos foi possível visualizar duas IES que não abordam nenhuma disciplina relacionada a saúde indígena e duas que disponibilizam apenas 1 disciplina na matriz curricular e esta é ofertada na modalidade optativa, fato que pode significar que nem todos os discentes terão acesso a disciplina.

As análises apresentadas aos currículos das IES da RMB, destacam pontos positivos e negativos quanto a sua apresentação de conteúdos sobre o tema saúde indígena, indicam que existe um desafio a ser superado. Como a inserção da disciplina saúde indígena de maneira específica no currículo, fato este observado em duas das IES analisadas contra 17 outras disciplinas que trazem a temática de forma relacionada.

Tavares (2003) afirma que a formação do enfermeiro em nível de graduação tem sido amplamente debatida no cenário nacional e muitas dificuldades já foram identificadas, estando sempre presentes nesses debates a necessidade de revisar, atualizar e operar disciplinas que compõem o currículo de graduação.

Enquanto existir o empasse na revisão da matriz curricular do curso de enfermagem problemas sociais como a precariedade da saúde indígena serão evidentes. “Ainda que os dados epidemiológicos sobre a saúde indígena sejam precários, podemos perceber que persistem altas taxas de adoecimento e morte por doenças evitáveis por boas práticas de atenção primária em saúde.” (BRASIL, 2017)

Problemas estes que não estão presentes apenas em localidades longínquas, pois não se deve esquecer que a SESAI é um subsistema do SUS, e a comunidade acadêmica deve entender que enquanto houver falha na formação acadêmica, haverá falha na atenção primária indígena e conseqüentemente a atenção secundária deverá aparar este paciente com a doença de forma mais agravada.

Com o presente estudo foi possível notar que após 14 anos de reconhecimento do poder público em relação a necessidade de uma política de saúde específica para os povos indígenas e a criação do SASI, ainda não foi criado uma política educacional voltada os acadêmicos que atuaram com a atenção das especificidades de saúde indígena.

Mas em estados como Manaus, Pernambuco e Minas Gerais, foi implantado um novo modelo de estágio o qual é denominado como Internato rural indígena onde ao acadêmico da área da saúde é ofertada a oportunidade de ter contato e compreender o processo saúde-doença em áreas indígenas assim como com o auxílio de um professor realizar possíveis intervenções, “Este estágio proporciona educação emancipatória, contextualizada na realidade regional e atende as recomendações das diretrizes curriculares ao privilegiar o ensino voltado para a realidade local.” (NETO, 2002).

Após uma experiência desta magnitude é comum que floresça motivação nos acadêmicos para essa problemática, que gera significados profundos na formação e atuação profissional e no campo da pesquisa que posteriormente pode refletir de forma positiva para o interesse de gerações acadêmicas futuras.

Contudo torna-se fácil perceber que estudar disciplinas relacionadas a saúde indígena pode ser um verdadeiro laboratório de percepção de saberes individuais e coletivos. Sem estas disciplinas fica difícil acreditar em uma formação consistente dos acadêmicos em relação a esta temática. Isto se torna mais complexo quando se percebe que a formação em qualquer outra área da saúde baseia-se em uma abordagem teórico-prática como obstetrícia, urgência e emergência entre outras. Pois quando o aluno se posiciona na situação de fornecedor de atendimento ao paciente que possui especificidades obvias como é o indígena, ele é forçado a estruturar-se de impressões, sentimentos de respeito, diálogo e práticas terapêuticas que são ocorrências impossíveis de serem simuladas em sala de aula.

E ao perceber a saúde indígena na RMB sendo omitida por algumas IES deve-se considerar importante, estimular cada vez mais, o ensino teórico e prático desta disciplina nas grades curriculares dos cursos de graduação de enfermagem assim como incentivar pesquisas que visem o aperfeiçoamento desta formação. Pois assim, será possível garantir, ao paciente indígena que o processo de atendimento à sua saúde ocorra com dignidade e respeito a que ele têm direito.

