

A Realidade da Tuberculose nos Indígenas Brasileiros com Diversidade de Etnias em Menores de 15 Anos de Idade

Reality of Tuberculosis in Indigenous Brazilians with Ethnic Diversity in Under 15 Years of Age

Luciana Pinheiro Resende^a; Larissa Rodrigues^a; Alexandro Marcos Menegócio^a

^aFaculdade Anhanguera de Indaiatuba, SP, Brasil

Resumo

O acometimento da tuberculose entre os indígenas brasileiros é bem maior do que a encontrada na população não índia, devido a interação entre essas duas populações. Os objetivos desse estudo são: identificar na genética indígena a pré-disposição para o adoecimento da TB, verificar e detectar a TB em indígenas menores de 15 anos, apontar as dificuldades para o alcance desses povos e a abordagem da enfermagem neste contexto distinto. Utilizou-se o método sistemático para a pesquisa, sendo os descritores: saúde indígena, saúde de populações indígenas, tuberculose. Devido a sua diferença étnico-cultural, essa população distinta requer cuidados específicos e apropriados, a equipe de enfermagem deve ser sensível a essas diferenças culturais. Dentro dessa realidade encontramos o profissional enfermeiro, que terá que utilizar sua percepção, conhecimento teórico, planejamento e julgamento crítico para entregar um cuidado digno para tal população.

Palavras-chave: Saúde Indígena. Saúde de Populações Indígenas. Tuberculose.

Abstract

The involvement of tuberculosis among Brazilian Indians is much higher than that found in the non-Indian population, due to the interaction between these two populations. The objectives of this study are to identify the indigenous genetic pre-disposition to the disease of TB, verify and detect TB in children under 15 Indians, pointing out the difficulties to reach these people and the approach of nursing in this different context. We used a systematic approach to research, with the descriptors: indigenous health, indigenous health, tuberculosis. Due to their ethno-cultural difference, this distinct population requires specific and appropriate care, the nursing staff must be sensitive to these cultural differences. Within this reality we find the nurse, who must use their perception, theoretical knowledge, planning and critical judgment to deliver decent care for this population.

Keywords: *Indigenous Health. Health of Indigenous Populations. Tuberculosis.*

1 Introdução

Cerca de um terço da população mundial, mais de 2 bilhões de pessoas, estão infectadas com o *Mycobacterium tuberculosis*. Apesar de estes apresentarem risco de desenvolver a doença, apenas 5% a 15% evoluem para doença ativa. Anualmente, ocorrem em torno de oito milhões de casos novos e quase 3 milhões de mortes por tuberculose (BRASIL, 2009).

O Brasil é um dos 22 países priorizados pela Organização Mundial da Saúde, que são responsáveis por 80% da carga mundial de tuberculose, ocupando a 15^o posição em relação ao número de caso (WHO, 2010). Embora a incidência e a mortalidade por tuberculose (TB) tenham diminuído aproximadamente 20% e 30%, respectivamente, no Brasil ao longo das últimas décadas cerca de 80.000 casos e 4.000 óbitos são notificados anualmente no País (BASTA, 2013).

Desde 2003, a tuberculose é reconhecida como prioridade pelo governo federal brasileiro, fazendo parte, atualmente, da agenda estratégica da Secretaria de Vigilância em Saúde — órgão do Ministério da Saúde responsável por todas as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis (BELO, 2012). Nos povos indígenas do Brasil, a TB constitui

importante endemia, sendo dez vezes superior ao encontrado na população brasileira em geral conforme literatura.

A incidência da tuberculose entre os indígenas brasileiros é significativamente maior que a encontrada na população não indígena devido à progressiva integração entre as duas populações. O impacto dessa endemia sobre as populações indígenas tem sido de grande magnitude, conforme apontam vários estudos realizados nas regiões Norte (região amazônica) e Centro-Oeste (YUHARA, 2012).

Observa-se na pesquisa bibliográfica que a TB tem afetado crianças e adolescentes indígenas menores de 15 anos sendo essa situação epidemiológica pouco conhecida. No norte do país os casos superaram duas vezes mais os padrões esperados pelo Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2011).