REFERÊNCIAS

ALEXIADES, M. ***Selected guidelines for ethnobotanical research: a field manual***. New York: New York Botanical Garden. 1996;

ALTINI, E. et al, **A Política de Atenção à Saúde Indígena no Brasil Breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde nas comunidades indígenas**, 2013;

BRASIL, Constituição 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988;

BRASIL, Cultura, **Iphan é responsável por preservar, divulgar e fiscalizar os bens culturais brasileiros**. Disponível em: < <http://www.brasil.gov.br/cultura/2009/11/iphane-responsavel-por-preservar-divulgar-e-fiscalizar-os-bens-culturais-brasileiros> > acessado em: 25/05/2017;

BRASIL, **Decreto nº 5.773, de 9 de maio de 2006**;

BRASIL, e-MEC. **Consulta avançada Instituições de Educação Superior e Cursos Cadastrados**. Brasília, 2017;

BRASIL, Conselho nacional de saúde. **Comissão Intersetorial de Saúde Indígena – CISI**, Brasília, 2010. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cisi/index.html >;

BRASIL. Fundação Nacional do Índio. **Quem são**. Disponível em: <<http://www.funai.gov.br>>; Acesso em: 02 de abril de 2017;

BRASIL, Conselho nacional de educação, **Resolução nº 1, de 17 de junho de 2004**. Brasília, 2004;

BRASIL, Ministério da educação, **Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem**, Brasília, 2001; Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Enf.pdf>> Acesso em: 20 de agosto de 2017;

BRASIL, Ministério da educação, **Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001**. Brasília, 2001;

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 971 de 3 de maio de 2006**. Brasília, 2006;

BRASIL, Ministério da Saúde. **Fundação Nacional da Saúde, saúde indígena**, copyright 1999-2001. Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/bvsapi/p/fulltext/distributos/distributos.pdf> Acesso em: 20 de agosto de 2017;

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos, **Saúde Amazônia: relato de processo, pressupostos, diretrizes e perspectivas de trabalho para 2004**. 2º ed. atual. Brasília, 2004;

BRASIL, IBGE, **Censo demográfico 1991/2010**, disponível em: <<https://indigenas.ibge.gov.br/graficos-e-tabelas-2.html>> Acesso em: 08/11/2017;

BRASIL, III conferência nacional de saúde indígena, Brasília, GO, de 14 a 18 de maio de 2001, disponível em: <conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/III_cnirelatorio.doc> Acesso em: 08/10/2017;

BRASIL, Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos, **LEI Nº 9.836, DE 23 DE SETEMBRO DE 1999**, Brasília, 1999;

BRASIL, **Saúde**, Brasil cria Secretaria Especial de Saúde Indígena, Brasília, 2010, disponível em: < <http://www.brasil.gov.br/saude/2010/10/decreto-oficializa-criacao-de-secretaria-especial-de-saude-indigena> > Acesso em: 24/10/2017;

BRASIL, **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Brasília, dezembro de 2000;

BRASIL, universidade aberta do SUS, o saber fazer indígena, **A conquista do Subsistema de saúde indígena na década de 1990**, Brasília, 2017;

CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. **Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 780-788. 2004;

CHIARINI T., VIEIRA K.P., **Universidades como produtoras de conhecimento para o desenvolvimento econômico: sistema superior de ensino e as políticas de CT&I**, rev. bras. econ. vol.66 no.1 rio de janeiro jan./mar. 2012;

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. São Paulo, Disponível em <<http://www.coren-sp.gov.br/node/35326>> acessado em 02-04-2017;

COSTA, A.P, et al, **Formação em cuidados paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem**, 2016;

DA MATTA, R. **Relativizando: Uma Introdução à Antropologia Social**. Rio de Janeiro, 1987;

FERREIRA, L. O. **A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas**, História, Ciências, Saúde – Manguinhos, vol.20, no.1, jan./mar. 2013;

FERREIRA, P.L. **Estatística descritiva e inferencial**. Coimbra, 2005;

FRANÇA, I.S.X. et al. **Medicina popular: benefícios e malefícios das plantas medicinais**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.61, n.2, p. 201-8, 2008;

FREIXO, M.J.V. **Metodologia da pesquisa: fundamentos, métodos e técnicas**. 3. ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2011;

GIL, R.L., **Tipos de pesquisa**. 2005. Disponível em: < <http://wp.ufpel.edu.br/ecb/files/2009/09/Tipos-de-Pesquisa.pdf> > acessado em: 26/05/2017;

GOUVEIA, E. A. H. et al. **Internato rural no sertão indígena de Pernambuco: um projeto piloto**, Anais do CBMFC, Pernambuco, 2003;

GUEDES, T. A. ET AL, **Projeto de Ensino Aprender Fazendo Estatística**;

GUERRA, E. L. de A. **Manual de pesquisa qualitativa**. Belo Horizonte, 2014;

LANGDON, E. J., WIIK, E. J., **Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde**, SCIELO, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_23.pdf > acessado em: 25-04-2017;

LANGDON, E. J., **Saúde e Povos Indígenas: Os desafios na virada do século**. Santa Catarina, 2011. Disponível em: < <http://www.antropologia.com.br/tribo/nessi/textos/Margsav.htm> > acessado em: 15/08/2017;

LAZARINI, C. A.; GOULART, F. C. **Integração básica clínica no internato médico: Psiquiatria e Farmacologia**. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, p. 343-349. 2013;

LIMA, Américo Pires. **O conde de Hoffmansegg e a flora do Brasil**. *Anais da Faculdade de Farmácia do Porto*, Porto, v.12, p.5-20. 1952;

MARCIEL, M. A. M., et al., **Plantas medicinais: a necessidade de estudos multidisciplinares**. Rio de Janeiro, SCIELO, 2000. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-40422002000300016 > acessado em: 27-04-2017;

MARCONI, M. de A., LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed., São Paulo, Editora: Atlas, 2003;

MARTINS, A.G.; et.al. **Levantamento etnobotânico de plantas medicinais, alimentares e tóxicas da Ilha do Combu, Município de Belém, Estado do Pará**. *Revista Brasileira de Farmacognosia*, 2005;

MARTINS, J. C. L. , **O Trabalho do enfermeiro na saúde indígena: desenvolvendo competências para atuação no intercultural**, São Paulo, 2017. ;

MARINELLI, N.P., et.al. **Assistência à população indígena: dificuldades encontradas por enfermeiros**. Revista Univap, São José dos Campos-SP, v. 18, n. 32, dez.2012. ISSN 2237-1753;

MENDONÇA, S.B.M. **Reflexões sobre relação intercultural no campo da saúde indígena : uma introdução**, São Paulo: UNIFESP,2013;

MITRE, R. M. , et.al. **Construção de portfólios coletivos em currículos tradicionais: uma proposta inovadora de ensino-aprendizagem**. 2012;

MOREIRA, G. de O., MOTTA, L. B. **Competência Cultural na Graduação de Medicina e de Enfermagem**;

MONTERO, P. **A marca de uma tradição**. Revista de Antropologia, USP, São Paulo, v.46, n.2, p. 411-421, 2003;

NETO, D.L. et. al. **Enfermagem em saúde indígena: aplicando as diretrizes curriculares**. Revista brasileira de enfermagem vol.56 nº.4 Brasília Jul /Ago2003;

NUNES, E. D. **As competências sociais em saúde indígena**. Washington: OPAS, pp. 159-173, 1985;

O futuro dos índios: entrevista com Manuela Carneiro da Cunha. Disponível em <<https://www.ecodebate.com.br/2013/08/01/o-futuro-dos-indios-entrevista-com-manuela-carneiro-da-cunha/>> acessado em: 22/05/2017;

OLIVEIRA, L.S.S. **Um Panorama sobre Recursos Humanos em Saúde Indígena**, Sistema de Información Científica Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal, 2015;

PADILHA, M. I., et.al. **Grupos de pesquisa em história da enfermagem: a realidade brasileira**;

PARÁ, Conselho estadual de educação, **resolução nº 482**, de 10 de dezembro de 2009;