Em vista de tais achados, este estudo tem por finalidade investigar na literatura a casuística de TB em todo território nacional, tendo como foco central as populações indígenas, os acometimentos por TB na infância e adolescência, levantar suas causas na realidade das aldeias, tratamentos, melhorias na área da saúde indígena como um todo e busca de soluções no combate a essa endemia em meio aos indígenas. Identificar na genética indígena a susceptibilidade como uma das explicações

para o acometimento singular para TB, verificar o adoecimento e detecção da TB em indígenas menores de 15 anos, verificar as dificuldades encontradas para o alcance desses povos e identificar a abordagem da enfermagem neste contexto distinto.

2 Desenvolvimento

2.1 Metodologia

Realizou-se busca bibliográfica nos seguintes bancos de dados: LILACS, BIREME e SCIELO, Manuais Técnicos e Cadernos de Atenção à Saúde Pública publicados pelo Ministério da Saúde relacionadas a saúde indígena e tuberculose.

Utilizou-se o método sistemático para a pesquisa, destacando como descritores: saúde indígena, saúde de

populações indígenas, tuberculose. Os critérios de inclusão foram: artigos publicados entre os anos de 2008 a 2013, publicados com textos completos e em língua portuguesa. Como critérios de exclusão foram utilizados: artigos publicados em língua estrangeira, com textos incompletos ou não disponíveis para consulta gratuitamente e com mais de 5 anos de publicação. Os descritores foram lançados individualmente e cruzados no site da BIREME. Dados de morbidade e mortalidade foram obtidos no banco de dados do SINAN.

2.2 Discussão

Segue Quadro 1 com a lista de artigos com indicação de conteúdo.

Quadro 1: Análise bibliográfica

Título da Obra	Ano de publicação	Importância para a pesquisa
Desigualdades sociais e tuberculose: análise secundária/cor.	2013	Artigo que fala sobre dados bibliográficos da Tuberculose no Brasil, indicando raça e cor mais acometidas
“Assistência à população indígena: dificuldades encontradas por enfermeiros.”	2012	Aponta as várias problematizações enfrentadas por enfermeiros entre a saúde indígena.
“Distribuição espacial e temporal da tuberculose em indígenas e não indígenas de Rondônia, Amazônia Ocidental, Brasil”	2012	Artigo sobre as diferenças de acometimentos entre os indígenas e não índios em território brasileiro
“Distribuição espacial e temporal da tuberculose em indígenas e não indígenas de Rondônia, Amazônia Ocidental, Brasil”	2012	Artigo que fala sobre o perfil epidemiológico dos povos indígenas
“Tuberculose em municípios amazonenses de fronteira Brasil-Colômbia-Peru-Venezuela: situação epidemiológica e fatores associados ao abandono.”	2012	Artigo que discorre sobre o acometimento da tuberculose entre os países da América do Sul, citando os ameríndios.
“Papel da quimioprofilaxia na prevenção da tuberculose na população indígena”	2012	Estudo coorte retrospectiva dos casos de tuberculose e seus contatos, (2006 a 2011) das aldeias indígenas pertencentes aos Polos Base de Amambai e de Dourados.
“Perspectivas culturais sobre a transmissão e tratamento da tuberculose entre os Xavante de Mato Grosso, Brasil.”	2011	Relato de vários casos da cultura indígena sendo impecilho para o tratamento de TB
“A magnitude da tuberculose e os itinerários terapêuticos dos Mundurucu do Pará na Amazônia brasileira”	2011	Discorre sobre a alteração do quadro epidemiológico dos indígenas
Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil	2011	Recomendações do Ministério da Saúde para o controle da Tuberculose no Brasil
Global Tuberculosis Control	2010	Artigo estrangeiro que fala sobre o controle da tuberculose no mundo
“Atribuição do enfermeiro na realização e leitura do teste tuberculínico PPD, bem como a emissão do laudo ao paciente de tuberculose.”	2010	Parecer do COREN sobre a atribuição do Enfermeiro para a leitura do teste tuberculínico.
“Estudo Clínico Radiológico de Crianças e adolescentes Indígenas Suruí, Região Amazônica.”	2010	Artigo que esplan sobre os melhores meios de tratamento das crianças indígenas acometidas com a TB e aponta a endemia em menores de 15 anos.

2.2.1 A tuberculose pulmonar

Conforme o Manual de Recomendações Para o Controle da Tuberculose no Brasil (BRASIL, 2011) a tuberculose é uma doença causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, podendo afetar vários órgãos e/ou sistemas. A forma pulmonar (encontrada com mais facilidade), é a que gera mais atenção para a saúde pública, pois é a forma pulmonar, especialmente a bacilífera responsável pela continuidade da cadeia de transmissão da doença. Uma das principais estratégias para o controle da TB é a busca ativa de sintomático respiratório (SR), permitindo a detecção precoce das formas pulmonares.