PATZLAFF, R. C., PEIXOTO, A. L., **A pesquisa em etnobotânica e o retorno do conhecimento sistematizado à comunidade: um assunto complexo**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702009000100014> Acesso em: 29/08/2017;

PÓS-GRADUANDO. **As diferenças entre pesquisa descritiva, exploratória e explicativa**. Disponível em: <<http://posgraduando.com/?p=3354>>. Acesso em: 26/05/2017;

RODRIGUES, A. B., Et.al **O Guia da Enfermagem. Fundamentos Para Assistência**, ncia
São Paulo, Editora: Érica, 2008;

RODRIGUES, A. L. C. **A Complexidade da cultura amazônica e seu reflexo para a organização e representação da informação**. AtoZ, Curitiba, v. 1, n. 2, p. 10-25, jan. /dez. 2012. Disponível em: <<http://www.atoz.ufpr.br>>. Acesso em:25/05/2012;

SALCI, M.A. et al, **Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões**, Florianópolis, 2013;

SANTOS, R.L., et al. **Análise sobre a fitoterapia como prática integrativa no Sistema Único de Saúde**, Paraíba , Rev. bras. Plantas med. vol.13 no.4 , 2010;

SANTOS, R.V., COIMBRA JR., CEA., **Saúde e povos indígenas**. Rio de Janeiro, Editora: Fiocruz, 1994;

SAVIANI D. **A nova lei da educação: trajetória, limites e perspectivas**. 6ª ed. Campinas (SP): Autores Associados; 2000. (Educação contemporânea);

SILVA, B.C.C. **levantamento e análise de informações sobre o desenvolvimento da temática “história e cultura indígena” nos cursos de licenciatura de instituições públicas e privadas**, 2012;

SILVA, D. M., et al. **Dificuldades enfrentadas pelos indígenas durante a permanência em uma Casa de Saúde Indígena na região Amazônica/Brasil** Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.4, p.920-929, 2016;

SILVA, D. **Segmentação de Mercado: uma peça mecânica de síntese estatística?**. 2005;

TAVARES, C. M. de M. **Integração curricular no curso de graduação em enfermagem**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 56, n. 4, p. 401-404, jul./ago. 2003;

TEIXEIRA, C.C. **Fundação Nacional de Saúde: a política brasileira de saúde indígena vista através de um museu**. *Etnográfica*, vol. 12 (2) 2008, acessado em 02/12/2017. Disponível em: <http://etnografica.revues.org/1733> ;

VÁSQUEZ et al, **Etnobotânica de plantas medicinais em comunidades ribeirinhas do Município de Manacapuru**, Amazonas, vol. 44(4) : 457 - 472 , 2014;

VIEIRA, S., **Como Elaborar Questionários**. Editora: Atlas, 2009;

UFMG, **UFMG inaugura internato rural em reserva indígena Xakriabá**, Minas Gerais, 2006. Disponível em: <<https://www.ufmg.br/online/arquivos/002884.shtml>> acessado em: 24/11/2017

ANEXO A - DECRETO Nº 3.156, DE 27 DE AGOSTO DE 1999.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 84, incisos IV e VI, da Constituição, e tendo em vista o disposto nos arts. 14, inciso XVII, alínea "c", 18, inciso X e 28-B da Lei nº 9.649, de 27 de maio de 1998,

DECRETA:

Art. 1º A atenção à saúde indígena é dever da União e será prestada de acordo com a Constituição e com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, objetivando a universalidade, a integralidade e a equanimidade dos serviços de saúde.

Parágrafo único. As ações e serviços de saúde prestados aos índios pela União não prejudicam as desenvolvidas pelos Municípios e Estados, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Art. 2º Para o cumprimento do disposto no artigo anterior, deverão ser observadas as seguintes diretrizes destinadas à promoção, proteção e recuperação da saúde do índio, objetivando o alcance do equilíbrio bio-psico-social, com o reconhecimento do valor e da complementariedade das práticas da medicina indígena, segundo as peculiaridades de cada comunidade, o perfil epidemiológico e a condição sanitária:

I - o desenvolvimento de esforços que contribuam para o equilíbrio da vida econômica, política e social das comunidades indígenas;

II - a redução da mortalidade, em especial a materna e a infantil;

III - a interrupção do ciclo de doenças transmissíveis;

IV - o controle da desnutrição, da cárie dental e da doença periodontal;

V - a restauração das condições ambientais, cuja violação se relacione diretamente com o surgimento de doenças e de outros agravos da saúde;

VI - a assistência médica e odontológica integral, prestada por instituições públicas em parceria com organizações indígenas e outras da sociedade civil;

VII - a garantia aos índios e às comunidades indígenas de acesso às ações de nível primário, secundário e terciário do Sistema Único de Saúde - SUS;

VIII - a participação das comunidades indígenas envolvidas na elaboração da política de saúde indígena, de seus programas e projetos de implementação; e

IX - o reconhecimento da organização social e política, dos costumes, das línguas, das crenças e das tradições dos índios.

Parágrafo único. A organização das atividades de atenção à saúde das populações indígenas dar-se-á no âmbito do Sistema Único de Saúde e efetivar-se-á, progressivamente, por intermédio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, ficando assegurados os serviços de atendimento básico no âmbito das terras indígenas.

Art. 3º O Ministério da Saúde estabelecerá as políticas e diretrizes para a promoção, prevenção e recuperação da saúde do índio, cujas ações serão executadas pela Fundação Nacional de Saúde - FUNASA.

Parágrafo único. A FUNAI comunicará à FUNASA a existência de grupos indígenas isolados, com vistas ao atendimento de saúde específico.

Art. 4º Para os fins previstos neste Decreto, o Ministério da Saúde poderá promover os meios necessários para que os Estados, Municípios e entidades governamentais e não-governamentais atuem em prol da eficácia das ações de saúde indígena, observadas as diretrizes estabelecidas no art. 2º deste Decreto.

ANEXO B - RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 3, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001
CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO(*)
CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR

RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 3, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001.

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso
de Graduação em Enfermagem.

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no Art. 9º, do § 2º, alínea “c”, da Lei nº 9.131, de 25 de novembro de 1995, e com fundamento no Parecer CNE/CES 1.133, de 7 de agosto de 2001, peça indispensável do conjunto das presentes Diretrizes Curriculares Nacionais, homologado pelo Senhor Ministro da Educação, em 1º de outubro de 2001,

RESOLVE:

Art. 1º A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.

Art. 2º As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Enfermagem definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de enfermeiros, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Enfermagem das Instituições do Sistema de Ensino Superior.

Art. 3º O Curso de Graduação em Enfermagem tem como perfil do formando egresso/profissional:

I - Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. 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 bio-psicosociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano; e

II - Enfermeiro com Licenciatura em Enfermagem capacitado para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem.

Art. 4º A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

I - **Atenção à saúde** : os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que (*)CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de Novembro de 2001. Seção 1, p. 37. 2 a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

II - **Tomada de decisões**: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;

III - **Comunicação**: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros

profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

IV - Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

V - Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde; e

VI - Educação permanente : os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais.

Art. 5º A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

I – atuar profissionalmente, compreendendo a natureza humana em suas dimensões, em suas expressões e fases evolutivas;

II – incorporar a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional; III – estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões;

IV – desenvolver formação técnico-científica que confira qualidade ao exercício profissional;

V – compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações;

VI – reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

VII – atuar nos programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso;

VIII – ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de comunicar-se, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe e de enfrentar situações em constante mudança;

IX – Reconhecer as relações de trabalho e sua influência na saúde;

X – Atuar como sujeito no processo de formação de recursos humanos;

XI – responder às especificidades regionais de saúde através de intervenções planejadas estrategicamente, em níveis de promoção, prevenção e reabilitação à saúde, dando atenção integral à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades;

XII – reconhecer-se como coordenador do trabalho da equipe de enfermagem;

XIII – assumir o compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional em saúde;

XIV – promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;