Frequentemente, a fonte de infecção é um indivíduo com a forma pulmonar da doença, eliminando bacilos para o meio exterior. Calcula-se que durante um ano, numa comunidade, uma fonte de infecção deveria infectar, em média de 10 a 15 pessoas que com ela tenham tido contato. Quanto mais frequente e prolongado for o contato com doentes bacilíferos, como no caso das pessoas que convivem no mesmo domicílio, tanto maior será a proporção de pessoas infectadas. A investigação do contato é uma das estratégias mais apropriadas de vigilância para interromper a transmissão e o desenvolvimento subsequente da TB, só perdendo em efetividade para a busca ativa de SR (YUHARA, 2012).

Os sintomas clássicos da TB pulmonar são: tosse persistente, produtiva ou não (com muco e eventualmente sangue), febre vespertina, sudorese noturna e emagrecimento.

Os elementos principais para o diagnóstico para tuberculose pulmonar são:

- História Clínica: Haver tido contato com uma pessoa com tuberculose; apresentar sintomas e sinais como: tosse seca ou produtiva por três semanas ou mais, febre vespertina, perda de peso, sudorese noturna, dor torácica, dispneia e astenia; ter realizado tratamento anterior para tuberculose e fatores de risco para o desenvolvimento da TB doença (Infecção pelo HIV, diabetes, câncer, etilismo).
- Diagnóstico Bacteriológico: A pesquisa bacteriológica é método de importância fundamental em adultos, tanto para o diagnóstico quanto para o controle de tratamento (BRASIL, 2008). A pesquisa do bacilo álcool-ácido resistente – BAAR, pelo método de Ziehl-Nielsen, é a técnica mais utilizada em nosso meio, a baciloscopia do escarro, executada corretamente, permite detectar de 60% a 80% dos casos de tuberculose pulmonar, o que é importante do ponto de vista epidemiológico, já que os casos bacilíferos são os responsáveis pela manutenção da cadeia de transmissão (YUHARA, 2012). Ela de ver feita em pacientes que apresentem suspeita clínica ou radiológica.
- Diagnóstico Radiológico: A radiografia de tórax é método diagnóstico de grande importância na investigação da tuberculose. Os achados radiológicos nos levam para a suspeita de doença em atividade ou

doença no passado, revelando o tipo e extensão do comprometimento pulmonar. É solicitada para todo o paciente com suspeita clínica de TB pulmonar, porém em até 15% dos casos de TB pulmonar não apresentam alterações radiológicas, principalmente pacientes imunodeprimidos (BRASIL, 2011).

- Diagnóstico por Prova Tuberculínica: A prova tuberculínica – PT consiste na inoculação intradérmica de um derivado proteico do *M. tuberculosis* para medir a resposta imune celular a estes antígenos. É utilizada, em adultos e crianças, para o diagnóstico de infecção latente pelo *M. tuberculosis* (ILTb). Na criança também é muito importante como método coadjuvante para o diagnóstico da TB doença. No Brasil, a tuberculina usada é o PPD-RT 23, aplicada por via intradérmica no terço médio da face anterior do antebraço esquerdo, na dose de 0,1ml, que contém 2UT – unidades de tuberculina e guarda equivalência biológica com 5UT de PPD-S, utilizada em outros países (YUHARA, 2012).

O Enfermeiro possui respaldo legal e ético para, quando devidamente capacitado, fazer aconselhamento pré-teste, realizar o teste, fazer aconselhamento pós-teste e emitir laudo do PPD para subsídio de diagnóstico (COREN, 2010).

Desde 2010, a classificação isolada da PT em: não reator, reator fraco e reator forte, não está mais recomendada, pois a interpretação do teste e seus valores de corte (PT \geq 5mm e PT \geq 10mm) podem variar de acordo com a população e o risco de adoecimento (BRASIL, 2011).

Em caso de confirmação diagnóstica ou suspeita o caso deverá ser notificado através do preenchimento da ficha de notificação do SINAN, pelo enfermeiro ou médico da UBS que atendeu o paciente sendo encaminhada ao 1.º nível informatizado para digitação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (BRASIL, 2002).