XV – Usar adequadamente novas tecnologias, tanto de informação e comunicação, quanto de ponta para o cuidar de enfermagem;

XVI – atuar nos diferentes cenários da prática profissional, considerando os pressupostos dos modelos clínico e epidemiológico;

XVII – identificar as necessidades individuais e coletivas de saúde da população, seus condicionantes e determinantes;

XVIII – intervir no processo de saúde-doença, responsabilizando-se pela qualidade da assistência/cuidado de enfermagem em seus diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência;

XIX – coordenar o processo de cuidar em enfermagem, considerando contextos e demandas de saúde; XX – prestar cuidados de enfermagem compatíveis com as

diferentes necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família e pelos diferentes grupos da comunidade;

XXI – compatibilizar as características profissionais dos agentes da equipe de enfermagem às diferentes demandas dos usuários;

XXII – integrar as ações de enfermagem às ações multiprofissionais;

XXIII – gerenciar o processo de trabalho em enfermagem com princípios de Ética e de Bioética, com resolutividade tanto em nível individual como coletivo em todos os âmbitos de atuação profissional;

XXIV – planejar, implementar e participar dos programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de enfermagem e de saúde;

XXV – planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento;

XXVI – desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional;

XXVII – respeitar os princípios éticos, legais e humanísticos da profissão;

XXVIII – interferir na dinâmica de trabalho institucional, reconhecendo-se como agente desse processo;

XXIX – utilizar os instrumentos que garantam a qualidade do cuidado de enfermagem e da assistência à saúde;

XXX – participar da composição das estruturas consultivas e deliberativas do sistema de saúde;

XXXI – assessorar órgãos, empresas e instituições em projetos de saúde;

XXXII - cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como enfermeiro; e

XXXIII - reconhecer o papel social do enfermeiro para atuar em atividades de política e planejamento em saúde.

Parágrafo Único. A formação do Enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento.

Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Enfermagem devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional,

proporcionando a integralidade das ações do cuidar em enfermagem. Os conteúdos devem contemplar: I - **Ciências Biológicas e da Saúde** incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados às situações decorrentes do processo saúde-doença no desenvolvimento da prática assistencial de Enfermagem;

II - **Ciências Humanas e Sociais** incluem-se os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;

III - **Ciências da Enfermagem** este tópico de estudo, incluem-se:

a) **Fundamentos de Enfermagem**: os conteúdos técnicos, metodológicos e os meios e instrumentos inerentes ao trabalho do Enfermeiro e da Enfermagem em nível individual e coletivo;

b) **Assistência de Enfermagem**: conteúdos (teóricos e práticos) que compõem a assistência de Enfermagem em nível individual e coletivo prestada à criança, ao adolescente, ao adulto, à mulher e ao idoso, considerando os determinantes sócio-culturais, econômicos e ecológicos do processo saúde-doença, bem como os princípios éticos, legais e humanísticos inerentes ao cuidado de Enfermagem;

c) **Administração de Enfermagem**: os conteúdos (teóricos e práticos) da administração do processo de trabalho de enfermagem e da assistência de enfermagem; e

d) **Ensino de Enfermagem**: os conteúdos pertinentes à capacitação pedagógica do enfermeiro, independente da Licenciatura em Enfermagem.

§ 1º Os conteúdos curriculares, as competências e as habilidades a serem assimilados e adquiridos no nível de graduação do enfermeiro devem conferir-lhe terminalidade e capacidade acadêmica e/ou profissional, considerando as demandas e necessidades prevalentes e prioritárias da população conforme o quadro epidemiológico do país/região.

§ 2º Este conjunto de competências, conteúdos e habilidades deve promover no aluno e no enfermeiro a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente.

Art. 7º Na formação do Enfermeiro, além dos conteúdos teóricos e práticos desenvolvidos ao longo de sua formação, ficam os cursos obrigados a incluir no currículo o estágio supervisionado em hospitais gerais e especializados, ambulatorios, rede básica de serviços de saúde e comunidades nos dois últimos semestres do Curso de Graduação em Enfermagem.