2.2.2 Tipos de tratamento da TB

Tratamento Diretamente Observado (TDO): é uma mudança na forma de administrar os medicamentos, sem mudanças no esquema terapêutico: o profissional treinado passa observar a tomada da medicação do paciente desde o início do tratamento até a sua cura. Taxas de cura inferiores à meta preconizada de 85% e de abandono superiores a 5% demonstram a necessidade de aumentar a qualidade na cobertura do tratamento diretamente observado no País (BRASIL, 2011).

O TDO é construir uma conexão entre o paciente e o profissional da saúde, vai além de vê-lo deglutir o comprimido, é impedir barreiras da adesão do tratamento, se necessário o incentivando a reabilitação social, melhora da autoestima, qualificação profissional. Este tratamento deve ser decidido juntamente com o paciente e equipe de saúde, buscando os melhores meios conforme a realidade e estrutura da atenção de saúde. É importante que a tomada observada seja diária, de

segunda a sexta-feira, porém, se para ele a opção de três vezes por semana for a única viável, deve ser muito bem explicada a necessidade da tomada diária, incluindo os dias em que o tratamento não será observado.

Esquemas de Tratamento: a apresentação farmacológica do esquema passa a ser em comprimidos de doses fixas combinadas dos quatro medicamentos (RHZE), nas seguintes dosagens: R 150mg, H 75mg, Z 400mg e E 275mg. Essa recomendação e a apresentação farmacológica são as preconizadas pela Organização Mundial da Saúde e utilizadas na maioria dos países, para adultos e adolescentes.

Para as crianças (abaixo de 10 anos) permanece a recomendação do Esquema RHZ. Para todos os casos de retratamento será solicitada cultura, identificação e teste de sensibilidade, iniciando-se o tratamento com o Esquema básico, até o resultado desses exames (BRASIL, 2011).

Nos casos de tuberculose pulmonar com indicação de retratamento após abandono ou recidiva, o paciente deve voltar à UBS onde será acompanhado e tratado. Utiliza-se para o retratamento – retorno após abandono ou recidiva, o esquema IR (2RHZE/4RHE), em regime diário, supervisionado, em pelo menos três dias da semana, durante todo o tratamento.

Prevenção da Tuberculose: um dos métodos para prevenir contra a tuberculose em suas formas mais graves é a vacina BCG sendo indicada para crianças de 0 a 4 anos, com obrigatoriedade para menores de 1 ano, como dispõe a Portaria nº 452, de 6 de dezembro de 1976, do Ministério da Saúde, e a Portaria nº 3.030, de 28 de outubro de 2010, que institui em todo território nacional os calendários de vacinação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008).

Trata-se de uma vacina atenuada, a administração da vacina é intradérmica, no braço direito, na altura da inserção do músculo deltoide. Essa localização permite fácil verificação da existência de cicatriz e limita as reações ganglionares à região axilar. A vacina BCG pode ser simultaneamente administrada com outras vacinas, mesmo com as de vírus vivos (BRASIL, 2008).

2.2.3 Os povos indígenas e a tuberculose

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, a constituição federal assegurou às organizações socioculturais dos povos indígenas a capacidade civil plena e estabeleceu a competência privativa da União para legislar e tratar sobre a questão indígena. Ocorreram conferências Nacionais de Saúde, formando a estruturação de um modelo de atenção diferenciada, como forma de garantir aos povos indígenas o direito ao acesso universal e integral a saúde, baseado na estratégia de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), sendo base da organização dos serviços de saúde.

Com o objetivo de levar ações básicas de saúde a essas populações de difícil acesso, voltadas para vacinação, atendimento odontológico, controle de tuberculose e outras doenças transmissíveis, foi criado o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA) (FUNASA, 2002).

Somente com a aprovação da Lei nº 9.836/1999, denominada Lei Arouca, que representou um marco na política da saúde indígena, é que foi criado no âmbito do SUS os DSEIs (NOGUEIRA, 2011).

Há uma grande organização pública para a atenção da saúde dos povos indígenas, mas há muitas dificuldades encontrados para a efetivação desses serviços; aumentando a possibilidade acometimentos endêmicos acontecerem, como é o caso da Tuberculose (TB).

A fraca cobertura sanitária das comunidades indígenas, a deterioração de suas condições de vida em decorrência do contato com os brancos, a ausência de um sistema de busca ativa dos casos infecciosos, os problemas de acessibilidade (geográfica, econômica, linguística e cultural) aos centros de saúde, a falta de supervisão dos doentes em regime ambulatorial e o abandono frequente pelos acometidos do tratamento favorecem a manutenção da endemia de tuberculose entre as populações indígenas do Brasil (FUNASA, 2002).

2.2.4 Suscetibilidade Indígena

O perfil epidemiológico dos povos indígenas é evidenciado por elevadas taxas de incidência e de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, com destaque para infecções respiratórias, diarreia, malária e tuberculose, sendo esse o cenário de adoecimento e morte mais marcado entre eles (MELO, 2012).

Na região amazônica apesar das altas coberturas vacinais pela BCG, a incidência da doença é muito elevada (atingindo cifras 40 vezes superiores às médias nacionais) e a prevalência de infecção é bastante superior, com cerca de 1/3 dos grupos investigados apresentando fortes reações à Prova Tuberculínica (MELO, 2012). Esses dados em conjunto levaram o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) a considerar os indígenas como populações diferenciadas.

Segundo Nogueira (2011), o resultado de um inquérito epidemiológico realizado junto aos Suruí de Rondônia acusou a existência de cepa resistente às duas principais drogas utilizadas no tratamento da tuberculose (rifampicina e isoniazida) naquela comunidade.

Já nos resultados de Amarante (2003), entre os Maturacá de Roraima, aqueles que apresentavam história de tratamento anterior da TB, principalmente entre contatos, apontou uma alta prevalência histórica da doença na comunidade e para a alta vulnerabilidade do grupo para contrair a enfermidade.

Destacou-se a alta proporção de não reatores na PT nos indígenas, que pode estar ligada, segundo alguns autores, à deficiência na resposta imune celular e à maior suscetibilidade ao adoecimento por tuberculose nessas populações (BELO, 2012).

Podemos afirmar diante dos dados analisados acima que a TB pode ocasionar endemias entre as populações indígenas.

Sugere-se que mecanismos imunológicos ainda não esclarecidos, que diminuem a resposta imune celular contra

Mtb, poderiam ser os responsáveis pela baixa reatividade ao PPD observada na Amazônia, apesar da alta cobertura de vacinação com BCG e das altas taxas de incidências de TB (ZEMBRZUSKI, 2009).

Vários estudos indicam a existência de fatores genéticos que influem na suscetibilidade à TB a espécie humana. Temos o exemplo trágico do acidente ocorrido em 1926, em Lubeck, Alemanha, quando 249 crianças receberam inadvertidamente uma dose de *M. tuberculosis* virulentas, como parte de um programa de vacinação pela BCG, dessas, apenas 76 (30%) morreram; outras aparentemente possuíam uma constituição genética que lhes conferia a resistência necessária à sobrevivência (SALZANO, 2005).

Tais observações mostram a necessidade de estudos mais profundos entre os indígenas brasileiros, para o esclarecimento das hipóteses indicadas como mostra o Quadro 2. Tais materiais irão possibilitar informações importantes da adaptação dos indígenas a uma quantidade de entidades patológicas.

Quadro 2: Hipóteses para explicar as diferenças na suscetibilidade a patógenos entre ameríndios e não-ameríndios.

<p>Memória Imunológica:</p> <p>A ausência de exposição a patógenos na infância devido, por exemplo, à sua extinção em populações pequenas por inexistência de pessoas suscetíveis, condicionaria um aumento na suscetibilidade a doenças infecciosas na vida adulta.</p>
<p>Heterozigose MHC:</p> <p>O MHC (“<i>Major Histocompatibility Complex</i>”) é um conjunto de genes responsável por muitas atividades das células imunes, inclusive o processo de rejeição e a destruição de microorganismos patogênicos. Nos humanos a sigla estabelecida é HLA (“<i>Human Leukocyte Antigens</i>”). Uma redução na variabilidade desses genes, devido a tamanhos populacionais reduzidos ou ao endocruzamento (casamento entre parentes), condicionaria uma menor eficiência no combate às infecções.</p>
<p>Relação Th1/Th2:</p> <p>As populações ameríndias, em consequência de sua alta carga parasitárias (verminoses, ectoparasitas) traumas físicos e feridas sofridos devido à sua ecologia, teriam um balanço diferente na relação entre as células auxiliaadoras (“Th1, T-helper1/Th2, T-helper2”) do sistema imune. O excesso de Th2 entre os ameríndios condicionaria uma resistência diminuída a bactérias e vírus introduzidos em suas células.</p>

Fonte: Rev. Estudos e Pesquisas, FUNAI, Brasília, Jul. 2005.

2.2.5 Tuberculose em indígenas menores de 15 anos

Existe uma maior preocupação de formas de tuberculose incidindo sobre indígenas menores de 15 anos, nessa faixa etária o diagnóstico bacteriológico é mais complicado, baseado, na maioria das vezes, somente em sinais clínicos e radiológicos.

Esses achados diferem da população geral do Brasil, onde ocorre uma concentração maior de casos da doença na faixa etária de 20 a 49 anos, ficando os pacientes menores de 15 anos, em média, com 15% do total de casos. (MACHADO, 2008).

Nos Suruí da Amazônia, segundo Basta (2010), a tuberculose atinge largamente crianças menores de 15 anos (45% dos casos), o que diverge do observado para a população em geral, que oscila em torno de 10-15% para essa faixa etária. É expressivo o número de casos notificados em crianças menores de 5 anos (aproximadamente ¼ do total).

A presença da tuberculose em crianças e adolescentes indica transmissão ativa do *Mycobacterium tuberculosis*, decorrente de contato com adultos bacilíferos, sugerindo que o serviço de saúde enfrente dificuldades para realizar o adequado controle dos contatos nas comunidades (BELO, 2012).

Nas diretrizes brasileiras é recomendado que toda criança ou adolescente com suspeita clínica de TB seja avaliada por meio desse sistema de pontuação que pressupõe a análise combinada de achados clínico-radiológicos, a interpretação do teste tuberculínico, a observância da situação vacinal com BCG e do estado nutricional, e a história de contato com adulto doente de tuberculose (BASTA, 2010).

Quando a pontuação for igual ou superior a 30, o diagnóstico é possível e o tratamento para TB deve ser considerado. Se a pontuação for inferior a 30 o diagnóstico é pouco provável, e deve-se prosseguir na investigação do caso.

O acometimento da tuberculose em menores de 15 anos é preocupante entre os indígenas brasileiros, é necessário que ações sejam tomadas nesta área para um melhor controle da endemia e o cuidado com a saúde dos pequenos indígenas, pois somente assim poderemos conservar a nova geração dessas etnias tão distintas do Brasil.

2.2.6 Profissionais de Saúde no meio indígena

No Estatuto do Índio, Lei nº 6.001 de 19 de dezembro de 1973 diz que “todo indivíduo de origem e ascendência pré-colombiana que se identifica e é identificado como pertencente a um grupo étnico cujas características culturais o distinguem da sociedade nacional”.

Mesmo com essa lei os indígenas vêm passando por transformações culturais, pois estão em contato com a sociedade envolvente, cujas interferências apontam para mudanças na rotina desses povos, desencadeando novos processos patológicos. Dessa forma, podemos dizer que a história de contato por eles experimentada em muito contribuiu para a alteração do quadro epidemiológico, com o incremento das doenças infectocontagiosas. (NOGUEIRA, 2011).

O cuidado a saúde está concentrado a grandes centros urbanos, o que constitui um agravante, pois os profissionais da saúde se deslocam para as comunidades. Diante desse contexto eles se deparam com uma realidade completamente diferente, com dificuldades de campo e socialização com esses povos.

No relatório final da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena relata: “Caberá à Funasa prover as EMSI (Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena) de conhecimentos antropológicos e culturais, por meios de cursos, palestras,

oficinas, seminários, e encontros para qualificar a assistência aos usuários indígenas com eficácia e respeito às práticas tradicionais de cada etnia” (BRASIL, 2007).

Porém conforme constatado nos referenciais bibliográficos isso não tem acontecido. Profissionais encontram várias dificuldades, desde infraestrutura, acesso às aldeias até a própria cultura. Por exemplo, entre os Guajajaras é sustentado o complexo religioso, que dirige a vida e as atividades, sendo a pessoa parte dele e deste dependendo diretamente. Para esse povo, qualquer tipo de enfermidade está relacionado com algum tipo de feitiço, que entra no corpo da pessoa e manifesta-se como doença. (MARINELLI, 2012).

O profissional tem que vencer todas as barreiras culturais, sociais e religiosas para prover o cuidado para essa população diferenciada. O cansaço para levar os atendimentos necessários com qualidade e especificidade, torna ainda mais precioso tal trabalho, devendo, assim, ter o merecido reconhecimento, não só pelo esforço que requer, mas pela dedicação com que é realizado.

Relacionado à tuberculose, é encontrado problemas como a coleta inadequada de escarro para o teste de BAAR, bem como falta de qualificação técnica dos profissionais envolvidos com a identificação do bacilo (MACHADO, 2008). Revelando que é necessário e urgente um apoio educacional para os profissionais que abordam a saúde indígena. A ausência desse preparo proporciona ao profissional um sentimento de insegurança referente à assistência que deverá prestar.

Dentro dessa realidade encontramos o enfermeiro, o qual terá que utilizar toda a sua percepção, embasamento teórico, planejamento e julgamento crítico para gerar o cuidado digno e correto para as populações indígenas.

2.2.7 Enfermagem e a cultura

Os sistemas tradicionais indígenas de saúde são baseados em uma abordagem holística de saúde, cujo princípio é a harmonia de indivíduos, famílias e comunidades com o universo que os rodeia. As práticas de cura respondem a uma lógica interna de cada comunidade indígena e é o produto de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem. Essas práticas e concepções são, geralmente, recursos de saúde de eficácias empíricas e simbólica, de acordo com a definição mais recente de saúde da Organização Mundial da Saúde. (FUNASA, 2002)

A melhoria de saúde dos povos indígenas não é tão simples, pois não podemos considerá-los receptores passivos, despossuídos de saberes e práticas ligadas ao processo saúde-doença pensando que poderemos transferir conhecimentos e tecnologias da biomedicina sem maior resistência.

O respeito aos seus sistemas tradicionais de saúde, reconhecimento da diversidade social e cultural da comunidade indígena é importante para a realização das ações e projetos de saúde para propostas de prevenção, promoção e educação para a saúde adequada ao contexto local.

Devem também compor essas ações as práticas de

saúde tradicionais dos povos indígenas, que envolvem o conhecimento e o uso de plantas medicinais e demais produtos da farmacopeia tradicional no tratamento de doenças e outros agravos à saúde. Essa prática deve ser valorizada e incentivada (FUNASA, 2002).

O termo cuidado transcultural de enfermagem, ou cuidado cultural de enfermagem, passou a compor o acervo da ciência e a nortear as práticas de enfermagem somente a partir da década de 70, sendo que seu uso foi precedido de terminologias como, cuidado interdisciplinar e cuidado de enfermagem comunitária (NOGUEIRA, 2011).

O trabalho com as populações indígenas chega a ser atraente e digno de admiração por alguns, devido às suas peculiaridades, despertando, assim, o desejo, seja por afinidade, ou curiosidade pelo novo (MARINELLI, 2012).

Cabe à enfermagem reconhecer, referendar ou padronizar as atitudes das pessoas culturalmente diferenciadas, quando buscam solução para os seus problemas relacionados ao adoecimento, independente de essa busca ocorrer no âmbito da família, dos especialistas locais, ou mesmo junto à equipe do sistema formal de saúde, seja de forma isolada ou como ação complementar (NOGUEIRA, 2011).

Em sua singularidade étnico-cultural os indígenas requerem cuidados específicos e qualificados. A equipe de enfermagem deve ser culturalmente competente, sensível e apropriada às diferenças culturais. É necessário que haja uma capacitação prévia para trabalhar com esses povos diferenciados.

Como disse Golin (2007): “Com botas de plástico e mochila nas costas, e muita loção repelente, distante do conforto de um hospital, encontra-se a enfermagem preocupada com a saúde indígena.” Observamos que esse trabalho vai muito além de conhecimentos científicos e sim uma disposição aumentada do profissional e identificação pessoal pelo serviço.

Lidar com TB, em um contexto cultural diferenciado, implica conhecer como os índios pensam e vivem o processo saúde/doença que, na maioria das vezes, difere completamente da percepção dos não índios (NOBREGA, 2010). Por exemplo, entre os Xavantes, os indígenas mais idosos apontam “sangue no pulmão” como uma das mais graves doenças que “consome os pulmões e produz tosse intensa”, conforme relatou um participante, segundo Welch (2011) cita em seu estudo.

Diante de tais exposições, compreendemos que a saúde indígena deve ser cuidada com a maior cautela possível, com profissionais preparados para o que vão enfrentar no campo, compreendendo que é necessária uma maior assistida na educação, promoção e prevenção em saúde para os povos indígenas sem interferir em suas crenças e cultura.

3 Conclusão

Para a equipe de enfermagem que assiste essa população tão singular o cuidado ao indígena é um grande desafio, assim como também é para a área das políticas públicas de saúde

devido à cultura peculiar. Inaugurando uma nova modalidade para assistir a saúde indígena o enfermeiro deve focar suas ações na cultura. Levando os indígenas compreenderem a importância do cuidado para que a TB seja erradicada em seu meio, os profissionais de saúde devem incluir ações que ajudam os indígenas, adaptem-se ou negociem um resultado benéfico para a saúde, sem ofender o que mais acreditam.

A ação da enfermagem é decisiva na prevenção, promoção e educação em saúde relacionado a endemia de Tuberculose Pulmonar entre os indígenas, principalmente em menores de 15 anos. Maior número de pesquisas relacionado a este assunto deve ser discutido para uma melhor análise e solução para este agravante que acomete vários povos nativos do território brasileiro.

Referências

AMARANTE, J.M.; PORTO, J.F.; SILVA, F.A. O Controle da Tuberculose entre os índios Yanomami do Alto do Rio Negro. *Bol. Pneumol. Sanit.*, v.11, n.2, p.5-12, 2003.

BASTA, P.C. Estudo Clínico Radiológico de Crianças e adolescentes Indígenas Suruí, Região Amazônica. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, v.43, n.6, p.719-722, 2010.

BASTA, P.C. *et al.* Desigualdades sociais e tuberculose: análise segundo raça/cor, Mato Grosso do Sul. *Rev. Saúde Pública*, v. 47, n.5, p.854-64, 2013.

BELO, E.M.; *et al.* Tuberculose nos municípios amazonenses da fronteira Brasil-Colômbia-Peru-Venezuela: situação epidemiológica e fatores associados ao abandono. *Cad. Saúde Pública*, v.28, n.2, p.267-280, 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Guia de vigilância epidemiológica* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. 7.ed. Brasília: Ministério da Saúde 2009. 816p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica* / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde Departamento de Atenção Básica. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. *Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_de_recomendacoes_tb.pdf. Acesso em: 3 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia

e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. 4. *Conferência Nacional de Saúde indígena, Rio Quente-GO, relatório final*. Brasília: Funasa, 2007.

COREN. Parecer Nº 024/2010. *Atribuição do enfermeiro na realização e leitura do teste tuberculínico PPD, bem como a emissão do laudo ao paciente de tuberculose*. 2010. Disponível em: www.coren-df.org.br.

FUNASA. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção dos Povos Indígenas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

GOLIN, R. A enfermagem preocupada com a saúde indígena. *Revista Coren*, n.72, p.6-9, 2007.

MACHADO, A.C.F. Incidência da tuberculose em indígenas do município de São Gabriel da Cachoeira, AM. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, v.41, n.3, p.243-246, 2008.

MARINELLI, N.P. *et al.* Assistência à população indígena: dificuldades encentradas por enfermeiros. *Rev. Univap*, v.18, n.32, 2012.

MELO, T.E.M.P.; *et al.* Distribuição espacial e temporal da tuberculose em indígenas e não indígenas de Rondônia, Amazônia Ocidental, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.28, n.2, p.67-280, 2012.

NOGUEIRA, L.M.V. *A magnitude da tuberculose e os itinerários terapêuticos dos Munduruku do Pará na Amazônia brasileira*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2011.

NÓBREGA, R.G. *et al.* A busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose, no cenário indígena potiguar, Paraíba, Brasil. *Rev. Latinoam. Enferm.*, 2010.

SALZANO, M.F.; HUTZ, M.H. Genética, genômica e populações nativas brasileiras – história e biomedicina. *Rev. Est. Pesqu.*, v.2, n.1, p.175-197, 2005.

ZEMBRZUSKI, V.M. *Suscetibilidade genética à infecção pelo Mycobacterium tuberculosis em indígenas da etnia Xavante (Mato Grosso – Brasil)*. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Janeiro, 2009

WELCH JUNIOR, J.; COIMBRA JUNIOR, C.E.A. Perspectivas culturais sobre a transmissão e tratamento da tuberculose entre os Xavante de Mato Grosso, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.27, n.1, p.190-194, 2011.

WHO - World Health Organization. *Global Tuberculosis Control*. WHO Report. Geneva: World Health Organization; 2010. 218p.

YUHARA, L.S. *Papel da quimioprofilaxia na prevenção da tuberculose na população indígena*. Dissertação. (Mestrado em Ciências da Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Dourados, 2012.