Parágrafo Único. Na elaboração da programação e no processo de supervisão do aluno, em estágio curricular supervisionado, pelo professor, será assegurada efetiva participação dos enfermeiros do serviço de saúde onde se desenvolve o referido estágio. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá totalizar 20% (vinte por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Enfermagem proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

Art. 8º O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem deverá contemplar atividades complementares e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes, presenciais e/ou a distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.

Art. 9º O Curso de Graduação em Enfermagem deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

Art. 10. As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Enfermagem para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

§ 1º As diretrizes curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso.

§ 2º O Currículo do Curso de Graduação em Enfermagem deve incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

Art. 11. A organização do Curso de Graduação em Enfermagem deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular.

Art. 12. Para conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem, o aluno deverá elaborar um trabalho sob orientação docente.

Art. 13. A Formação de Professores por meio de Licenciatura Plena segue Pareceres e Resoluções específicos da Câmara de Educação Superior e do Pleno do Conselho Nacional de Educação.

Art. 14. A estrutura do Curso de Graduação em Enfermagem deverá assegurar:

I - a articulação entre o ensino, pesquisa e extensão/assistência, garantindo um ensino crítico, reflexivo e criativo, que leve a construção do perfil almejado, estimulando a realização de experimentos e/ou de projetos de pesquisa; socializando o conhecimento produzido, levando em conta a evolução epistemológica dos modelos explicativos do processo saúde-doença;

II - as atividades teóricas e práticas presentes desde o início do curso, permeando toda a formação do Enfermeiro, de forma integrada e interdisciplinar;

III - a visão de educar para a cidadania e a participação plena na sociedade;

IV - os princípios de autonomia institucional, de flexibilidade, integração estudo/trabalho e pluralidade no currículo;

V - a implementação de metodologia no processo ensinar-aprender que estimule o aluno a refletir sobre a realidade social e aprenda a aprender;

VI - a definição de estratégias pedagógicas que articulem o saber; o saber fazer e o saber conviver, visando desenvolver o aprender a aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a conhecer que constitui atributos indispensáveis à formação do Enfermeiro;

VII - o estímulo às dinâmicas de trabalho em grupos, por favorecerem a discussão coletiva e as relações interpessoais;

VIII - a valorização das dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno e no enfermeiro atitudes e valores orientados para a cidadania e para a solidariedade; e

IX - a articulação da Graduação em Enfermagem com a Licenciatura em Enfermagem. **Art. 15.** A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Enfermagem que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

§ 1º As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

§ 2º O Curso de Graduação em Enfermagem deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

Art. 16. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário. Arthur Roquete de Macedo Presidente da Câmara de Educação Superior

APÊNDICE A- FORMULÁRIO DE PESQUISA

FICHA PARA OBTENÇÃO DE DADOS
1- CODIFICAÇÃO DA IES:
2- LOCALIDADE:
3- TIPO DE INSTITUIÇÃO: () UNIVERSIDADE () FACULDADE () CENTRO UNIVERSITARIO
4- NÚMERO DE DISCIPLINAS RELACIONADAS A: () ÍNDIO () OUTRAS QUE SE RELACIONEM AO ESTUDO _____ () ÍNDIGENA () FITOTERAPIA () ANTROPOLOGIA
5- QUANTAS DISCIPLINAS RELACIONADAS NO ITEM 6 SÃO OPTATIVA? () 1 A 4 () 4 A 8 () OUTROS
6- QUANTAS DISCIPLINAS RELACIONADAS NO ITEM 6 SÃO OBRIGATÓRIAS? () 1 A 4 () 4 A 8 () OUTROS
7- QUAL A CARGA HORARIA DESTINADA AS DISCIPLINAS OBRIGATORIAS? () 20H (....)40H () 80H () OUTROS
8- QUAL A CARGA HORARIA DESTINADA AS DISCIPLINAS OPTATIVAS? () 20H (....)40H () 80H () OUTROS

DATA DO PREENCHIMENTO:
RESPONSÁVEL: