UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

A MAGNITUDE DA TUBERCULOSE E OS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DOS MUNDURUKU DO PARÁ NA AMAZÔNIA BRASILEIRA

LAURA MARIA VIDAL NOGUEIRA

Rio de Janeiro
2011

LAURA MARIA VIDAL NOGUEIRA

A MAGNITUDE DA TUBERCULOSE E OS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DOS MUNDURUKU DO PARÁ NA AMAZÔNIA BRASILEIRA

Relatório de tese apresentado ao Programa de Pós-Graduação da EEAN/UFRJ como parte do requisito ao título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Dra. Maria Catarina Salvador da Motta
Coorientador: Dr. Paulo Cesar Basta

Rio de Janeiro
2011

FICHA CATALOGRÁFICA

Nogueira, Laura Maria Vidal
A magnitude da tuberculose e os itinerários terapêuticos dos Munduruku do Pará na Amazônia brasileira /Laura Maria Vidal Nogueira – Rio de Janeiro: UFRJ / EEAN, 2011.
xvi, 162f. : 31 cm

Orientadora: Maria Catarina Salvador da Motta
Co-orientador: Paulo Cesar Basta

Tese (doutorado) – UFRJ / Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-graduação em Enfermagem – 2011.
Referências bibliográficas: f. 138-146.
1. Tuberculose 2. Saúde indígena 3. Enfermagem. I. Motta, Maria Catarina Salvador da. II Basta, Paulo Cesar. III. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. IV. Título.

LAURA MARIA VIDAL NOGUEIRA

A MAGNITUDE DA TUBERCULOSE E OS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DOS MUNDURUKU DO PARÁ NA AMAZÔNIA BRASILEIRA

Rio de Janeiro: 14 de julho de 2011

Aprovada por:

_____

Presidente: Dra. Maria Catarina Salvador da Motta - EEAN/UFRJ

_____

1º Examinador: Dra. Elizabeth Teixeira – CCSE/UEPA

_____

2º Examinador: Dra. Rosane Harter Griep - IPEC/FIOCRUZ

_____

3º Examinador: Dra. Rosângela da Silva Santos – EEAN/UFRJ

_____

4º Examinador: Dr. Paulo Cesar Basta – ENSP/FIOCRUZ

_____

Suplente: Dr. Afrânio Lineu Kritski – FM/UFRJ

_____

Suplente: Dra. Ana Inês Sousa – EEAN/UFRJ

Dedico,

Aos meus pais Manoel e Maria, exemplos de determinação, retidão e justiça.

Aos meus filhos Naiara e Murilo, amores da minha vida.

Agradecimentos

À *Deus,* que me inspira amor, bondade e humildade.

Ao meu marido *Ribamar***,** por compreender meu desejo e necessidade de cursar doutorado na EEAN.

A toda minha família que me apoiou e me deu tranquilidade para que eu pudesse realizar meus estudos.

À *Dra. Catarina Motta*, minha orientadora, por ter me ajudado a superar grandes desafios, fundamental não só para construção desta tese, mas, para minha formação acadêmica. Tenho-lhe grande admiração por ser uma enfermeira visionária no campo da saúde coletiva.

Ao *Dr. Paulo Basta*, meu coorientador, que me recebeu na ENSP com grande profissionalismo e me mostrou caminhos essenciais a serem seguidos.

À *Dra. Elizabeth Teixeira*, minha eterna gratidão pela permanente partilha de saberes e pela parceria que culminou na aprovação do financiamento para execução desta pesquisa.

À *Dra. Rosane Griep*, pelas críticas construtivas desde a elaboração do projeto. Sua colaboração foi decisiva para o desenvolvimento desta pesquisa.

À *Dra. Rosângela Santos,* que com sua experiência, sabedoria e visão crítica favoreceu a reordenação do relatório final desta pesquisa.

Ao *Dr. Afrânio Kritski* e à *Dra. Ana Inês Souza* pelo direcionamento na fase inicial da pesquisa, importante para a condução do estudo e alcance dos resultados.

À *Dra. Márcia Assunção* pelo respeito, atenção e solidariedade demonstrada durante minha permanência no Rio de Janeiro.

Aos *Munduruku* pela convivência harmoniosa e acima de tudo por colaborarem na obtenção dos dados para realização desta pesquisa. Dentre eles, destaco: Aldeci Karô, Jessé Kurap, Gertrudes Kabá e Gilson Borô que mediaram meus diálogos nas aldeias.

Às colegas da Coordenação Estadual de Tuberculose que viabilizaram etapas importantes da pesquisa, em especial a Coordenadora *Sonia Obadia* e a enfermeira *Marcandra Nogueira* que me acompanhou na aldeia Nova Karapanatuba.

À equipe da Core/Pará, do Dsei Rio Tapajós, da Coordenação de Jacareacanga e da Funai que me receberam com cordialidade e credibilidade permitindo acesso às Terras Indígenas.

À equipe da CASAI Icoaraci e da CASAI Jacareacanga que viabilizaram a coleta de dados junto aos indígenas institucionalizados.

Às enfermeiras *Joselice Pereira da Silva, Judan de Brito Pereira, Socorro Elias Silva, Vicerlúcia Roberto de Melo* e *Ladyanne Portela Glrizani* que estiveram ao meu lado no dia-a-dia nas aldeias.

Ao técnico de laboratório *Fabrício Cardoso* que me acompanhou no trabalho nas aldeias, realizando as baciloscopias no escarro e a semeadura para cultura.

Ao *Dr. Luiz Carlos Correa* e ao técnico em radiologia *Perseverando Neto* que realizaram os exames radiológicos nas aldeias.

À Bioquímica *Zelinda Habib* pela amizade e zelo no processamento dos exames laboratoriais.

Ao *Dr. Ronir Raggio Luiz* pela análise estatística e acima de tudo, pela competência e gentileza que marcaram nossos encontros.

Aos *Drs. Hilton Silva* e *Antônio Ruffino-Netto*, que colaboraram com suas experiências e reflexões críticas, essencialmente, na apreciação do roteiro de coleta de dados.

Aos professores das instituições por onde andei: EEAN/UFRJ; ENSP/Fiocruz; IMS/UERJ; Museu Nacional/UFRJ; IFF/Fiocruz e UFPA. O conhecimento partilhado foi fundamental para formação do meu pensamento crítico.

À enfermeira *Juliana Garcez* pela amizade e prontidão ao oferecer insumos para o trabalho de campo.

À *Thiara Bentes* e *Murilo Vidal* pela colaboração na confecção do banco de dados.

Ao *Sandro Vidal de Souza* pela presteza e paciência com que sempre atendeu minhas solicitações. Sem seu suporte técnico tudo teria sido muito mais difícil.

Às minhas colegas da UEPA *Ivaneide Rodrigues, Dilma Fagundes, Carmem Miranda, Goreth Ferreira, Heliana Nunes, Iaci Palmeira* e em especial, à *Yara Macambira* pelo apoio incondicional quando aqui cheguei, e *Elizabete Rassy* pela convivência nos momentos de alegria, descontração, tristeza e saudade durante o período de permanência no Rio de Janeiro.

À *Sônia Xavier* e *Jorge Anselmo* , servidores da secretaria da pós-graduação da EEAN, pela atenção a mim dispensada durante o curso.

À doutoranda antropóloga *Jayne Collevatti* com quem aprendi um pouco mais sobre os Munduruku e convivi prazerosamente nas aldeias Katõ e Missão São Francisco e na cidade de Jacareacanga.

À prefeitura de Jacareacanga pelo apoio logístico nos momentos em que permaneci na cidade.

RESUMO

NOGUEIRA, Laura Maria Vidal. **A MAGNITUDE DA TUBERCULOSE E OS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DOS MUNDURUKU DO PARÁ NA AMAZÔNIA BRASILEIRA.** Rio de Janeiro, 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2011.

Este estudo teve como objeto a magnitude da tuberculose (TB) e as implicações culturais na recuperação dos doentes indígenas da etnia Munduruku do Distrito Sanitário Especial Indígena (Dsei) Rio Tapajós/Pará. A população indígena brasileira está estimada em aproximadamente 600 mil pessoas, com cerca de 60% habitando a região amazônica. A TB é uma doença com elevadas taxas, especialmente nas comunidades indígenas. No ano de 2009 a incidência no Brasil foi de 37,41/100mil, no Pará 47,72/100 mil e no Dsei Rio Tapajós foi 123,72/100 mil. Objetivo geral: Analisar a magnitude da tuberculose na etnia Munduruku relacionando com os itinerários terapêuticos no contexto cultural local. Específicos: Identificar os sintomáticos respiratórios de interesse para o diagnóstico da TB nas quatro aldeias do estudo; identificar a ocorrência de tuberculose ativa entre os sintomáticos respiratórios; estimar a prevalência de infecção por *M. tuberculosis* e fatores associados na etnia sob investigação; descrever as características clínico-radiológicas de sintomáticos respiratórios e pessoas com resultado de PT ≥10mm; descrever os itinerários terapêuticos empregados para o tratamento da TB no contexto local. Trata-se de um estudo misto, epidemiológico seccional e qualitativo descritivo realizado com 1.213 indígenas de quatro aldeias. Dentre estes, onze que se encontravam em tratamento ou haviam tratado TB em até quatro anos, participaram também da etapa qualitativa. Os dados foram obtidos nas aldeias por meio de exames laboratoriais, aplicação de prova tuberculínica, raio x do tórax e entrevistas. Utilizou-se os programas EPiInfo 6.0 e SPSS17, e para análise epidemiológica a distribuição univariada, associação multivariada por meio do χ^2 e regressão logística, $p < 0,05$, IC 95%. Os dados qualitativos foram submetidos a análise de conteúdo temático categorial. O projeto foi aprovado na CONEP e na FUNAI, e o TCLE foi assinado pelas lideranças locais. Verificou-se elevada prevalência de sintomáticos respiratórios e de infecção tuberculosa, essencialmente em adultos. Na análise multivariada, o preditor mais fortemente associado com a infecção tuberculosa foi a idade, seguida da história de contato com a doença. A prevalência pontual foi de 82,4 por 100 mil. A análise radiológica confirmou a presença da TB no presente e no passado. A forte associação da idade pode ser atribuída ao intenso contato em outras aldeias e na zona urbana. Os dados qualitativos revelaram as múltiplas explicações Munduruku para o adoecimento, embasadas nas manifestações corporais e na crença religiosa; e os itinerários terapêuticos em busca de tratamento para a TB. Nesse percurso valorizam o saber local, mas são fortemente atraídos pela biomedicina e ressaltam o enfermeiro como profissional de referência para a assistência à saúde. O serviço de saúde disponibilizado aos indígenas não contempla as ações de controle da doença nem a singularidade cultural da etnia. Para tanto, faz-se necessário implementar o programa de controle da TB nas aldeias, capacitar os profissionais, essencialmente os enfermeiros, na perspectiva da diversidade cultural e promover ações educativas compatíveis com as necessidades de saúde local.

Palavras-chave: TUBERCULOSE, SAÚDE INDÍGENA, ENFERMAGEM.

ABSTRACT

NOGUEIRA, Laura Maria Vidal. **THE MAGNITUDE OF TUBERCULOSIS AND THERAPEUTIC ITINERARIES AMONG THE MUNDURUKU FROM PARÁ IN THE BRAZILIAN AMAZON REGION.** Rio de Janeiro, 2011. Doctoral Dissertation in Nursing. Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2011.

This study looked at the magnitude of tuberculosis (TB) and cultural implications for the recovery of indigenous patients from the Mundukuru tribe in the Indigenous Special Health District (Dsei) Rio Tapajós/Pará. The Brazilian indigenous population is estimated around 600 thousand people, about 60% of whom live in the Amazon region. TB rates are high, especially in indigenous communities. In 2009, incidence levels amounted to 37.41/100 thousand in Brazil, 47.72/100 thousand in Pará State and 123.72/100 thousand in the Dsei Rio Tapajós. General aim: To analyze the magnitude of tuberculosis in the Mundukuru tribe in relation to the therapeutic itineraries in the local cultural context. Specific aims: To identify respiratory symptomatics of interest for TB diagnosis in the four villages under analysis; to identify the occurrence of active tuberculosis among respiratory symptomatics; to estimate the prevalence of infection by *M. tuberculosis* and associated factors in the tribe under analysis; to describe the clinical-radiological characteristics of respiratory symptomatics and people with TT results ≥10mm; to describe the therapeutic itineraries employed for TB treatment in the local context. This is a mixed epidemiological, cross-sectional and descriptive qualitative study, involving 1,213 indigenous people from four villages. Among these, eleven people who were being treated or had been treated for TB in the previous four years also participated in the qualitative phase. Data were collected at the villages through laboratory tests, application of the tuberculin test, chest x-ray and interviews. EPiInfo 6,0 and SPSS17 software were used, as well as χ^2 for epidemiological analysis and univariate distribution and multivariate association through logistic regression, with $p < 0.05$ and CI 95%. Qualitative data were submitted to categorical thematic content analysis. Approval for the project was obtained from CONEP and FUNAI, and local leaderships signed the FICT. High prevalence levels were found for respiratory symptomatics and tuberculosis infection, essentially in adults. In multivariate analysis, the predictor that was most strongly associated with tuberculosis infection was age, followed by the history of contact with the illness. Punctual prevalence amounted to 82.4 per 100 thousand. Radiological analysis confirmed the presence of TB in the present as well as in the past. The strong association with age can be attributed to intense contact in other villages and in the urban zone. Qualitative data revealed multiple Munduruku explanations for the illness, based on bodily manifestations and religious belief; as well as the therapeutic itineraries in search of TB treatment. On this course, they value local knowledge but are strongly attracted by biomedicine and highlight the nurse as the referral professional for healthcare. The health service offered to indigenous people covers neither disease control actions nor the cultural singularity of the tribe. Therefore, the TB control program needs to be put in practice in the villages, and professionals, essentially nurses, need to be trained from the cultural diversity perspective. Also, educative actions need to be promoted which are compatible with local health needs.

Key words: TUBERCULOSIS, INDIGENOUS HEALTH, NURSING.

RESUMEN

NOGUEIRA, Laura Maria Vidal. **LA MAGNITUD DE LA TUBERCULOSIS Y LOS ITINERÁRIOS TERAPÉUTICOS DE LOS MUNDURUKU DEL PARÁ EN LA AMAZONÍA BRASILEÑA.** Rio de Janeiro, 2011. Tesis (Doctorado en Enfermería). Escuela de Enfermería Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2011.

Este estudio tuvo como objeto la magnitud de la tuberculosis (TB) y las implicaciones culturales en la recuperación de los dolentes indígenas de la etnia Munduruku del Distrito Sanitario Especial Indígena (Dsei) Rio Tapajós/Pará. La población indígena brasileña está estimada en aproximadamente 600 mil personas, con cerca de 60% habitando la región amazónica. La TB es una dolencia con elevadas tazas, especialmente en las comunidades indígenas. En el año de 2009, la incidencia en Brasil fue de 37,41/100mil, en Pará 47,72/100 mil y en el Dsei Rio Tapajós fue 123,72/100 mil. Objetivo general: Analizar la magnitud de la tuberculosis en la etnia Munduruku relacionando con los itinerarios terapéuticos en el contexto cultural local. Específicos: Identificar los sintomáticos respiratorios de interés para el diagnóstico de la TB en las cuatro aldeas del estudio; identificar la ocurrencia de tuberculosis activa entre los sintomáticos respiratorios; estimar la prevalencia de infección por *M. tuberculosis* y factores asociados en la etnia bajo investigación; describir las características clínico radiológicas de sintomáticos respiratorios y personas con resultado de PT ≥10mm; describir los itinerarios terapéuticos empleados para el tratamiento de la TB en el contexto local. Se trata de un estudio misto, epidemiológico seccional y cualitativo descriptivo, realizado con 1.213 indígenas de cuatro aldeas. De entre estos, once que se encontraban en tratamiento o habían tratado TB en hasta cuatro años, participaron también de la etapa cualitativa. Los datos fueron obtenidos en las aldeas por medio de exámenes de laboratorio, aplicación de proba tuberculínica, rayos x de tórax y entrevistas. Se utilizó los programas EPiInfo 6.0 y SPSS17, y para análisis epidemiológica el χ^2, distribuición univariada y asociación multivariada por medio de regresión logística, $p < 0,05$, IC 95%. Los dados cualitativos fueron sometidos al análisis de contenido temático categorial. El proyecto fue aprobado en la CONEP y en la FUNAI, y el TCLE fue asignado por los liderazgos locales. Se verificó elevada prevalencia de sintomáticos respiratorios y de infección tuberculosa, esencialmente en adultos. En el análisis multivariada, el preditor más fuertemente asociado con la infección tuberculosa fue la edad, seguida de la historia de contacto con la dolencia. La prevalencia puntual fue de 82,4 por 100 mil. El análisis radiológico confirmó la presencia de la TB en el presente y en el pasado. La fuerte asociación de la edad puede ser atribuida al intenso contacto en otras aldeas y en la zona urbana. Los datos cualitativos revelaron las múltiplas explicaciones Munduruku para el adolecimiento, embasadas en las manifestaciones corporales y en la creencia religiosa; y los itinerarios terapéuticos en búsqueda de tratamiento para la TB. En ese trayecto valorizan el saber local, pero son fuertemente atraídos por la biomedicina y resaltan el enfermero como profesional de referencia para la asistencia a la salud. El servicio de salud disponible a los indígenas no contempla las acciones de control de la dolencia nen la singularidad cultural de la etnia. Para tanto, se hace necesario implementar el programa de control de la TB en las aldeas, capacitar los profesionales, esencialmente los enfermeros, en la perspectiva de la diversidad cultural y promover acciones educativas compatibles con las necesidades de salud local.

Palabras clave: TUBERCULOSIS, SALUD INDÍGENA, ENFERMERÍA.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. Série histórica do crescimento populacional indígena por região. Brasil, 2000 a 2010 19

FIGURA 2. Distribuição proporcional da população indígena por região do Brasil, 2010 20

FIGURA 3. Organização Distrital da Saúde Indígena 54

FIGURA 4. Organização do DSEI e fluxo de Atenção à Saúde 56

FIGURA 5. Localização do DSEI Rio Tapajós 65

FIGURA 6. Pólos-Base da etnia Munduruku 66

FIGURA 7. Vista de chegada na aldeia Nova Karapanatuba 67

FIGURA 8. Área central da aldeia Sai Cinza 68

FIGURA 9. Família caminhando pela aldeia Katõ 69

FIGURA 10. Rua da aldeia Missão São Francisco 70

FIGURA 11. Algoritmo da produção dos dados 75

FIGURA 12. Enfermeira entrevistando mulher Munduruku na aldeia Sai Cinza 76

FIGURA 13. Aplicação de PT em menina Munduruku na aldeia Katõ 77

FIGURA 14. Técnico de laboratório processando o escarro na aldeia Katõ 78

FIGURA 15. Explicação Munduruku para o adoecimento por tuberculose 104

FIGURA 16. Experiência dos Munduruku com a tuberculose 110

FIGURA 17. Subsídios para o cuidado cultural de enfermagem no controle da TB 134

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1. Taxas de incidência de tuberculose todas as formas no Brasil, no Pará e em populações indígenas do Pará no período de 2003 a 2009 24

QUADRO 2. Composição da amostra da pesquisa 72

QUADRO 3. Capacitações realizadas em prova tuberculínica 74

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. Características sociodemográficas da população Munduruku por aldeia - Pará/Brasil, 2010 89

TABELA 2. Proporções das diversas fontes de renda na população Munduruku segundo aldeia – Pará/Brasil, 2010 91

TABELA 3. Proporções dos diversos sintomas dentre as pessoas da população Munduruku que apresentam sintoma, segundo aldeia - Pará/Brasil, 2010 93

TABELA 4. Resultado e aproveitamento da cultura no escarro, população Munduruku - Pará/Brasil, 2010 94

TABELA 5. Resultado da PT em mm na população Munduruku por aldeia, Pará/Brasil, 2010 95

TABELA 6. Prevalências de PT positiva na população Munduruku, segundo os pontos de corte de 5 e 10 mm – Pará/Brasil, 2010 (n=1135*) 95

TABELA 7. Modelos logísticos para PT ≥10mm para a populaçãoMunduruku, Pará/Brasil, 2010 97

TABELA 8. Resultado do exame radiológico do tórax realizado nos Munduruku. Pará/Brasil, 2010 99

TABELA 9. Lesões radiológicas pulmonares na população Munduruku. Pará/Brasil, 2010 99

TABELA10.Características sociodemográfricas dos depoentes dos itinerários terapêuticos, população Munduruku. Pará/Brasil, 2010 101

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIS	Agente Indígena de Saúde
AISAN	Agente Indígena de Saneamento
BAAR	Bacilo Álcool Ácido Resistente
BCG	Bacilo Calmette-Guérin
BCG-ID	Bacilo Calmette-Guérin-Intradérmico
CASAI	Casa de Apoio a Saúde do Índio
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CISI	Comissão Intersetorial de Saúde Indígena
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CORE/PA	Coordenação Regional do Pará
CNCT	Campanha Nacional Contra a Tuberculose
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DOTS	Directly Observed Treatment Strategy
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
EEAN	Escola de Enfermagem Anna Nery
EMSI	Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EVS	Equipes Volantes de Saúde
FAB	Força Aérea Brasileira
FAPESPA	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Pará
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
FNS	Fundação Nacional de Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISA	Instituto Socioambiental
LACEN-PA	Laboratório Central de Saúde Pública do Pará
MDR	Resistência Simultânea à Rifampicina e Isoniazida

MS	Ministério da Saúde
MTB	*Mycobacterium tuberculosis*
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PPD	Purified Protein Derivative
PPSUS	Programa de Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde
PT	Prova Tuberculínica
SASI	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SESPA	Secretaria Executiva de Saúde Pública
SIASI	Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena
SINAN-TB	Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Tuberculose
SPI	Serviço de Proteção aos Índios
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSA	Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas
TB	Tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDO	Tratamento Diretamente Observado
UEPA	Universidade do Estado do Pará
UFPA	Universidade Federal do Pará
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UICTER	Unión Internacional de lucha contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratórias
UR	Unidade de Registro
UT	Unidade Tuberculínica
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS 17
1.1 A OPÇÃO PELO ESTUDO 18
1.2 APRESENTAÇÃO DA TEMÁTICA 18
1.3 OBJETIVO GERAL 25
1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 25
1.5 JUSTIFICATIVA/RELEVÂNCIA 25

CAPÍTULO 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA 29
2.1 A TUBERCULOSE COMO PROBLEMA DE SAÚDE ENTRE AS POPULAÇÕES 30
2.2 DIMENSÕES CULTURAIS NO CONTROLE DA TUBERCULOSE EM POPULAÇÕES INDÍGENAS 33
2.3 OS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS E O SISTEMA TERAPÊUTICO DE ARTHUR KLEINMAN 39
2.4 CUIDADOS TRANSCULTURAIS DE ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DE MADELEINE LEININGER 43

CAPÍTULO 3 O CONTEXTO DO ESTUDO 47
3.1 O MACROCONTEXTO 48
3.1.1 As lutas, as parcerias e as conquistas 48
3.1.2 A assistência à saúde nas aldeias 53
3.2 O MICROCONTEXTO 57
3.2.1 Aspectos históricos da etnia Munduruku 57
3.2.2 O contato com a sociedade envolvente 59
3.2.3 Economia e sobrevivência 61
3.2.4 A organização social 62

CAPÍTULO 4 MÉTODOS 64
4.1 NATUREZA, TIPO DE PESQUISA E CENÁRIO DO ESTUDO 65
4.2 ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO SECCIONAL 70
4.2.1 População de referência 70
4.2.2 População de estudo 71
4.2.3 A construção do instrumento e o pré-teste 72
4.2.4 A obtenção dos dados: instrumentos, técnicas e procedimentos 73
4.2.5 Tratamento das variáveis 79
4.2.6 Análise dos dados 81
4.3 ESTUDO EXPLORATÓRIO DESCRITIVO 82
4.3.1 Os depoentes 82
4.3.2 A abordagem dos sujeitos 82
4.3.3 A produção dos dados 84
4.3.4 Sistematização e análise dos dados 85
4.4 ASPECTOS ÉTICOS 86

CAPÍTULO 5 RESULTADOS 88
5.1 ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO 89
5.1.1 Descrição da população de estudo 89
5.1.2 Sintomáticos respiratórios e os exames laboratoriais 92
5.1.3 Inquérito tuberculínico 94
5.1.4 Achados radiológicos 99

5.2 ESTUDO DESCRITIVO 100
5.2.1 Perfil dos depoentes 100
5.2.2 Os itinerários terapêuticos 102
1ª CATEGORIA: o concreto e o imaginário da tuberculose 102
2ª CATEGORIA: a tuberculose como experiência de doença 105

CAPÍTULO 6 DISCUSSÃO 111
6.1 A CONSTATAÇÃO DA TUBERCULOSE NAS ALDEIAS 112
6.2 A CONVIVÊNCIA COM A TUBERCULOSE 119

CONSIDERAÇÕES FINAIS E ENCAMINHAMENTOS 127
REFERÊNCIAS 136
APÊNDICES 145
ANEXOS 157

CAPÍTULO 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Aldeia Katõ

1.1 A OPÇÃO PELO ESTUDO

Esta tese identifica a magnitude da tuberculose (TB), explora os itinerários terapêuticos, bem como analisa o comportamento da doença no contexto cultural de índios da etnia Munduruku de quatro aldeias do Pará.

Minha aproximação com o tema se deu através do desenvolvimento de atividades docentes na área de saúde coletiva do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará e como técnica da Coordenação Estadual do Programa de Controle da Tuberculose. O acompanhamento das ações de controle deste programa em todo o estado, inclusive nas populações indígenas, permitiu constatar a necessidade de oferecer a esses povos, serviços de saúde culturalmente diferenciados com resolutividade e qualidade. Além disso, fez acreditar que é possível efetivar uma aliança entre a realidade e o conhecimento científico para estudar a epidemiologia da tuberculose, levando em conta os fatores culturais das populações indígenas.

Dessa forma, acredito que os resultados advindos deste estudo servirão de subsídios aos organismos governamentais para o estabelecimento de medidas estratégicas que venham fortalecer as ações de controle dessa morbidade junto a tais populações, produzindo impacto nos indicadores específicos da doença, além de contribuir para consolidar o modelo de atenção à saúde indígena e fortalecer as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

O presente estudo apresenta correspondência com os interesses prioritários do Estado do Pará e foi desenvolvido numa parceria interinstitucional, envolvendo instituições de ensino e pesquisa (Universidade do Estado do Pará – UEPA, Escola de Enfermagem Anna Nery – EEAN/UFRJ e Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/FIOCRUZ) e instituições de elaboração de diretrizes e execução da política assistencial do Sistema Único de Saúde - SUS (Secretaria Executiva de Saúde Publica do Pará – SESPA e Fundação Nacional de Saúde – FUNASA).

1.2 APRESENTAÇÃO DA TEMÁTICA

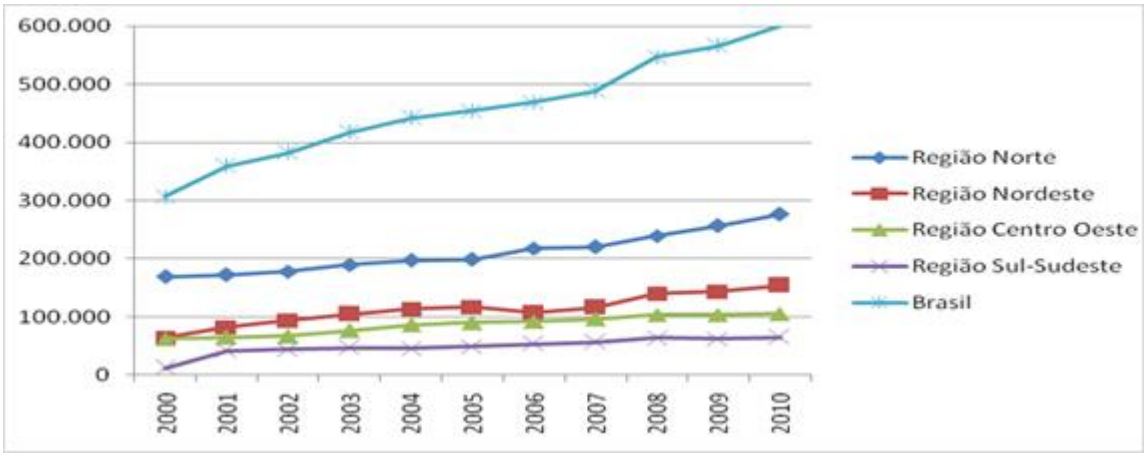
O Brasil indígena contemporâneo está formado pelos grupos sobreviventes do longo processo de dizimação e aculturação que atravessou os séculos, resultado do contato com os europeus nas fases de conquista e colonização do território, com os missionários e com a sociedade envolvente nas frentes de trabalho, tais como: abertura de estradas, exploração de minérios e atividades agrícolas (RIBEIRO, 1996).

O processo de extinção de muitos povos indígenas se deu tanto pela ocupação do território como pelo contágio por doenças introduzidas nas aldeias ou ainda, pela implantação

de políticas de assimilação dos índios a um novo contexto social. Dentre esses três aspectos, merece destaque especial nesta abordagem, a introdução de diversas patologias nas aldeias após o contato com o não índio, com manifestação algumas vezes de forma epidêmica, o que demandou ao longo dos tempos políticas de saúde específicas, visando assegurar a sobrevivência e qualidade de vida desses povos.

Segundo o Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena- Siasi (BRASIL, 2010a), a população de indígenas brasileiros é de aproximadamente 600.000 pessoas distribuídas em 215 etnias, falantes de 180 línguas identificadas, residindo em 4.774 aldeias e ocupando território de 448 municípios em 24 estados brasileiros. Embora sua representação seja inferior a 1% da população brasileira, os dados oficiais demonstram um franco crescimento demográfico, essencialmente nas regiões norte e nordeste, com aumento de 62% (104.859) e 134% (86.050) respectivamente, conforme figura 1. Esse crescimento é atribuído, essencialmente, à autoafirmação étnica nas pesquisas censitárias e à melhoria no sistema de informação.

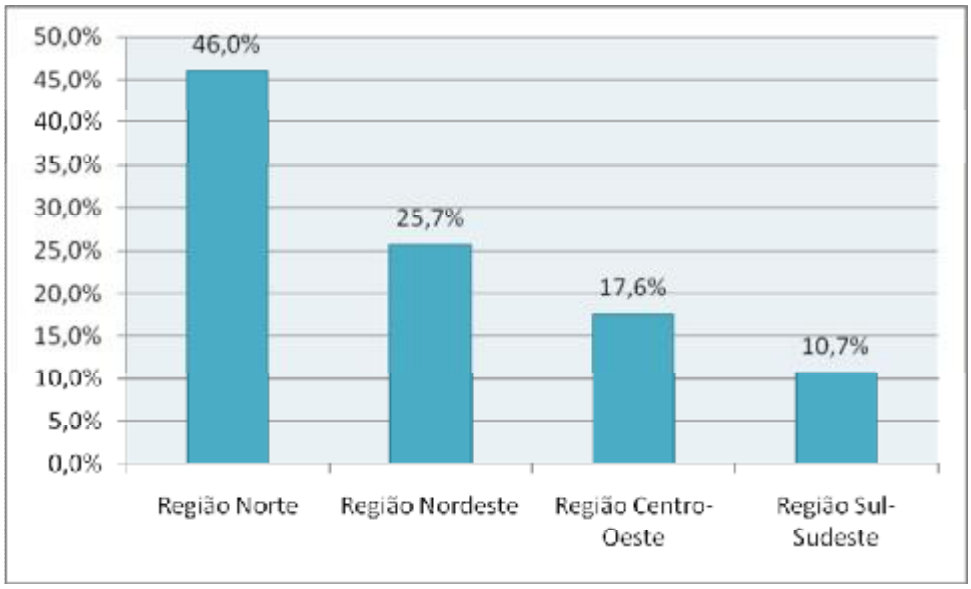
Figura 1 - Série histórica do crescimento populacional indígena por região. Brasil 2000 a 2010.



Fonte: MS/Siasi (2010).

Os índios encontram-se distribuídos por todo o território nacional, sendo que o maior contingente, cerca de 60%, habita a Região Amazônica, onde se concentram 98% das terras indígenas. Segundo o Siasi (BRASIL, 2010a), a distribuição da população pelas regiões brasileiras é de: 46,0% no Norte, 25,7% no Nordeste, 17,6% no Centro-Oeste e 10,7% nas regiões Sul e Sudeste (Figura 2).

Figura 2 - Distribuição proporcional da população indígena por região do Brasil, 2010.



Fonte: MS/Siasi (2010).

É necessário destacar que, apesar dos esforços envidados para quantificação da população indígena no Brasil, há divergências e controvérsias nos dados divulgados, visto que veiculam três fontes oficiais de informações oriundas de instituições públicas: Fundação Nacional do Índio (Funai); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Ministério da Saúde (MS). A contagem feita pela Funai tem como objetivo proceder à demarcação de território, o MS acompanha a dinâmica demográfica para planejar as ações de saúde e o IBGE é o orgão responsável pelo censo no Brasil, e consolida informações a partir da autodeclaração das pessoas no quesito cor ou raça. Tal situação retrata a fragilidade dos sistemas de informações populacionais e a pulverização das ações voltadas para esses povos, interferindo na implantação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas.

A autodeclaração encontra sustentação no Estatuto do Índio, Lei nº 6.001 de 19 de dezembro de 1973 que o define como "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". Portanto, o critério para definição do índio no Brasil é a autoidentificação, vinculado ao reconhecimento da condição de indígena por um grupo social.

Os índios constituem uma etnia minoritária, com características próprias, porém com grande diversidade cultural e linguística, tendo em vista que cada etnia possui valores, simbologia e representações peculiares, que se traduzem nas particularidades comportamentais de cada povo.

No Brasil essa diversidade é expressa por Marconi e Presotto (2007), a partir da heterogeneidade dos aspectos biológico, linguístico e cultural. O aspecto biológico é marcado pela semelhança física que lembra os asiáticos, (pigmentação da pele, olho mongólico, cor e forma dos cabelos, maçãs do rosto salientes, poucos pelos no corpo, dentre outros); a linguística e a cultural retratam as características específicas de cada grupo a partir dos padrões e valores que estabelecem as diferenças culturais que conferem individualidade a esses grupos.

Os estudos que vêm sendo realizados pelos etnógrafos, Albert (1992), Teixeira-Pinto (2002), Vilaça (2006) junto às populações indígenas brasileiras, em especial às da Amazônia, têm mostrado que os indígenas vêm passando por transformações culturais, resultado das incursões de contato com a sociedade envolvente, cujas conseqüências apontam para mudanças na rotina desses povos, com destaque para o desencadeamento de 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 infecto-contagiosas.

O etnólogo Darcy Ribeiro, grande estudioso do processo de civilização dos povos, em especial dos indígenas, atribuiu ao contato índios e não índios os problemas que se inseriram e vêm se perpetuando nessas comunidades. De modo especial, em relação ao adoecimento, diz que “os índios são mais vulneráveis às moléstias infecciosas transmitidas pelos brancos e, quando entram no circuito de contágio destas, sofrem tamanha mortalidade que, por vezes, são levados a completo extermínio” (RIBEIRO, 1996, p. 215).

Do grupo das nosologias que vêm sendo estudadas pelos pesquisadores preocupados com a questão indígena, destaca-se a tuberculose, doença infecto-contagiosa, disseminada pelo *Mycobacterium tuberculosis* (MTB) através do ar, após ser expelido pelo portador pulmonar bacilífero, propagando-se no meio, sendo que sua transmissão se dá pelo contato direto com uma fonte de infecção, o que nos leva a concluir que o processo de transmissão dessa patologia milenar em comunidades indígenas foi desencadeado pelo não índio. Os estudos de Ruffino-Netto (1999), atribuem aos portugueses e missionários à introdução da tuberculose nas aldeias em época da colonização européia. Não obstante, estudos paleopatológicos realizados em remanescentes ósseos por Prat (2000), apontam a identificação da doença em alguns países das Américas como Estados Unidos, Canadá, Chile e Peru, confirmando a presença da patologia há milhares de anos. Entretanto, não a reconhecem nos esqueletos humanos encontrados na Amazônia, região do Alto Rio Negro e área Yanomami, tornando irrelevante a presença pré-histórica da tuberculose entre os índios dessa região, relacionando a ocorrência de casos com as mudanças nas práticas culturais e nas

condições de vida, com os fatores econômicos, a arquitetura de habitações, o agrupamento, o confinamento, o processo migratório e os contatos interétnicos.

É importante esclarecer que o adoecimento por tuberculose está intrinsecamente relacionado às condições de vida da população, uma vez que assume maior magnitude em ambientes promíscuos e de maior pobreza. Esta premissa é reforçada nos estudos de Ruffino-Netto (2004), que relaciona a ocorrência de casos da doença com as condições socioeconômicas, expressas através das más condições de vida, de nutrição e de educação.

Em grupos populacionais indígenas, Coimbra Jr. e Santos (2003, p. 24) reconhecem a presença da tuberculose e a classificam como "uma das principais endemias" da contemporaneidade. Consideram ainda, que a disseminação e o agravamento da doença foram potencializados pelo comportamento que os índios assumiam frente às epidemias, de fuga para a floresta ou de aglomeração habitacional, alterando a rotina e interrompendo as atividades de busca de alimentos levando à precarização da nutrição. Estes comportamentos são inerentes à forma como interpretam a doença, exercendo influência direta nas decisões tomadas, tanto individuais quanto coletivas.

Figueroa et al (2000), atribuem o quadro endêmico de tuberculose entre as populações indígenas:

> [...] a deterioração crescente de suas condições de vida em decorrência do contato com os brancos, a ausência de busca ativa de casos infecciosos, aos problemas de acessibilidade (geográfica, econômica, linguístico-cultural)[...] ao abandono frequente pelos doentes do tratamento (p.20).

A tuberculose, segundo a World Health Organization – WHO (2009), representa para a população mundial um relevante problema de saúde pública com cerca de 9.3 milhões de casos novos e 1,3 milhões de óbitos no ano de 2007, o que corresponde a uma taxa de incidência de 139/100.000 habitantes. Ainda segundo a mesma fonte, a doença se apresenta de forma distinta nos vários países com coeficientes de morbidade variando entre 32/100.000 habitantes no continente americano e 362/100.000 habitantes nos países africanos, sendo que na África do Sul o quadro se mostra mais agravado devido aos fatores sociais, econômicos e epidemiológicos que constituem a realidade daquele país. Além do nível de desenvolvimento, concorre também para o incremento desses índices a associação com patologias como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) e a baixa resolutividade da rede pública de assistência à saúde (JAMAL; MOHERDAUI, 2007). No Brasil, segundo o MS (BRASIL, 2010b), no ano de 2009 foram notificados 71.641 casos novos da doença, com taxa de incidência de 37,4/100.000 habitantes e 4,5 mil óbitos.

O Relatório da WHO divulgado em 2009 aponta um resultado satisfatório para o

Brasil em relação ao controle da tuberculose nos últimos anos, visto que num *ranking* mundial, deixou de ocupar o 16º para ocupar o 18º lugar em relação ao número de casos, e mais recentemente, galgou a 19º posição (BRASIL, 2010b), fruto dos muitos esforços e investimentos feitos no país para enfrentamento dessa morbidade. Esse fato porém, não minimizou a problemática, tendo em vista que o Brasil permanece integrando o grupo dos 22 países com maiores índices da doença em nível mundial, que juntos diagnosticam 80% do total de casos que ocorrem em todo o mundo, contribuindo com expressiva carga bacilar responsável pela perpetuação da doença.

No Brasil os estados brasileiros com as maiores taxas de incidência são: Rio de Janeiro (70,78/100.00 habitantes); Amazonas (66,98/100.000 habitantes) e Pará (47,72/100.000 habitantes), sendo que a menor taxa é do Distrito Federal (10,82/100.000 habitantes) (BRASIL, 2010b).

Analisando comparativamente, a série histórica (Quadro 1) do comportamento da doença no Brasil, no Estado do Pará, nas populações indígenas/Pará e mais especificamente no Distrito Sanitário Especial Indígena (Dsei) Rio Tapajós, observa-se que os índices do Estado vêm se mantendo superiores aos nacionais, contribuindo para o incremento negativo desse indicador. Da mesma forma nas populações indígenas, cujas taxas são bem mais expressivas que as do Estado. Entretanto, no âmbito do Dsei Rio Tapajós, os dados apontam variações importantes de um ano para outro, tornando-se inconsistentes para uma análise temporal, e sugerindo a necessidade de avaliação e revisão criteriosa de procedimentos não só na esfera clínica (procura, diagnóstico e tratamento de casos), como também no sistema de informação (registro, armazenamento e tratamento de dados).

Esses valores com descontinuidade e oscilações expressivas contrariam a história natural da doença, sugerindo problemas operacionais e/ou de registro, uma vez que não se encontra associação do quadro epidemiológico expresso nos valores mencionados com a implementação de medidas intervencionistas nas ações de controle da doença por parte dos órgãos competentes.

QUADRO 1 - Taxas de incidência de tuberculose todas as formas no Brasil, no Pará e em Populações Indígenas do Pará no período de 2003 a 2009.

Ano	Brasil*		Pará*		Pop. Indígena do Pará**		Dsei Rio Tapajós**	
	N°	Coef. Inc./ 100 mil hab.	N°	Coef. Inc./ 100 mil hab.	N°	Coef. Inc./ 100 mil hab.	N°	Coef. Inc./ 100 mil hab.
2003	77858	44,02	3410	51,86	32	194,1	13	221,39
2004	76807	42,88	3544	52,93	23	129,72	3	46,36
2005	75647	41,07	3477	49,88	23	118,87	1	14,35
2006	72182	38,65	3343	47,02	24	131,07	4	60,72
2007	69974	36,96	3268	45,08	41	211,9	11	157,82
2008	69798	36,81	3164	43,22	26	126,85	10	136,04
2009	71641	37,41	3546	47,72	30	132,53	11	123,72

Fonte: *SINAN/SVS/MS.
**CORE/PA.

Com base nos dados disponibilizados pela Funasa (PARÁ, 2010a) e divulgados em pesquisas (ESCOBAR, 2001; GARNELO et al, 2003; BASTA;CAMACHO, 2006a), a ocorrência da tuberculose em populações indígenas tem se mostrado em patamares acima da população brasileira, alcançando cifras cerca de três vezes maiores que as do Estado do Pará e quatro vezes maiores que as do Brasil, configurando maior vulnerabilidade desses povos á doença, por causas ainda pouco esclarecidas.

Pesquisas desenvolvidas por Salzano e Hutz (2005) para estudar os mecanismos de resistência /susceptibilidade de genes humanos a doenças, reconhecem a necessidade de se conhecer melhor a genética das populações indígenas.

O panorama da tuberculose em Terras Indígenas levou o MS, no ano de 2008, a realizar um estudo a respeito do comportamento da doença nos 34 Dseis do país, e após uma análise criteriosa elegeu 13 como prioritários para concentrar esforços e alcançar melhor controle da doença. Desses 13 distritos em que a tuberculose se apresenta de forma mais preocupante, dois se situam no Pará, o Dsei Kaiapó do Pará e o Dsei Rio Tapajós, corroborando a necessidade de maior atenção nessas áreas. Esse fato fortaleceu a eleição do cenário da pesquisa.

A iniciativa do MS está voltada para a supervisão e acompanhamento das ações de controle da doença, visando assegurar a aplicabilidade das normas e recomendações emanadas da área técnica da tuberculose, enquanto que os resultados desta pesquisa possibilitarão conhecer os indicadores epidemiológicos que expressem a realidade da patologia nos Munduruku, assim como as opções terapêuticas adotadas durante o tratamento no dia-a-dia nas aldeias, fundamental para nortear a intervenção, à medida que fornecerá subsídios para o

cuidado de enfermagem e a formulação das políticas de saúde a esses povos.

Para tanto definiu-se como **objeto do estudo** a magnitude da tuberculose e as implicações culturais na recuperação dos doentes indígenas da etnia Munduruku do Estado do Pará.

O pressuposto da tese é: o contexto cultural influencia no adoecimento e recuperação dos doentes de tuberculose nos Munduruku do Pará. Considerando-se que se trata de um povo culturalmente diferenciado, questiona-se: qual a magnitude da tuberculose e de que maneira o contexto cultural interfere no tratamento da doença nessas populações?

1.3 OBJETIVO GERAL

- Analisar a magnitude da tuberculose na etnia Munduruku relacionando-a com os itinerários terapêuticos no contexto cultural local.

1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os sintomáticos respiratórios de interesse para o diagnóstico da tuberculose nas quatro aldeias do estudo;
- Identificar a ocorrência de tuberculose ativa entre os sintomáticos respiratórios;
- Estimar a prevalência de infecção por *M. tuberculosis* e fatores associados na etnia sob investigação;
- Descrever as características clínico-radiológicas de sintomáticos respiratórios e pessoas com resultado de PT ≥10mm;
- Descrever os itinerários terapêuticos empregados para o tratamento da tuberculose no contexto local.

1.5 JUSTIFICATIVA/RELEVÂNCIA

Estudar a realidade da saúde na Região Norte, mais especificamente no Estado do Pará, cuja população é mesclada por grupos humanos distintos, dentre eles os indígenas, se traduz em grande desafio em razão das particularidades que compõem o mosaico cultural da região e de modo particular, as especificidades que caracterizam o cotidiano desses povos.

A Amazônia brasileira abriga mais da metade da população indígena residente no país (BRASIL, 2010a), vivendo em organizações sociais configuradas por grupos étnicos culturalmente diferenciados em relação à sociedade nacional envolvente, e entre si, exibindo características próprias na língua falada, nas formas de subsistência, na organização social, na

cosmologia, nos sistemas políticos e na forma de se relacionar com a natureza.

Resguardando tais características, estudos apontam que a saúde dos povos indígenas no Brasil, nos últimos 20 anos, vem atravessando uma fase de grandes mudanças decorrentes da introdução de novas patologias nas aldeias, provocando alterações significativas nos perfis epidemiológicos (GARNELO et al, 2003 ; COIMBRA JR. ; SANTOS, 2003).

O conhecimento dessa realidade desencadeia preocupações pela necessidade de correlacionar saberes que proporcionem um melhor entendimento dos processos de adoecer e curar para intervir com resolutividade num contexto de grande diversidade cultural.

A proposta ora apresentada é iniciativa pioneira, tendo-se em vista a inexistência de achados científicos no campo da epidemiologia e dos itinerários terapêuticos da tuberculose em povos indígenas habitantes de território paraense, bem como entre os estudos no campo da enfermagem, identificado a partir da busca sistemática nas bases de dados *Medline e Lilacs*, realizada no período de janeiro a março de 2009, atualizada em maio de 2011. Para isso, foram utilizados os descritores: *indians, south american indians, native people, tuberculosis, nurse, indígenas, índios sul-americanos, tuberculose* e *enfermagem*, e publicações referentes ao período compreendido entre 1988 e 2009. O recorte temporal foi estabelecido pela mudança nas bases ideológicas da política indigenista advinda da promulgação da Constituição Brasileira de 1988. A pesquisa foi desenvolvida utilizando os descritores de forma isolada e em seguida de forma combinada de modo a obter o refinamento necessário.

Nesse estudo, foi encontrado um total de 394 artigos, dos quais 62 apresentaram aderência ao objeto de estudo, sendo que desse total foram excluídos 16 em razão de não disponibilizarem os textos para leitura. A amostra final foi de 46 artigos. Ao analisar as informações, identificou-se o Brasil como cenário predominante das pesquisas (30%), seguido do Canadá (20%) e Estados Unidos (20%); a temática tem sido estudada, embora em menor escala, nos vários continentes. Após análise das evidências os estudos foram agrupados em quatro categorias de acordo com a abordagem: epidemiológicos, clínicos, operacionais e revisão de literatura.

As pesquisas de natureza epidemiológica mostram que os estudos realizados no Brasil estão concentrados na região Amazônica, privilegiando os grupos indígenas habitantes dos estados de Rondônia (RO) e Amazonas, dentre os quais destacamos os Suruí – RO, os Pakaánova (Wari) – RO cujas taxas de incidência da tuberculose encontradas confirmam valores superiores às da população em geral sem, entretanto, associar a causas ou fatores específicos. O estudo realizado junto aos Suruí apresentou prevalência de infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* na ordem de 33,5% e risco médio anual de infecção de 1,5%, e à

semelhança da pesquisa realizada junto aos Pakaánova (Wari) recomenda a adoção de medidas de prevenção e controle da doença específicas, valorizando as diferenças sociais, culturais e ambientais desse povos.

As pesquisas que abordam aspectos clínicos fazem referência à predominância da forma pulmonar entre os casos diagnosticados e à importância da vacina cujo componente é o Bacilo Calmette-Guérin (BCG), como recurso importante para o controle da patologia no meio. Em relação ao seguimento dos doentes, os estudos ressaltam a preocupação com a cosmologia desse grupo populacional, considerada como factível de interferência na adesão ao tratamento, tornando-se necessária a valorização e o respeito à cultura local.

As pesquisas de natureza operacional discutem aspectos relativos às ações do programa de controle da TB, relacionando com os diversos momentos históricos tanto da política de saúde como da política de assistência aos povos indígenas. O monitoramento de tratamentos feitos comparativamente em décadas distintas mostra que independente do contexto, os resultados têm se mostrado similares. Merece destaque estudo recente, a respeito da busca ativa de SR, realizado no Dsei Potiguara, nordeste brasileiro, que revelou debilidades operacionais e técnicas na rotina do serviço, comprometendo o controle da doença.

Nos estudos de revisão da literatura merece destaque o reconhecimento da presença da tuberculose entre populações indígenas anterior ao contato com os europeus. No entanto, na Amazônia este fato não exibe grande relevância, tornando-se assim mais expressivo para fins de interpretação da transmissão da doença, a história de contato vivenciada por esses povos, que proporcionou a entrada de inúmeras patologias nos territórios até então indenes.

Diante do quadro, podemos dizer que a pesquisa nessa área tem sido realizada pontualmente, privilegiando-se alguns grupos indígenas, sem demonstrar preocupação com as possíveis opções terapêuticas adotadas para tratamento da tuberculose.

A efetivação deste estudo tem importância primordial para a melhoria da assistência à saúde do indígena, uma vez que os resultados fornecerão subsídios aos organismos governamentais para o estabelecimento de medidas estratégicas que contemplem as especificidades desses povos nas diretrizes políticas do programa de controle da tuberculose.

O estudo tem relevância especial para a enfermagem, devendo contribuir para o planejamento das ações de saúde em bases epidemiológicas valorizando a diversidade cultural. Contribuirá ainda com a formação, visto que o atual currículo do Curso de Graduação em Enfermagem da Uepa contempla temática referente aos diversos grupos humanos que constituem a Amazônia, dentre eles os indígenas.

A pesquisa fortalecerá a produção científica do Núcleo de Pesquisa de Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, do Departamento de Endemias Samuel Pessoa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz, assim como do Departamento de Enfermagem Comunitária/Uepa, e servirá de suporte teórico para debates e realização de novos estudos, além de contribuir para reorganização do modelo assistencial de saúde dos povos indígenas.

A parceria entre instituições de ensino, pesquisa e prestação de serviços de saúde fortalecerá o SUS no Estado, e a política de atenção à saúde indígena, num momento oportuno em que o país está implantando uma nova estrutura administrativa para coordenar as ações de saúde voltadas para esses povos.

Ressalta-se que, com os resultados advindos desta investigação pretende-se fortalecer as ações do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) no estado do Pará e no país, favorecendo melhor controle da doença no meio social e, consequentemente, produzindo impacto nos indicadores específicos dessa morbidade, além de contribuir para solidificação das diretrizes do SUS.

Nesse sentido, a tese permitirá o aprofundamento da realidade nas aldeias investigadas e contribuirá para o maior controle da doença, valorizando a singularidade cultural, essencialmente no cuidado aos doentes que são assistidos quase que exclusivamente pela equipe de enfermagem.

CAPÍTULO 2 FUNDAMENTACÃO TEÓRICA

2.1 A TUBERCULOSE COMO PROBLEMA DE SAÚDE ENTRE AS POPULAÇÕES

A tuberculose é uma doença endêmica que tem sido observada atentamente pelas autoridades de saúde em nível mundial, em razão dos danos que vêm causando à sociedade.

Muitos são os fatores que têm contribuído para a perpetuação da doença no meio social, dentre os quais destaca-se o baixo nível de desenvolvimento socioeconômico, que tem como consequência o alargamento da pobreza e da exclusão social, condicionando as pessoas a viverem à margem da sociedade, sem acesso a bens e serviços essenciais para uma vida digna e até mesmo para a sobrevivência. Desse modo, podemos dizer que a tuberculose se constitui em um agravo cujos indicadores epidemiológicos oscilam em relação direta com os indicadores sociais.

Ao longo dos tempos a história da tuberculose tem sido marcada por estágios significativos que denotam a evolução do conhecimento científico, facilitando a interpretação da doença como problema biológico e social, o que pode ser ilustrado por fatos marcantes como a derrubada da tese de "mal hereditário e romântico" que perdurou até o isolamento do MTB em 1882, por Robert Koch, levando à compreensão de que se tratava de uma doença transmissível. Sem dúvida, este fato representou um importante "divisor de águas" para a ciência, permitindo à comunidade científica avançar em estudos e descobertas para o controle da doença no meio.

A partir daí, um grande feito científico ocorreu na década de 20 que foi a descoberta da vacina BCG, produzindo um grande impacto nos indicadores de incidência da patologia, à medida que inibe a ocorrência das formas graves da doença, responsáveis pelo incremento no número de óbitos, e pelo aumento do sofrimento humano, essencialmente nas idades mais tenras. Este impacto se tornou mais evidente a partir de 1974 com a implantação da vacina BCG-ID.

Apesar desses avanços científicos a doença se destacou acometendo essencialmente pessoas vivendo em precárias condições, o que levou as autoridades a reconhecerem o caráter social da doença e que não bastava somente conhecer o agente causador da tuberculose, mas também prover os serviços de saúde dos insumos necessários e recursos humanos qualificados.

Na década de 40 ocorreu uma ampla reforma na administração pública em nível nacional que proporcionou a criação da Campanha Nacional Contra a Tuberculose (CNCT), reforçando a instalação de sanatórios e dispensários, para isolamento social do doente, e fortalecendo as medidas preventivas com a aplicação da vacina BCG, a qualificação dos recursos humanos e o impulsionamento do desenvolvimento científico e tecnológico (HIJJAR

et al, 2007).

Na sequência dos achados científicos, a grande revolução no tratamento de doentes foi marcada pelo emprego da quimioterapia, com a inclusão da isoniazida, no esquema terapêutico, no início dos anos cinquenta, levando a comunidade científica a pensar na possibilidade de erradicação da doença.

Essa atmosfera perdurou por pouco tempo, haja vista que no final da década de 50, mais precisamente em 1959, em estudo realizado no Rio de Janeiro com 1.255 casos tratados, 68,2% mostraram-se resistentes pelo menos a duas das três drogas principais, indicando a falência do esquema terapêutico, e reduzindo a velocidade de queda da mortalidade (HIJJAR et al, 2007).

A década de 60 foi marcada por inúmeras tentativas de adequação de drogas ao organismo, monitoradas por pesquisas em busca de respostas favoráveis ao controle da doença e, somente, em 1979, após divulgação no III Seminário Regional sobre Tuberculose, realizado em Washington, Estados Unidos pela OPAS/OMS, houve a padronização de dois esquemas terapêuticos para serem usados em pacientes bacilíferos e abacilíferos, porém ambos com tomada diária auto-administrada. Surge então o esquema de curta duração com associação de rifampicina, isoniazida e pirazinamida, que perdurou por mais de 30 anos. O uso concomitante de rifampicina com isoniazida confere um grande efeito bactericida, proporcionando o desaparecimento da sintomatologia, e consequente melhora do paciente.

E, foi nessa década que se identificaram as maiores conquistas nas políticas governamentais com a decisão de tornar obrigatória a vacina BCG, incluindo-se a tuberculose dentre as doenças de notificação compulsória, assegurando-se gratuidade dos meios de prevenção, diagnóstico e tratamento, o que produziu impacto nos indicadores epidemiológicos da doença, em especial na incidência e na mortalidade (HIJJAR et al, 2007).

Ocorre que na década de 80 a população mundial se depara com a Aids, uma doença que vem contribuir para o aumento de casos e da mortalidade, em um contexto já preocupante que foi à constatação da resistência bacteriana às drogas.

Considerando a dimensão do problema, e que as medidas até então adotadas foram insuficientes para produzir o efetivo controle da doença, em 1993 a OMS declarou a tuberculose em estado de emergência mundial, desencadeando a partir de então uma sucessão de estratégias políticas, com esforço coletivo, metas pré-estabelecidas, priorizando os países com indicadores específicos de morbimortalidade mais sofríveis, e detentores de maior pobreza e exclusão social.

No bojo dessas medidas, destaca-se o “Plano Emergencial para Controle da TB”,

em 1996, convocando os países a aplicarem a estratégia Directly Observed Treatment Strategy – DOTS. Em 2000 o "Plano Nacional de Mobilização para Eliminação da Hanseníase e Controle da Tuberculose no Brasil, no período de 2001-2005"; e mais recentemente, no ano de 2006, foi lançada a "Estratégia Regional para o Controle da Tuberculose para 2006-2015", fruto da parceria "Global Partnership to Stop TB" que visa reunir esforços, técnica e inteligência na realidade local para controlar a doença, e assim alcançar as metas prioritárias estabelecidas para o mundo todo que são a descoberta de 70% dos casos novos e cura de pelo menos 85% dos casos que se submeterem ao tratamento.

A execução da estratégia STOP-TB/OMS vem fortalecer a estratégia DOTS, importante para obtenção de maior impacto no tratamento dos doentes, priorizando a atenção aos casos de coinfecção TB/HIV e a prevenção e controle da TB/MDR. Aponta ainda a necessidade de estabelecer um plano de ação para as populações mais vulneráveis, dentre elas os indígenas.

Segundo a OMS (2006), faz-se necessário um esforço coletivo das três esferas de governo, envolvendo alianças com o setor privado de modo a alcançar as metas previstas para 2015 de redução de 50% de prevalência e mortalidade da tuberculose, tendo-se como parâmetro o ano de 1990. E numa perspectiva mais ousada, em 2050 eliminar a doença como problema de saúde pública de modo a ocorrer somente um caso por milhão de habitantes.

A vigilância por parte dos organismos internacionais em relação à doença é pertinente tendo-se em vista sua potencialização, essencialmente, a partir da descoberta do HIV/ AIDS, e da resistência bacteriana às drogas, que contribuem para o insucesso do tratamento e incremento das taxas de mortalidade.

Essa preocupação levou a OMS em parceria com a Unión Internacional de lucha contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratórias (UICTER) a promover estudos sobre a multiresistência bacteriana, no período de 1994 a 1997, inicialmente em âmbito internacional envolvendo 36 países, cujos achados comprovaram que cerca de 10% dos pacientes com diagnóstico recente exibiam resistência a pelo menos uma droga, e em 1,4 % se comprovou resistência à rifampicina e isoniazida. Numa segunda etapa do estudo, publicado no ano de 2000, o quadro foi similar com 10% de resistência a pelo menos uma droga nos casos novos e 1% de multidrogaresistência (SMITH, 2006).

No Brasil, foram realizados o I Inquérito Nacional de Resistência aos Fármacos anti-TB no período de 1995-1997 e o II Inquérito no período de 2007-2008, confirmando aumento da resistência primária à isoniazida de 4,4% para 6,0% e da resistência primária à isoniazida associada à rifampicina de 1,1% para 1,4% comparando-se os achados dos dois

estudos. Esse cenário levou o MS, a partir de 2009, a incrementar o tratamento específico para tuberculose introduzindo o etambutol como quarto fármaco na fase intensiva, os dois primeiros meses do esquema básico (BRASIL, 2010b), sendo que no Estado do Pará, a implantação do novo esquema terapêutico somente ocorreu em março de 2010.

Esses dados se acentuaram quando o estudo foi realizado em pacientes de retratamento, apresentando 23% de resistência a pelo menos uma droga e 9,3% a mais de uma droga, comprovando que a resistência bacteriana constitui uma grande preocupação visto que aumenta em até 15 vezes a probabilidade de fracasso do tratamento (ESPINAL, 2000).

Em populações indígenas, embora não tenhamos identificado estudos específicos sobre a multidrogaresistência, 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 (BASTA et al, 2006a).

Os dados epidemiológicos e de monitoramento da doença disponíveis na Coordenação Estadual do Programa de Controle da Tuberculose no Pará (PARÁ, 2011) comprovam a existência de dois casos de multiresistência bacteriana entre indígenas do estado do Pará, identificados recentemente, que se encontram realizando tratamento com esquema alternativo segundo norma técnica do MS. Trata-se de índios da etnia Kayapó do Dsei Kayapó do Pará, que em razão da atual política de realização do tratamento nas Casas de Apoio à Saúde do Índio (Casai), oferecem grande risco para as demais pessoas, inclusive de outras etnias devido à permanência prolongada, favorecendo à convivência com outros doentes portadores de diversas patologias, além daqueles que estão em fase de esclarecimento de diagnóstico e os seus acompanhantes.

Nesse sentido, o enfrentamento da tuberculose exige vigilância constante por parte da ciência, levando em consideração a diversidade e as especificidades dos grupos humanos, de modo a se antecipar com novas descobertas importantes para o controle da doença. Não obstante, as políticas específicas devem possibilitar o acesso aos serviços de saúde que precisam responder com resolutividade.

2.2 DIMENSÕES CULTURAIS NO CONTROLE DA TUBERCULOSE EM POPULAÇÕES INDÍGENAS

A luta pelo controle da tuberculose foi marcada por inúmeras iniciativas, correspondentes às descobertas científicas e à concepção de doença estabelecida nos diversos momentos históricos. Desde o século XIX, com as políticas higienistas, o enfrentamento da

doença tem valorizado as condições de vida das pessoas.

O contexto social no qual os indivíduos se inserem retrata o nível socioeconômico e o padrão cognitivo dos mesmos, expresso pelos saberes, práticas e valores. É o comportamento das pessoas e seus saberes que segundo Gualda e Hoga (1997), expressam a cultura de um povo, traduzindo o comportamento, como os padrões observáveis, isto é, o que as pessoas fazem; e o cognitivo como as crenças, os valores, e o conhecimento das pessoas. Tais reflexões se fortalecem na discussão antropológica de Geertz (1989) ao reconhecer que para compreender a cultura de um grupo social deve-se considerar os aspectos morais/estéticos e cognitivos.

Nesse sentido, faz-se necessário uma reflexão a respeito do significado do termo cultura, que na sua amplitude está relacionado com diversos aspectos que vão desde as cerimônias tradicionais até a identificação de uma sociedade. Marconi e Presotto (2007, p. 21) explicam que, para os antropólogos, a cultura tem significado amplo, englobando "os modos comuns e os aprendidos da vida, transmitidos pelos indivíduos e grupos, em sociedade".

Geertz (1989, p. 23), concebe a cultura como sistema simbólico, rechaçando a idéia de poder e de reducionismo ao lócus dos acontecimentos sociais e dos comportamentos. Para ele, trata-se de [...] "estruturas de significados socialmente estabelecidas" [...] que tem alcance na compreensão dos padrões de significados manifestados nas expressões de formas simbólicas abrangendo o conhecimento, a crença, os valores e os símbolos de um grupo social. É a cultura que produz a identidade das pessoas, e que as torna diferentes gerando, muitas vezes, conflitos, fonte de segmentarismo.

Hall (2002) discute essa identidade tomando como referência três concepções distintas: a concepção do sujeito do iluminismo, que define a identidade como algo que nasce com o sujeito e o acompanha para toda a sua existência sem modificação, fortalecendo sua ação no meio; a concepção do sujeito sociológico, que diz que a identidade se forma a partir da relação do homem com o meio, ou seja, da interação entre o homem e a sociedade, fazendo, dessa forma, com que a cultura seja visualizada nos valores, sentidos e símbolos do mundo social, o que é corroborado na citação seguinte do mesmo autor ao afirmar que "o sujeito ainda tem um núcleo ou essência interior que é o "eu real", mas este é formado e modificado num diálogo contínuo com os mundos culturais "exteriores" e as identidades que esses mundos oferecem" (p. 11).

Desse modo podemos dizer que a identidade, é fruto da interrelação homem – sociedade, tornando-se factual à medida que se entrelaçam a subjetividade dos sentimentos humanos com a objetividade do mundo social e cultural no qual está inserido.

A concepção de identidade do sujeito pós-moderno questiona a ideia da unificação e estabilidade, admitindo o pluralismo de identidades e a contradição. Fortalece a tese da dinamicidade com a formação e transformação permanentes, a partir dos sistemas culturais presentes no cotidiano, com forte influência dos processos históricos, rechaçando o viés biológico, favorecendo a compreensão de que ocorre um alinhamento da identidade com a realidade do meio social.

As reflexões ainda de Hall (2002), dão conta de que não nascemos com identidade própria, ela se forma e se transforma a partir de um sistema de representação, oriundo de um conjunto de significados que produz o que ele denomina de "sistema de representação cultural", e reforça a ideia de que a identidade cultural não constitui carácter genético, embora pensemos como se "fosse parte de nossa natureza essencial" (p. 47). Portanto, esse sistema de representação cultural produz sentidos e se expressa simbolicamente, gerando sentimentos de identidade e lealdade presentes tanto nas sociedades mais tradicionais como nas culturas, ditas modernas. A cultura engloba, pois, símbolos e representações que auxiliam na construção de sentidos influenciadores de nossas ações e concepções com os quais passamos a nos identificar, e que, por isso, chamamos de nossa identidade.

Hall (2002) discute a singularidade das identidades culturais a partir da realidade histórica e social de um povo, e elenca três fatores que considera determinantes na formação dessas identidades, que são: as diferenças entre classes sociais, grupos étnicos e gênero; a hegemonia cultural oriunda do processo de colonização e a organização territorial por processo violento. Nesse sentido, podemos dizer que a história de uma sociedade caracteriza sua identidade cultural, porém, as relações estabelecidas socialmente exercem influências decisivas. Quanto menor o contato entre grupos sociais, maior a preservação cultural. Essa ideia é reforçada nos escritos de Bartolomé (2006), definida como "transfiguração cultural", resultado do contato interétnico que proporciona aderência a traços simbólicos e materiais da sociedade envolvente. Avalia que essa transfiguração não compromete a identidade étnica, apenas processa sua reformulação em um novo contexto, por ele denominada "cultura de contato".

Cada grupo étnico possui uma marca cultural, independente de ser tradicional ou resultante do processo de etnogênese definido por Oliveira Filho (1998), citado por Bartolomé (2006) como as novas identidades que vão surgindo, e a reinvenção das etnias já conhecidas. Trata-se de um processo de construção de uma nova identificação que tenha como base uma tradição cultural pré-existente ou construída, capaz de manter sua representação simbólica.

No âmbito da saúde, da mesma forma, as práticas terapêuticas são derivadas dos

aspectos identitários de cada povo, assim como da relação estabelecida com outros grupos sociais, dentro de uma complexidade de ligações entre o indivíduo, a sociedade, a cultura e o ambiente no qual ele está inserido (GIL, 2007).

As questões relacionadas ao processo saúde-doença vinculadas ao contexto cultural dos indivíduos têm sido objeto de estudo pela antropologia em nível mundial, dada a complexidade que envolve o adoecimento, suas manifestações e a forma de enfrentamento pelos indivíduos, tendo como ponto de partida o conhecimento do homem em sua totalidade, embasando-se nos pressupostos biológicos e culturais. Teixeira (2001), ao estudar o cuidar cotidiano em ribeirinhos da Amazônia, infere que a necessidade de pensar políticas para o setor contempla as interfaces dos problemas de saúde, o meio ambiente e o modo de vida.

Na década de 60 surge a antropologia médica, englobando tanto a epidemiologia como a clínica dos agravos, e voltada para o estudo da incidência e distinção das doenças com forte valorização da etnomedicina, contribuindo para a diferenciação entre a manifestação patológica da doença, a percepção do individuo e a ordem cultural (CANESQUI, 1998, p. 15).

Ferreira (1998, p. 101) toma por base os pressupostos de Helman (1994) e define antropologia médica:

> [...] como um campo de estudo que se preocupa com como as pessoas, em diferentes culturas e grupos sociais, explicam as causas relacionadas à saúde e doença, às crenças sobre tipos de tratamentos e a quem recorrer quando doente.

Essa área de conhecimento apresenta-se em franca expansão, perceptível pelo crescimento de publicações nas últimas décadas e pelo interesse das instituições acadêmicas nessa especialidade. Os estudos em antropologia têm valorizado o campo social no mundo todo, fortalecendo um movimento de insatisfação com o reducionismo biológico da doença. Essas reflexões são visíveis nos escritos de Canesqui (1998, p.27) quando diz que:

> Inegavelmente, a antropologia na década de 80 aproximou-se do tema saúde, doença e dos distintos sistemas de cura, o que pode significar que ela vem refletindo sobre questões oferecidas pela sociedade, mesmo quando resiste em recortar objetos específicos, uma vez que os fenômenos saúde, doença e cura ultrapassam a dimensão biológica [...].

Nessa mesma década, já se visualiza, no Brasil, a formação de um corpo de conhecimentos da Antropologia Médica, porém ainda em situação de dependência do arcabouço teórico-metodológico conceitual de escolas francesas, inglesas e americanas (MINAYO, 1998).

A valorização dos aspectos culturais com respeito aos saberes e as práticas tradicionais se traduz em necessidades para contemplar a diversidade cultural dos vários

grupos étnicos.

Lins (2008, p. 25-6) refere que os estudos de antropologia médica se fundamentam na ideia de que a doença é entendida a partir dos seguintes aspectos:

> Doença como fenômeno biofisiológico reconhecível e atestável nos termos da biomedicina (doença-objeto, patologia); doença como experiência do doente, ou seja, a doença-sujeito (enfermidade) que se relaciona à vivência subjetiva do sofrimento; e doença como realidade sociocultural construída no imaginário dos diferentes grupos humanos e carregada de significados.

Analisando essa tríade, percebe-se que a interpretação da doença é algo particular de uma sociedade, que atribui o seu surgimento à causas específicas, determinantes para o seu enfrentamento.

Para Buchillet (1991) a doença pode ser interpretada a partir de dois aspectos: as causas, em que se procura definir o diagnóstico e o sentido do adoecimento e, os efeitos, visando prover meios terapêuticos para o alívio dos sintomas, sem a preocupação imediata com as causas.

Esta visão torna possível a adoção de opções terapêuticas originárias de outros sistemas de tratamento (quimioterápicos, por exemplo) sem que haja alteração nos esquemas tradicionais de interpretação da doença, podendo, inclusive, levar à incorporação desses elementos às práticas tradicionais segundo a lógica das representações locais da doença. Tais representações estão explícitas nos repertórios interpretativos que um grupo social faz uso, frente às inquietações e aos sofrimentos impostos pela doença.

Os povos indígenas são detentores de cosmologia própria que explica suas interpretações para os processos de adoecimento e opções de cura. Relacionam a doença e a recuperação da saúde a dois aspectos: o que é real, visível, e o que é invisível, resultado da ação das forças sobrenaturais. Consideram que essas forças exercem influências no dia-a-dia, tanto de forma positiva como negativa. Quando a influência é negativa, ocorre o adoecimento, em consequência do que Langdon (1994) chama de “rupturas na rotina cotidiana”, podendo ocasionar, além do aparecimento de doenças, alterações climáticas, conflitos sociais ou escassez de alimentos.

Para fins de ilustração, um estudo realizado junto aos Siona da Amazônia Colombiana, enfocando as representações de doença e itinerários terapêuticos, concluiu que embora demonstrem adesão ao tratamento de doenças pelo sistema não tradicional, isto é, pela medicalização industrializada, interpretam a doença de acordo com sua visão de mundo, suas crenças e valores, o que nos remete a reflexão de que a opção pelas práticas oriundas da

biomedicina “não indica uma mudança nas representações das doenças ou na importância da cura xamânica” [...] (LANGDON, 1994, p.117). Evidenciou-se situação similar em um estudo realizado por Garnelo & Wright (2001, p.283) junto aos Baníwa quando apontam que em caso de adoecimento, fazem opção pela terapêutica industrializada, porém não abandonam a “base mítica que rege as representações de doença e as práticas de cura”.

Esse dualismo pode ser compreendido a partir da visão de que se trata de sujeitos sociais que vêm experimentando um processo de transformação histórica desde tempos remotos, resultado dos muitos contatos com múltiplos saberes, que fatalmente levaram ao entrelaçamento das concepções míticas e científicas.

Nesse contexto, o tratamento de tuberculose na modalidade autoadministrado se mostra vulnerável, uma vez que, de posse dos medicamentos, o paciente passa a ter autonomia para administrá-los, estabelecendo horários e intervalos entre as doses de acordo com o seu entendimento (GONÇALVES, 2000). Um fator que contribui para essa vulnerabilidade é o fato do tratamento ser feito com tomada de medicamentos em doses diárias por um período não inferior a seis meses, exigindo disciplina e persistência do doente, muitas vezes não correspondida, mesmo pelos não índios. Assim sendo, no meio cultural indígena, as ações de controle da tuberculose são ressignificadas à luz da visão de mundo, influenciando nas práticas de saúde adotadas.

Nas sociedades com maior organização social o entendimento da doença é diferente de outros contextos, com múltipas explicações para sua ocorrência, resultando em maior diversidade de opções terapêuticas que segundo Geertz (2001), são fundamentadas nas representações conferidas à doença pelos povos.

Helman (2007, 2009) discute essa diversidade de tratamento nas sociedades, e identifica um “pluralismo médico” mesclado por práticas tradicionais e não tradicionais que coexistem como alternativa para explicar e tratar as doenças, e reforça que por ocasião do planejamento das ações de assistência à saúde devem ser levados em consideração, além dos aspectos biomédicos, as crenças e valores dos grupos sociais, sobre suas doenças e formas de enfrentamento, aliado à conjuntura política e econômica.

Nesse sentido, pensar uma política de saúde para populações indígenas tem sido desafiador tendo em vista, segundo Gonçalves (2000), os programas de saúde não controlarem as diferentes formas de as pessoas lidarem com a doença.

Buchillet (1991) ressalta a importância do conhecimento antropológico, como condição essencial, para a implementação de programas de assistência à saúde, de modo a responderem às necessidades sociais.

Diante da singularidade cultural, as práticas de saúde em populações indígenas, especialmente as de controle da tuberculose, devem valorizar a realidade local, fortalecida em uma política nacional que privilegie o modo de vida tradicional e as formas de organização social, política e cultural, contemplando dessa forma, o modo de pensar e viver o processo saúde-doença nas aldeias.

2.3 OS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS E O SISTEMA TERAPÊUTICO DE ARTHUR KLEINMAN

A preocupação com o modo de convivência e a forma de enfrentamento da doença pelos diversos povos, tem motivado pesquisadores (RIVERS, 1924; MECHANIC, 1968; KLEINMAN, 1980; LANGDON, 1994; BUCHILLET, 1991; ALVES; SOUZA, 1999; GERHARDT, 2006) no mundo todo, no sentido de explicar os comportamentos assumidos pelas pessoas por ocasião do adoecimento.

Vários modelos foram apresentados, traduzindo os itinerários terapêuticos empreendidos pelos indivíduos, na busca de soluções quando são acometidos por processos mórbidos. Dentre as várias iniciativas, destacamos os estudos desenvolvidos por Rivers (1924), que demonstrou preocupação com o aspecto psicológico e cultural das pessoas, valorizando a multiterapia que usava concomitantemente várias formas de tratamento.

Já Mechanic (1968) e Foster e Anderson (1978), realizaram seus estudos com base em uma concepção tradicionalmente conhecida como comportamento do enfermo (*illness behaviour*), focando no significado dos sintomas experienciados e nas implicações advindas da conduta humana, ou seja, a quem buscar por ocasião de doença e qual a prática a ser adotada. Este modelo foi criticado por Parsons (1979), defensor do pressuposto de que a ação humana é inseparável de atos de interpretação, ou seja, para entender os atos humanos é necessário levar em consideração os valores e as normas que regem o comportamento dos indivíduos.

Ainda pautado na lógica do *illness behaviour*, outro estudo (ZBOROWSKI, 1952) ganhou realce pela relação que estabeleceu entre os problemas de saúde e as características individuais e coletivas dos grupos, como por exemplo: o gênero; a idade; a estrutura familiar e as condições sociais e econômicas. Este estudo tinha como foco principal relacionar o conhecimento das pessoas com as opções terapêuticas, perpassando pela intensidade da utilização dos serviços de saúde. Sua grande contribuição foi ter discutido e admitido uma lógica de adoecimento permeada por outras questões além de fatores biológicos, oferecendo com isso, subsídios importantes para a realização de novas pesquisas nessa área.

Essa concepção teórica, de redução da importância dos fatores biológicos nos processos mórbidos, foi fortalecida nos estudos realizados por Kleinman (1980), que agregou a eles o fator social, privilegiando, portanto, os aspectos individuais e culturais das pessoas e dos grupos. Arthur Kleinman concebeu um modelo de sistema terapêutico constituído por três setores, a saber, o informal, o popular e o profissional, acreditando serem percorridos pela pessoa quando adoece.

Em suas reflexões, o autor ressalta o homem como um ser que interage com o meio social e natural e dele sofre influências, ao mesmo tempo em que aponta a limitação do modelo biomédico para atender às necessidades de saúde, visto que leva a uma prática dicotomizada, além de não valorizar as demais questões que permeiam o processo saúde/doença, presentes no subjetivo do doente e na sua relação com o meio em que vive. No aprimoramento dos seus estudos, conferiu grande importância aos significados imprimidos pelo doente aos sinais e sintomas experienciados na presença de processos mórbidos.

Kleinman (1980), ao definir os três setores dos cuidados de saúde (informal, popular e o profissional), o fez explicitando que cada um aborda a doença de forma distinta, e define quem é a pessoa que cura e como interage no encontro terapêutico. Considera ainda que tais setores têm seus próprios agentes de cura[1] e poderão estar sobrepostos e interconectados.

O **setor informal** é o não especialista, em que os cuidados de saúde são prestados por pessoas com laços de parentesco, relação de amizade, religiosos, ou entre vizinhos. Portanto, as pessoas que curam e os que são cuidados apresentam o mesmo nível de compreensão sobre saúde e doença.

Segundo Helman (2007, 2009), as práticas de cuidados geralmente ocorrem por meio das seguintes estratégias: autotratamento ou automedicação; aconselhamento por parentes, amigos, vizinhos ou colegas de trabalho; rituais religiosos de cura e cuidado mútuo ou grupo de autoajuda; e consulta à pessoas leigas detentoras de conhecimento específico.

Uma característica importante nesse setor é que os relacionamentos de cura se dão de maneira informal e gratuita, com duração variável, podendo ocorrer no âmbito familiar, nos grupos de autoajuda ou em seitas de cura.

Um exemplo clássico dos grupos de autoajuda são os Alcoólicos Anônimos, presentes no mundo todo, e segundo o site da associação (2010), congregam mais de 2 milhões de pessoas, em 100 mil grupos, envolvendo cerca de 150 países.

[1] "Todos aqueles que formal ou informalmente, oferecem conselhos e cuidado aos que sofrem desconforto físico e/ou sofrimento psicológico" (HELMAN, 2009, p. 110).

O **setor popular** *(folk)* é o setor intermediário entre o informal e o profissional. Nele, os cuidados de saúde são prestados por pessoas que se especializam em determinadas formas de cura, permeando as práticas sagradas e as seculares. Esses prestadores de cuidados são denominados por Helman (2007, 2009), de curandeiros populares, e atendem a diversas necessidades de saúde de acordo com as demandas das pessoas e/ou dos grupos.

Um aspecto importante a considerar nesse setor, é o compartilhamento de valores culturais e visão de mundo entre o curandeiro e a pessoa ou a comunidade. Assim sendo, em um grupo onde o adoecimento é atribuído às causas sociais, como feitiçaria ou "mau-olhado", ou então às causas sobrenaturais, advindo de espíritos, os curandeiros sagrados se perpetuam.

A intervenção dos curandeiros se dá de forma holística, levando em consideração os sintomas físicos e emocionais, além dos fatores que interagem com a pessoa, tais como: os relacionamentos interpessoais, o meio ambiente e as forças sobrenaturais (KLEINMAN, 1980).

Neste setor, os cuidadores da saúde são, entre outros, as parteiras tradicionais, as pessoas que extraem dentes, as benzedeiras, e aqueles que realizam curas espirituais, tais como, clarividentes ou xamãs.

O xamã, presente na cultura indígena, realiza práticas de cura em meio a um processo de transe, que viabiliza sua mediação entre o mundo material e o espiritual, e é nesse estado que firma o diagnóstico e a prescrição terapêutica.

Apesar de esses curandeiros populares serem vistos com ressalvas, principalmente por profissionais da área da saúde, a OMS, no ano de 1978 recomendou a integração das práticas tradicionais de saúde à biomedicina, sempre que possível, e destacou as parteiras tradicionais como um grupo a ser incorporado aos programas de saúde nos países em desenvolvimento, visto que realizam cerca de 60 a 80% dos partos normais no mundo todo (HELMAN, 2009).

Nas aldeias indígenas, elas constituem uma referência importante, tanto para o acompanhamento do nascimento, como para os aconselhamentos durante a gravidez.

O **setor profissional** tem sua base formada pela biomedicina, e incorpora as várias profissões da área da saúde, que atendem às necessidades da população nas diversas especialidades. Apesar de altamente difundida, a biomedicina ocidental, deixa de assistir uma grande parcela da população em razão da escassez de recursos humanos. O relatório World Health Statistics da OMS (2005), subsidiado pelos dados referentes ao período de 1997 a 2003, divulgou as grandes variações e desigualdades existentes na disponibilidade de profissionais da saúde, essencialmente médicos, enfermeiros e parteiras, nas diversas regiões

do mundo. Enquanto na Europa a proporção de médicos é de 33.1/10.000 habitantes e de enfermeiros e parteiras é de 72.0/10.000 habitantes, na África é 1.8/10.000 habitantes e 8.8/10.000 habitantes, respectivamente.

Soma-se a estes dados o fato de que muitos desses profissionais não estão envolvidos com o cuidado direto às pessoas, pois se encontram em outras atividades, como a pesquisa, a gestão ou o ensino. E dos que estão no cuidado direto, a maioria está concentrada nos grandes centros urbanos, o que constitui outro agravante.

Os agentes de cura desse setor são considerados privilegiados se comparados aos demais, visto que desfrutam de ***status*** social elevado, possuem renda maior, e têm seus direitos e deveres claramente definidos nos seus códigos profissionais. Isto tudo lhes confere poder de decidir unilateralmente os tratamentos a serem realizados pelos doentes; as necessidades de internação, confinando as pessoas em hospitais; o controle da dieta; do comportamento; dos padrões de sono e a realização de exames diversos. Além disso, podem também rotular as pessoas como doentes, ou mesmo como plenamente recuperados, o que pode conflitar com o que a própria pessoa pensa ou sente.

Para Kleinman (1980), as pessoas buscam os cuidados de saúde nestas três esferas sem, necessariamente seguir a mesma trajetória, podendo inclusive, relacionarem-se com mais de um setor ao mesmo tempo. A esses percursos trilhados denominamos de itinerários terapêuticos, e para fins deste estudo será considerada a definição de Alves e Souza (1999), que dizem tratar-se de um percurso que envolve um conjunto de planos, projetos e estratégias voltados para um objeto pré-concebido que é o tratamento da aflição; portanto, é intencional. E, à enfermagem cabe acompanhar esse processo de escolha intervindo com manutenção, negociação, para o alcance de um estado de saúde favorável, ou mesmo reestruturação do estilo de vida, desde que culturalmente significativa (LEININGER, 1978).

Na década de 70, estudo (LEWIS, 1981) voltado para melhor explicar o comportamento dos doentes apontou que as pessoas estabelecem diferentes concepções a respeito das causas de doenças, dos sintomas experienciados, do diagnóstico estabelecido e do tratamento adotado. É nesse novo contexto que o itinerário terapêutico passa então a abranger os aspectos cognitivos e interativos que influenciam o processo de escolha e o tratamento da doença.

Para melhor compreensão faz-se necessário o entendimento de dois aspectos importantes que são discutidos por Alves e Souza (1999): o primeiro diz respeito às ações, aos atos circunstanciais, a um plano esquematizado, algo vivenciado por alguém inserido num determinado contexto cultural envolto por crenças e receitas práticas para lidar com o mundo,

receitas essas que foram adquiridas, ou mesmo reformuladas, ao longo da sua existência, visto que as pessoas constroem suas ações num contexto sociocultural. Trata-se, portanto, de escolha e decisão. E o segundo se refere à relação que o indivíduo estabelece com as experiências passadas e com o conhecimento atual, para interpretar as ações e buscar maior sentido e coerência em suas atitudes.

Alves e Souza (1999) consideram que os processos de escolha e decisão não podem estar atrelados, exclusivamente, às características sociais e culturais do grupo, mas também às transformações que ocorrem no ambiente social. E definem dois aspectos importantes a serem considerados para melhor compreensão das opções estabelecidas, que são: a imagem do caminho projetado na ação, e a sua legitimação. A imagem se forma no ato da escolha e da tomada de decisão, e prediz o sucesso, ou não, do tratamento eleito.

Os mesmos autores consideram que por ocasião da escolha terapêutica, ocorre a construção da imagem da eficácia do tratamento, responsável pela tomada de decisão. Há que se esclarecer que a formulação dessas imagens não é fruto da imaginação criadora, mas sim da interação social com significados construídos, tendo por base fenômenos sociais, eventos concretos, nos quais o tratamento e a cura se dão, ou são negociados cotidianamente em cada pessoa.

2.4 CUIDADOS TRANSCULTURAIS DE ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DE MADELEINE LEININGER

As primeiras preocupações com a necessidade de cuidados de enfermagem alinhados à cultura local foram apresentadas na década de 60, pela enfermeira norte americana Madeleine Leininger, fruto de sua experiência profissional com crianças, nos Estados Unidos. Ao constatar diferenças comportamentais nessas crianças, que se repetiam com frequência, atribuiu à base cultural. Esse fato a levou a reconhecer a necessidade de práticas de enfermagem diversificadas, significativas e eficazes de acordo com os valores culturais dos indivíduos e/ou grupos.

A partir dessa inquietação, aprofundou estudos sobre o cuidado cultural como essência da ação de enfermagem, e criticou as limitações e a superficialidade de seu uso na profissão, alertando para a necessidade de ser utilizado com clareza semântica e linguística.

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 (LEININGER, 1988).

Para fins de subsídios teóricos, neste estudo será utilizado o conceito de cuidado cultural de enfermagem, definido por Leininger (1988) como as práticas que assistem, apóiam e capacitam indivíduos e/ou grupos para manter o seu bem-estar, enfrentar doenças, incapacidades ou mesmo situações de morte. Isto tudo caracterizado pelo respeito aos valores, crenças e modo de vida padronizados ou aprendidos.

Leininger (1988) defende a ideia do cuidado cultural universal ou diversificado. Considera que a universalidade está presente quando as práticas de enfermagem são embasadas nos elementos dominantes de determinada cultura; e a diversidade, quando são identificadas especificidades que marcam as diferenças dos indivíduos ou grupos. Os elementos dominantes que determinam a classificação do cuidado cultural são constituídos pelos significados, valores, padrões e o modo de vida que caracterizam os indivíduos, as famílias e as comunidades. Dessa forma, admite que o cuidado cultural ocorra, na medida em que se dão as ações ou decisões assistenciais que podem ser de suporte, de facilitação ou de capacitação, desde que embasadas no contexto local.

Independente da universalidade e da diversidade, o cuidado cultural exige do enfermeiro habilidade e um corpo de saberes específicos sustentados na antropologia da saúde e na epistemologia do cuidado. Nesse sentido, cuidado e cultura são áreas de conhecimento que se complementam nas práticas de enfermagem, fundamental para manutenção do bem-estar do homem e restauração de sua saúde, devendo, inclusive, valorizar as formas não verbais no cuidado humano, algumas vezes mais importantes que expressões verbais (LEININGER, 1988).

Leininger (1988), em seus estudos concebe seis importantes funções do cuidado cultural, perceptíveis na sua implementação: contribuir de forma crítica para o desenvolvimento humano, perpetuar as culturas humanas e atualizar de forma individual ou de grupos; aproximar grupos humanos por meio de processos, comportamentos e ações cuidativas, essencialmente, os que cuidam e são cuidados; representar um importante papel para manutenção do bem-estar das pessoas e conforto diante da morte; ajudar a prevenir a miséria humana, o estresse do dia-a-dia e situações de destruição social; promover e manter as qualidades humanas e os atributos das pessoas; subsidiar as modalidades de cura em situações de doença e não doença.

E, em relação à prática recomenda três esferas de atuação de acordo com as especificidades culturais, conforme expressam Leopardi et al (1999) e González (2006): preservação do cuidado cultural para manutenção da saúde; acomodação ou negociação do cuidado cultural em busca de um estado de saúde favorável; e reestruturação do cuidado

cultural para mudança no estilo de vida na perspectiva de novos padrões, desde que culturalmente significativos, com condições de proporcionar uma vida saudável.

A **preservação** do cuidado cultural se dá quando a ação do enfermeiro contribui com as pessoas de uma determinada cultura, para preservação ou recuperação da saúde, resguardando os valores culturais relevantes; a **acomodação ou negociação**, diz respeito à ação do enfermeiro capaz de estimular as pessoas de determinada cultura, a adaptarem-se ou então negociarem com o profissional, em busca de ajustes que sejam benéficos para a saúde, respeitando os valores culturais, a crença e o modo de vida; e a **reestruturação** do cuidado cultural ocorre quando as decisões e as ações de enfermagem ajudam os clientes a reverem seus estilos de vida, e a adotarem novas condutas, desde que culturalmente significativas, visando assegurar melhoria da saúde e qualidade de vida.

Leininger (1978), portanto, ao mesmo tempo em que alerta a enfermagem a respeito da necessidade de contemplar as diferenças culturais nas suas intervenções, oferece um aporte teórico para subsidiar o cuidado coerente com a cultura. E estabeleceu alguns aspectos que considerou fundamentais no cuidado transcultural, que devem ser observados cotidianamente, dentre eles destacamos: a cultura; a visão de mundo; os sistemas de saúde e o bem-estar tradicionais.

Para a mesma autora, a **cultura** consiste nos valores, crenças, normas e práticas que são próprias de determinado grupo e que influencia nas ações e decisões a serem tomadas pelas pessoas em caso de adoecimento. A **visão de mundo** diz respeito à *estrutura social*, que engloba os fatores que dão significado e ordem à cultura, tais como: religião; educação; economia e política; ao *contexto ambiental*, valorizando as expressões humanas, que correspondem às interações que ocorrem nos meios físicos, ecológicos, sociopolíticos e culturais; e as *dimensões estruturais e sociais*, ou seja, os valores religiosos, sistema de parentesco, econômico, educativo, tecnológico e cultural. Estes elementos, isolados ou interrelacionados interferem no comportamento humano.

Os **sistemas de saúde e bem-estar tradicionais** são os cuidados diferenciados que têm significado especial numa cultura, podendo ser prestados por especialistas leigos e complementados, ou não, pela equipe multiprofissional da saúde.

Cabe à enfermagem reconhecer, referendar ou repadronizar 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.

Para Helman (2009), o cuidado transcultural de enfermagem alcança uma dimensão além do modo de vida das pessoas. Nesse sentido, alcança a valorização das estruturas da sociedade nas quais se perpetua a desigualdade de acesso aos cuidados de saúde. E destaca a preocupação demonstrada pelo enfermeiro com a capacitação das pessoas para que "participem nas decisões sobre seus próprios cuidados de saúde" (p. 24).

Os pressupostos teóricos de Leininger (1978) são pertinentes para discutir a ação de enfermagem junto aos Munduruku, em razão de ser um povo detentor de saber próprio, herdado de seus antepassados, com visão de mundo alinhada aos valores culturais da etnia. Apesar do intenso contato, mantêm tradições que os diferenciam de outros grupos aldeados e da sociedade envolvente. O modo de vida particular é determinado pela crença e pelo nível de influência dos contextos social, político, econômico, educacional e ambiental.

Da mesma forma que essas forças sociais e culturais emolduram o perfil das pessoas e dos grupos, interferem no cuidado cultural. Para uma prática assistencial de enfermagem significativa, faz-se necessário o conhecimento prévio dos valores e padrão de vida dos indivíduos, grupos, famílias e comunidades. É importante valorizar o conhecimento, denominado de êmico, que deve ser contrastado com a ciência, portanto o conhecimento ético, de modo a alcançar resolutividade nas ações de saúde.

Nesse sentido, algumas exigências se apresentam para a enfermagem, que deve, inicialmente, se apropriar do conhecimento êmico dos Munduruku, associá-lo ao conhecimento científico, e estabelecer um plano de cuidados que privilegie as necessidades de saúde, de modo especial as ações de controle da TB. Para tanto, deve agir conjuntamente com os aldeados em todas as etapas do processo, numa troca permanente de conhecimentos, rechaçando o que é meramente curativo para uma prática de transformação social. É o cuidado cultural que tornará a ação de enfermagem nas aldeias mais resolutivas.

CAPÍTULO 3 O CONTEXTO DO ESTUDO

Aldeia Nova Karapanatuba

3.1 O MACROCONTEXTO

3.1.1 As lutas, as parcerias e as conquistas

A assistência à saúde aos povos indígenas teve seu início marcado pelas práticas religiosas, através dos missionários, no período da colonização portuguesa, atravessando os séculos com permanente busca de aderência institucional, permanecendo ora vinculada ao Ministério do Interior, ora vinculada ao Ministério da Justiça, ou ainda, ao Ministério da Saúde. Numa análise contextual percebe-se o quanto desorganizada, relegada e assistemática se mostraram as práticas de saúde às comunidades indígenas. Atribui-se tal fato, provavelmente, ao olhar das autoridades constituídas nas diversas épocas históricas que, em determinados momentos privilegiavam a questão agrária, em outros, o desenvolvimento sustentável, e em outros ainda, a proteção física face ao contato com outras civilizações.

A política de atenção à saúde dos indígenas sofreu influências, diretamente, da política indigenista, refletindo o nível de entendimento do poder público a respeito da causa, e o nível de organização da sociedade em geral e das comunidades específicas. Ao longo dos tempos muitos órgãos foram criados para coordenar a política indígena no país e mediar à relação do Estado com essas comunidades, sendo que estas exibem um aspecto comum, que foi a pouca valorização ao sistema de representação, valores e práticas relativas ao adoecer e tratar; assim como às relações sociais e às relações com o meio ambiente natural, produzindo baixo impacto às demandas dos aldeados.

A implantação de uma política indigenista no Brasil somente foi levada a efeito a partir do século XX com a criação do Serviço de Proteção aos Índios (SPI) em 1910, objetivando ordenar as relações interétnicas. E é nessa época que se estabelece o regime tutelar do Estado sobre os povos indígenas, com expectativa de assimilação após exposição à sociedade envolvente.

O SPI sobreviveu durante mais de 50, anos tendo à sua frente o Marechal Rondon, imprimindo práticas humanísticas espelhadas em métodos persuasivos não violentos, cultivando a expectativa de transformação social nas comunidades indígenas, para alcance da esperada unidade homogênea nacional, que caracterizou esse período da história política brasileira.

Ao longo dos tempos, segundo Lima (2005), o SPI foi marcando sua história de modo que no final da última década de sua existência, desenvolveu atividades que ficaram caracterizadas como práticas antidemocráticas distanciadas das reais necessidades dos povos indígenas, com barganhas políticas, desmandos administrativos, atos de corrupção e até mesmo massacres de índios, instalando-se uma grande crise institucional que culminou com

sua extinção no ano de 1967. E, em substituição, foi criada, pela Lei 5.371/1967, a Funai, fortalecendo a relação de monopólio tutelar por parte do Estado sobre os índios.

O contexto político, de ditadura militar, vivido pelo país à época, incorporava planos e compromissos internacionais de integração nacional, que resultou em danos irreparáveis à cultura de muitos grupos indígenas. Não obstante, nesse período, um fato importante marcou a política indigenista – a aprovação do Estatuto do Índio – Lei 6.001/1973, inaugurando uma nova era que foi o fortalecimento de luta pela terra, tudo isso num momento em que a Amazônia exercia forte atração nacional e internacional, fomentada pelo ideário do regime político, tornando-se urgente o movimento de busca pela demarcação de territórios.

No contexto da saúde, na vigência do SPI, houve a criação do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (Susa), para prestar atendimento aos índios diretamente nas aldeias, tendo à frente o médico russo Noel Nutels, que perdurou até a criação da Funai quando foram implantadas as Equipes Volantes de Saúde (EVS). Essa modalidade de assistência se caracterizou pela composição de equipes multidisciplinares, na perspectiva de atender de forma mais integral, as necessidades de saúde dos indígenas, permanecendo até meados dos anos 80.

Nessa década, no ano de 1986, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, tendo como desdobramento a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, entre os dias 26 e 29 de novembro do mesmo ano, se constituindo no marco inicial da política de saúde indígena vigente. O evento reuniu lideranças do movimento indígena, organizações e instituições ligadas ao processo de defesa dos direitos dos índios, com o objetivo de discutir e propor diretrizes relativas à saúde indígena, alcançando um saldo positivo que foi o fortalecimento da compreensão da responsabilidade do governo federal com a causa, sem, entretanto, esquecer a necessidade de respeito às heranças cultural e étnica desses povos (BRASIL, 2000).

É importante destacar neste contexto histórico, que a Constituição Federal de 1988 apresenta um capítulo específico sobre os povos indígenas, com reconhecimento do dever do Estado em assegurar as condições necessárias para os índios viverem de acordo com seus princípios sócio-culturais, sem a perspectiva de se integrarem à sociedade nacional. Assegurou ainda, a capacidade civil aos indígenas, e definiu como sendo privativo da União legislar e tratar das questões específicas. Estabeleceu os princípios do SUS e legitimou o direito de atenção à saúde de forma integral e diferenciada aos indígenas, sendo um importante instrumento para as mudanças nas bases ideológicas das políticas públicas específicas, à medida que reconhece a sociodiversidade desses povos. Esse clima de

valorização cultural contribuiu para que no ano de 1992, por ocasião da 9ª Conferência Nacional de Saúde, houvesse o fortalecimento do respeito às especificidades culturais, inclusive aos sistemas tradicionais de cura.

Porém, um aspecto que desencadeou debates, discussões e preocupações no Movimento Sanitário Indigenista foi a proposta de descentralização dos serviços para a gestão municipal em razão da eminente interferência do poder local na gestão da saúde, podendo ocasionar a descontinuidade nos serviços. Esse fato impulsionou a efetivação da II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, em 1993, com a finalidade de discutir um modelo específico de atenção à saúde desses povos, ocasião em que foi deliberada a criação e organização dos Dsei como política setorial específica, assegurando um modelo básico de atendimento pautado nos princípios do SUS, oferecendo assistência à saúde resolutiva e culturalmente diferenciada, capaz de atender as necessidades peculiares das populações indígenas. Essa conferência foi de fundamental importância, uma vez que houve intensa participação dos povos indígenas em todas as etapas do processo.

Entretanto, somente com a aprovação da Lei nº 9.836/1999, denominada Lei Arouca, que representa um marco na política de saúde indígena no país, é que foi criado no âmbito do SUS o Sasi e os Dsei. Nessa ocasião, a gestão da saúde indígena, em nível nacional, estava sob responsabilidade da Funai, acirrando os conflitos interinstitucionais com a Fundação Nacional de Saúde (FNS)/ MS em decorrência do impasse na disputa pelo comando do setor. Entre os anos de 1999 e 2000 foram organizados os 34 Dsei, e a responsabilidade pela saúde indígena foi transferida da Funai para a FNS que a partir de então, passa a adotar a sigla Funasa.

No ano de 2001 foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Indígena com objetivo de avaliar a implantação dos Dsei e discutir questões relativas à segurança alimentar e autossustentação, e deliberou pela manutenção no MS através da Funasa à responsabilidade pela atenção à saúde indígena. E em 2006, no espaço da IV Conferência Nacional de Saúde Indígena deu-se a avaliação dos avanços e retrocessos do modelo com a implantação do Sasi, e o debate sobre o território dos Dsei como espaço de produção da saúde, de proteção à vida e de valorização das tradições dos povos, o que retrata o fortalecimento da organização popular e a preocupação com a saúde desses povos por parte das autoridades da área em âmbito nacional, visualizado em mais um ganho no espaço da Conferência, que foi a instituição do selo de certificação do Hospital Amigo do Índio, a ser conferido pelo MS aos estabelecimentos de saúde que fazem parte da rede do SUS (Portaria Ministerial 645/2006), com o objetivo de garantir o acolhimento aos usuários respeitando as especificidades culturais

dos povos indígenas. Esse selo visa assegurar o direito ao acompanhante, à dieta especial e informação aos pacientes, além da valorização das práticas tradicionais de saúde, tanto no tratamento quanto na adequação do ambiente físico dos hospitais.

Nesse contexto, ocorre a regulamentação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, pela Portaria Ministerial nº 254 de 31 de janeiro de 2002, integrando-a à Política Nacional de Saúde, com incorporação das diretrizes operacionais das Leis Orgânicas da Saúde, Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90, além do reconhecimento da necessidade de contemplar o diferencial étnico e cultural e a maior vulnerabilidade desses povos aos agravos à saúde de maior magnitude, valorizando a medicina local. Porém, o maior avanço está representado na perspectiva do fim da tutela e na garantia da cidadania plena para esses povos.

Em consonância com as diretrizes operacionais do SUS, o controle social de tais ações, é feito em três níveis: no nível nacional através da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (Cisi), órgão assessor do Conselho Nacional de Saúde (CNS), cuja função é consultiva, sendo formado por representantes da Funai, Funasa, Universidades e Organizações Indígenas. No nível regional é feito pelo conselho distrital, que tem caráter deliberativo, e é constituído por usuários, prestadores de serviços e trabalhadores de saúde. A ele cabe aprovar o plano distrital, avaliar o cumprimento das ações de saúde e apreciar as prestações de contas dos órgãos executores. No âmbito dos polos-base há os conselhos locais formados exclusivamente por representantes indígenas, com perfil de caráter consultivo e que têm como missão avaliar as ações e serviços de saúde, além de indicar os conselheiros para as demais instâncias do controle social, e promover a interface junto aos gestores locais para viabilizar as ações de saúde.

Uma questão importante na trajetória burocrática da política indígena foi a iniciativa de buscar adequação do dispositivo legal que rege a política indigenista no Brasil e a Constituição Federal promulgada em 1988, através do Projeto de Lei 2.057/1991 – Estatuto dos Povos Indígenas, de modo a estabelecer uma relação mais justa com as sociedades indígenas, banindo a ideia vigente de obstáculo ao desenvolvimento da nação e demolindo a expectativa de assimilação pela sociedade brasileira com a progressiva perda cultural.

Para tanto, foi proposto a substituição do Estatuto do Índio (Lei 6.001/1973) pelo Estatuto dos Povos Indígenas (Lei 2.057/1991) que prevê para a área da saúde um grande avanço com a proposição de reordenar o modelo assistencial articulando as práticas de saúde com as diretrizes do SUS e assegurando a participação da comunidade nos conselhos de saúde para controle social das ações setoriais. Há que se frisar que a proposta de revisão desse

dispositivo legal tramita no Congresso Nacional desde o ano de 1991, e que sua aprovação é fundamental, inclusive, para produzir adequação à legislação vigente.

Não obstante os avanços políticos, legais e operacionais no modelo de atenção à saúde desses povos, muitos desafios precisam ser enfrentados, tendo em vista que o princípio de atenção "culturalmente diferenciada" não tem sido contemplado. Soma-se a essa questão a baixa resolutividade e descontinuidade dos serviços disponibilizados, comprometendo a qualidade e a integralidade das ações, como por exemplo, a não identificação de sintomáticos respiratórios, diagnóstico e tratamento de casos de tuberculose de forma precoce na rotina dos serviços.

Contribui também para esse cenário o perfil dos trabalhadores que prestam assistência diretamente às comunidades indígenas, na grande maioria sem vínculo empregatício com o MS, contratados pelas prefeituras ou por empresas que assumem a terceirização das ações através das parcerias estabelecidas com diversos órgãos, tais como: organizações indígenas; organizações não governamentais; fundações universitárias e outros.

As dificuldades vivenciadas com as equipes de saúde nos Dsei, referente ao perfil, rotatividade e quantitativo, apontam para a necessidade de revisão dessa modalidade de parceria, através de convênios, que não têm correspondido para a viabilização de uma adequada atenção à saúde, tendo em vista a limitação e descontinuidade nos serviços ofertados, levando à ações intermitentes com deslocamento periódico de equipes de saúde para atender as demandas nas aldeias, à semelhança do modelo desenvolvido em meados do século passado.

No contexto das lutas políticas no ano de 2009, os especialistas da área em conjunto com as lideranças indígenas, fortaleceram um espaço de discussão em nível nacional, objetivando maior autonomia aos Dsei, visando transformá-los em unidades orçamentárias, com gestão financeira para maior resolutividade às suas demandas. A ação resultou no Decreto Presidencial 6.878 de 18 de junho de 2009, que passa a reconhecer a gestão local como espaço de planejamento e desenvolvimento das ações de saúde.

A preocupação das lideranças indígenas e defensores da causa é procedente, tendo em vista que para a organização dos Dsei, segundo Coimbra Jr. et al (2006), o país tem investido um montante expressivo de recursos públicos com cifras que alcançaram entre 180 a 250 milhões de reais no período de 1999 a 2004, resultando em uma aplicação *per capita* na ordem de R$ 500,00 (quinhentos reais) a cada ano, portanto, cerca de três vezes mais que o gasto em saúde, *per capita*, para o restante da população, tomando como referência os valores previstos na Portaria Ministerial nº 650 de 28 de março de 2006 para financiamento da

atenção básica no Brasil.

Na sequência dos fatos, foi criada pelo Decreto nº 7.336 de 19 de outubro de 2010 a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), vinculada ao MS, com a responsabilidade de coordenar e executar o processo de gestão do Sasi em todo território nacional. A Sesai tem como missão principal a proteção, a promoção e a recuperação da saúde dos povos indígenas, exercendo a gestão, bem como orientando o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada Dsei, em consonância com as políticas e programas do SUS.

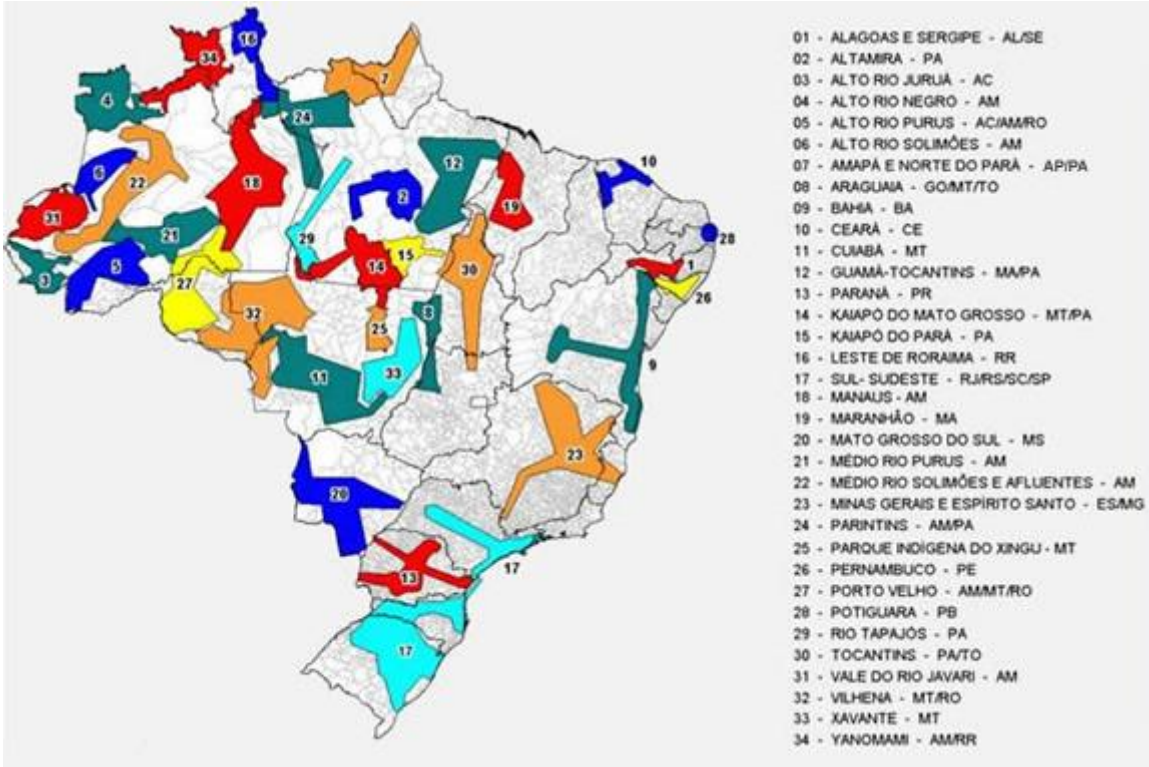
A decisão governamental de criar a Sesai é fruto de um processo maior de discussão, envolvendo profissionais de saúde e representantes de vários seguimentos da sociedade organizada, inclusive do movimento indigenista, visando à reestruturação administrativa do MS. Nesse sentido, a gestão da saúde indígena se encontra em processo de transição, sendo transferida da Funasa para a Sesai, que segundo o artigo 6º do Decreto de sua criação, deverá ocorrer até 31 de dezembro de 2011.

3.1.2 A assistência à saúde nas aldeias

A organização do setor saúde para atender as populações indígenas tem como referencial técnico-jurídico a Constituição Brasileira de 1988, as Leis Orgânicas da Saúde (lei 8.080 e lei 8.142), a Lei nº 9.836/1999 (Lei Arouca), e a Portaria Ministerial nº 254 de 31 de janeiro de 2002, que determinam as diretrizes e a política para assistir à saúde desses povos.

A organização do setor obedece à divisão distrital estabelecida na Lei 9.836/1999 que criou os 34 Dsei (Figura 3), congregando toda a população indígena brasileira. Destes, quatro estão no Estado do Pará (Altamira, Guamá-Tocantins, Kaiapó do Pará e Rio Tapajós).

FIGURA 3 - Organização Distrital da Saúde Indígena.



Fonte: FUNASA/MS (2009).

O Dsei se constitui em uma delimitação geográfica que contempla aspectos demográficos e etnoculturais (BRASIL, 2009), portanto, o lócus da habitação dos índios. Sua organização obedece a critérios geográficos, técnico-operacionais, e principalmente culturais, além de levar em consideração as relações políticas e a distribuição demográfica tradicional dos indígenas, o que nem sempre coincide com os limites dos Estados e/ou Municípios onde estão localizadas as terras indígenas.

É no âmbito dos Dsei que ocorre o planejamento das ações de saúde, executadas pelas Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI), previstas para serem constituídas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde, contando com o apoio sistemático de antropólogos, educadores, engenheiros sanitaristas e outros especialistas que se fizerem necessários (BRASIL, 2009). Entretanto, no Dsei Rio Tapajós, mais precisamente nas aldeias Nova Karapanatuba, Sai Cinza, Katõ e Missão São Francisco, as EMSI são constituídas por enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes indígenas de saúde (AIS), agentes comunitários de saúde (ACS), e microscopista, além da presença itinerante do odontólogo, visto que conta-se apenas com dois profissionais para atender toda a população indígena dos nove polos-base do município.

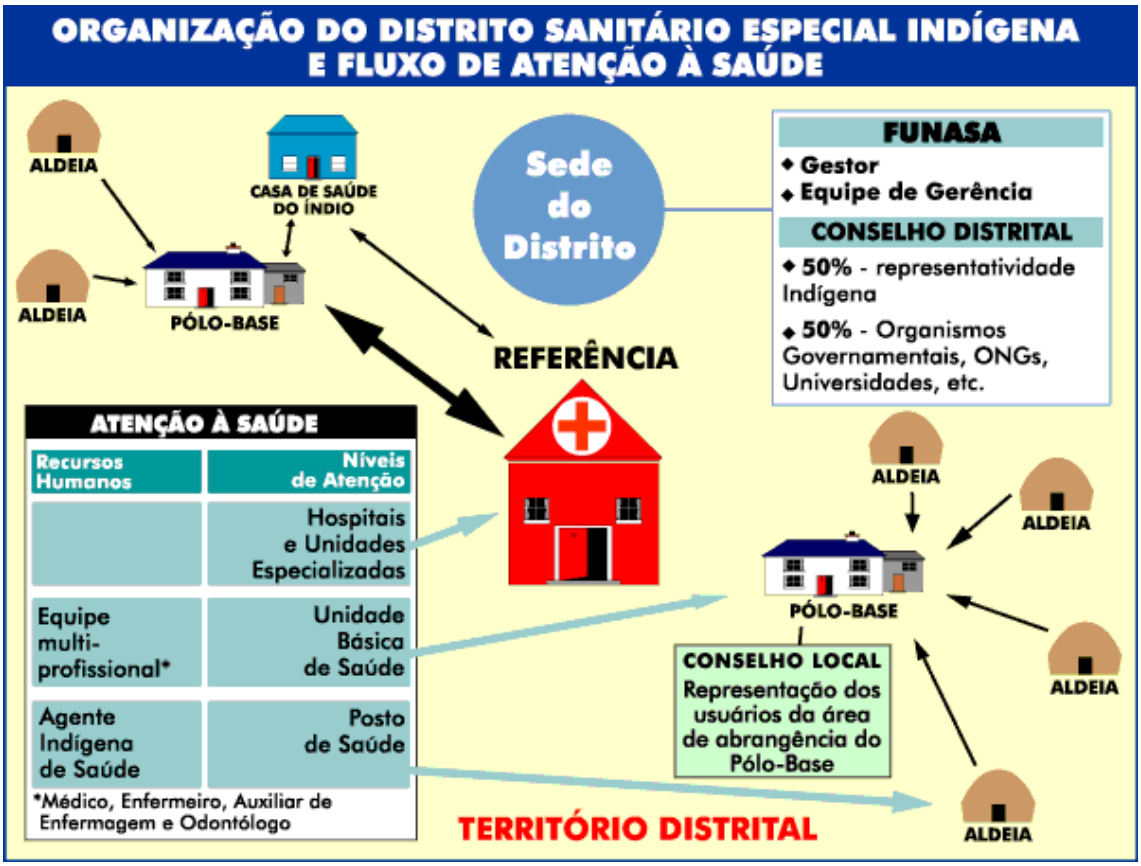
Os enfermeiros e técnicos de enfermagem desenvolvem suas atividades de maneira efetiva, com permanência de 30 dias na aldeia e 15 de folga, previsto contratualmente. Os ACS, AIS e microscopistas são indígenas que residem na própria aldeia, contratados através dos convênios com a prefeitura, com regime de trabalho de 8 horas/dia. Há que se esclarecer que o microscopista índio trabalha em sintonia com o microscopista servidor da antiga Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam), hoje vinculado à Funasa, que também tem permanência temporária nas comunidades indígenas. Trabalham exclusivamente no controle da malária, fazendo busca na comunidade de pessoas com febre, preparando lâminas para diagnóstico e dispensando os medicamentos. Na ausência do servidor da Funasa, o microscopista índio mantém o ritmo de trabalho, desenvolvendo as mesmas atividades e assumindo as mesmas responsabilidades.

Não há médico nas aldeias, somente no hospital municipal de Jacareacanga, onde dois profissionais atendem a população de todo o município nas consultas ambulatoriais, sendo que um deles atende também os casos hospitalizados, além de realizar as intervenções cirúrgicas compatíveis com o porte do hospital. Os indígenas são atendidos na rede do SUS como demanda referenciada das aldeias ou da Casa de Apoio à Saúde do Índio (Casai). Os casos que necessitam de atendimento médico ambulatorial ou hospitalar são encaminhados para o hospital de Jacareacanga, os casos para atendimento de média complexidade são transferidos para o município de Santarém, e os que precisam de assistência de alta complexidade são encaminhados para a capital paraense há 1.154 km de distância, onde o serviço está disponível para toda a população do Estado.

A remoção de pacientes se dá por via fluvial, na voadeira da Funasa ou então, nos casos que exigem pronto atendimento, é feito em aeronaves tipo monomotor, providenciado pelo Dsei. O traslado do paciente, na medida do possível, respeita os traços culturais tendo em vista que além de ser acompanhado pelo profissional da saúde (enfermeiro ou auxiliar/técnico de enfermagem), vão junto também os familiares. Nas remoções aéreas, em que há limitação para embarque, essa situação algumas vezes é motivo de atrito entre a equipe de saúde, piloto da aeronave e indígenas, em razão da limitação de assentos nas aeronaves.

Portanto, o acesso ao sistema de saúde previsto para ocorrer conforme ilustração na figura 4, nem sempre é realidade, visto que muitas aldeias não possuem posto de saúde, ACS ou AIS. Nesses casos a população recebe visita periódica do AIS e/ou do enfermeiro, que identifica os casos a serem encaminhados para o polo-base, as emergências em que necessita-se ir para o hospital municipal além de fazer a dispensa de medicamentos. Em casos de necessidades urgentes, é feito o contato com o pólo-base para a remoção.

Figura 4 - Organização do DSEI e fluxo de Atenção à Saúde.



Fonte: FUNASA/MS (2010).

Nos polos-base são desenvolvidas atividades de controle do crescimento e desenvolvimento das crianças desde o nascimento até aos cinco anos de idade; acompanhamento pré-natal; controle de hipertensão arterial, diabetes mellitus e doença mental; atendimento de crianças com diarreia e infecção respiratória aguda; picada de cobra e outros animais peçonhentos; tratamento de hanseníase e outras demandas que surgirem em caráter emergencial. São realizados também coleta de conteúdo vaginal para exame Papanicolau.

O diagnóstico da tuberculose é realizado no hospital municipal e o tratamento na Casai, em Jacareacanga, onde o doente permanece até o recebimento da alta medicamentosa.

A malária tem seu diagnóstico firmado na própria aldeia, com o tratamento iniciado imediatamente, sob acompanhamento do microscopista.

A aplicação de vacinas ocorre periodicamente com participação de todos os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, em regime de mutirão, devido à dificuldade para conservação do produto sob temperatura ideal.

As aldeias contam com material técnico para atendimento de primeiros socorros, e

grande quantidade de medicamentos como analgésicos, antibióticos, antimicóticos, antitérmicos, antimaláricos, antihelmínticos, que são utilizados como rotina no posto de saúde. Apesar da intensa procura os doentes não costumam levar medicamentos pra casa, fazem uso destes no posto de saúde em horário previsto para tomada da dose, sob supervisão do enfermeiro, ou do técnico/auxiliar de enfermagem ou ainda do ACS ou AIS, quando os demais não se encontram na aldeia.

O trabalho das EMSI está fortemente caracterizado por práticas intervencionistas curativas, não havendo nas aldeias ação educativa sistemática que contemple os problemas locais mais prevalentes. Não há material educativo alinhado à cultura indígena. À título de ilustração, podemos citar a situação da malária, que acomete demasiadamente os indígenas dessas aldeias, que parecem ter "se acostumado" a conviver com a doença. Mesmo quando são alertados sobre o perigo de tomar banho no rio ao amanhecer e ao entardecer, mostram-se indiferentes, mantendo o hábito.

Nas aldeias do estudo, perdura a crença do "pajé brabo", a quem é atribuído, pelo pajé local, o surgimento de um mal súbito, de difícil recuperação. Nesses casos o pajé indica a necessidade de retirar do convívio aquela pessoa, acreditando que com tal atitude, será eliminada também a doença. Esse fato ocasiona, muitas vezes, o afastamento da aldeia tanto da pessoa apontada como "pajé brabo", como de toda a sua família, no intuito de preservar a integridade física do suposto causador do mal. Quando isto ocorre, a família se aloja em algum lugar distante, onde fixa residência e inicia a formação de uma nova comunidade.

3.2 O MICROCONTEXTO

3.2.1 Aspectos históricos da etnia Munduruku

A história registra que os Munduruku foram avistados pela primeira vez em 1768, ao norte da região superior do Tapajós no rio Maué-Assu, um afluente de um canal do rio Madeira chamado Paraná-Mirim, mas foi em 1795 que houve o primeiro contato, porém somente duas décadas após foram pacificados (FUNAI,1979).

O povo indígena Munduruku é conhecido como um povo de tradição guerreira, que costumava atacar os inimigos invadindo os territórios rivais em bando, conquistando com essa característica, a denominação de "formigas vermelhas", atribuído pelos Parintintins, que eram opositores, habitantes da região localizada entre a margem direita do rio Tapajós e o rio Madeira.

As incursões de guerra renderam aos Munduruku o domínio do Vale do Tapajós desde o final do século XVIII, imprimindo sua cultura em uma região conhecida como

Mundurukânia, local onde permanecem até os dias de hoje. Nos episódios de guerra utilizavam lanças com pontas de bambu e flechas envenenadas para caçar inimigos, degolar suas cabeças e mumificá-las, a fim de serem exibidas como troféus, às quais atribuíam poderes mágicos. Por ocasião do processo de mumificação e ornamentação, a cabeça, após ter sido conquistada, era mantida em uma estaca, tornando-se elemento de destaque em festividades e cerimônias por um período de até três estações chuvosas após a conquista. A cabeça mumificada e enfeitada simbolizava o feito máximo do guerreiro, carreando respeito e orgulho ao feitor e despertando inveja aos demais (RAMOS, 2003; LEOPOLDI, 2005).

Relatos dos mesmos autores explicam que essa atividade bélica se prolongava por vários meses chegando a alcançar até um ano e meio, feita em grandes excursões do rio Madeira ao Tocantins, retratando o significado e a importância da guerra para a etnia, o que deixou de ocorrer na contemporaneidade, em razão da introdução de aspectos culturais diferenciados nas comunidades indígenas, fruto das relações estabelecidas com a sociedade envolvente, essencialmente entre os indígenas que habitam às margens dos rios Tapajós, Madeira e Cururu.

As práticas de guerra somente foram amenizadas por volta de 1912 com a chegada dos padres alemães da ordem franciscana que fixaram uma missão no rio Cururu, afluente do rio Tapajós. Naquela ocasião, segundo os relatórios elaborados pela Funai na década de setenta, constatou-se que estava havendo um declínio na população e um grande envolvimento dos indígenas no comércio da borracha, o que foi utilizado pelos religiosos como estratégia para conquistá-los, oferecendo preços mais atraentes ao produto extraído e mercadorias com menor custo.

Os Munduruku pertencem ao tronco linguístico Tupi, família lingüística Munduruku, entretanto na atualidade, a maioria é bilíngue, característica fortemente identificada nas aldeias estudadas. Entretanto, percebe-se uma forte determinação para preservação da língua materna, visto que as mulheres, crianças e idosos se comunicam exclusivamente em munduruku, e demonstram maior dificuldade para falar e compreender o português.

No Brasil, os Munduruku habitam terras localizadas nos estados do Pará (região sudoeste - municípios de Santarém, Itaituba e Jacareacanga), Amazonas (região leste - municípios de Canumã e Borba) e Mato Grosso (região norte - município de Juara), demonstrando preferência pelas regiões de savana no interior da floresta amazônica, às margens de rios navegáveis (RAMOS, 2003). No estado do Pará, os indígenas do município de Jacareacanga, tiveram seu território demarcado segundo Decreto Presidencial publicado

em 26.02.2004 com superfície de 2.381.795,7765 ha e perímetro de 1.108.212,28m.

3.2.2 O contato com a sociedade envolvente

Os Munduruku receberam forte influência de duas fontes de contato, as frentes econômicas e as missões religiosas, que contribuíram fortemente para as perdas culturais, introduzindo no meio nativo novas formas de relacionamento, influenciando até mesmo no tipo de habitação.

A interferência da economia ocorreu a partir da segunda metade do século XIX com a expansão do extrativismo vegetal que atraiu mão de obra de todo lugar, especialmente do nordeste brasileiro, fixando-se na região para exploração da borracha, produto de grande interesse pelo mercado internacional, que teve seu apogeu no período compreendido entre 1880 e 1920, posteriormente entrando em declínio devido à concorrência dos seringais ingleses cultivados na Malásia. A atividade ascende novamente no período pós-guerra estimulada pelo incentivo financeiro governamental, com linhas de crédito que atraíram ainda mais nordestinos para as terras indígenas, sob a denominação de “soldados da borracha”.

Outra frente de expansão econômica determinante na história de contato dos Munduruku foi a extração do ouro no final da década de 50, com auge no período de 1975 a 1990, fortalecida pela construção da rodovia Transamazônica.

Durante 15 anos a exploração do minério foi producente deixando um legado negativo àquela população, não só pela influência cultural, mas pelos malefícios que causaram e continuam causando ao meio ambiente e seus habitantes pelo desmatamento, grandes escavações e forte contaminação das águas com o mercúrio utilizado no processo de seleção e lavagem do ouro, afetando os peixes consumidos em grande escala pela população local (BRABO et al, 1999; BARBOSA, 2010) .

Estas atividades expansionistas tanto atraíam os índios, que participavam perifericamente da nova frente de trabalho, como os afugentavam, levando-os a se deslocarem, preferentemente, para as margens dos rios Tapajós e Cururu. Esse processo migratório interno dos Munduruku foi fortalecido pela presença dos regatões que faziam o comércio nos rios da região com a finalidade de trocar produtos nativos com o açúcar, o sal, a cachaça, o tecido e outros. *A priori* esses deslocamentos eram sazonais, tornando-se posteriormente definitivos.

Na atualidade, os Munduruku obtêm tais produtos no comércio da cidade de Jacareacanga, para onde se deslocam com frequência para recebimento de benefícios sociais, ou então, nos pequenos comércios instalados em algumas aldeias.

As missões religiosas, após sucessivas tentativas pouco duradouras, finalmente se estabeleceram na região no início do século XX, quando os missionários franciscanos fundaram a Missão São Francisco na aldeia Missão, no rio Cururu. Posteriormente, na segunda metade do mesmo século, a Congregação Batista se fixou na aldeia Sai Cinza, no rio Tapajós. Essas instituições exerceram papel importante na escolarização de crianças e jovens, na assistência à saúde e na comercialização de produtos extraídos e cultivados pelos nativos, trocando-os por bens manufaturados. De acordo com relatos do chefe do Posto Indígena Munduruku, Cornélio Vieira de Oliveira (BRASIL,1973) os religiosos da Missão São Francisco utilizavam os aviões da Força Aérea Brasileira (FAB) para abastecer a região com produtos industrializados e levar a produção dos indígenas.

Os religiosos permanecem até os dias de hoje nas aldeias realizando evangelização e participando das atividades de saúde, educação e agricultura, o que lhes renderam respeito e referência junto à população local.

Essas duas formas de contato, fortalecidas pela ocorrência de uma grande epidemia de sarampo na década de 40 e pela presença do SPI, que em 1942 criou o Posto de Atração Munduruku no rio Cururu, foram decisivas no deslocamento desses povos dos campos para as margens dos rios. Esse movimento migratório levou-os à incorporação de novas condutas expressas tanto no relacionamento social como no relacionamento com a natureza, retratando as perdas culturais na etnia, como por exemplo, as mencionadas pelo indigenista e historiador André Ramos (2003), de extinção de rituais realizados coletivamente para provisão de alimentos, que aconteciam em período anterior às atividades de caça e pesca. Esses rituais tinham como premissa básica demonstrar respeito à natureza, solicitando permissão para executar a atividade, proteção para o grupo e bons resultados no trabalho.

Dentre as perdas, destaca-se o ritual da “mãe do mato”, que era realizado no início do período das chuvas, por volta do mês de outubro, invocando permissão para adentrar na floresta e obter resultados satisfatórios na caçada.

Já no período da seca, dedicado mais a atividade da pesca, costumavam realizar uma grande brincadeira no dia anterior à pescaria, denominada tinguejada, com o objetivo de alegrar os peixes e obter fartura. Ao se prepararem para o trabalho os homens trituravam a raiz do timbó sobre os troncos das árvores, de forma ritmada com pedaços de paus, ocasião em que as mulheres, especialmente as mais jovens, se guarneciam de urucu ou seiva em forma de goma branca proveniente de um arbusto chamado sorva. A brincadeira consistia na tentativa de as mulheres alcançarem os homens para passar os produtos no rosto e nos cabelos. A tinguejada ainda é presente, em algumas aldeias, porém ocorre esporadicamente, e

reúne os moradores de outras aldeias mais próximas que também participam do ritual

Ao longo das décadas, à medida que os Munduruku se fixavam às margens dos rios formando pequenos núcleos populacionais, perdiam seus referenciais de cultura recriando novas práticas, com novos significados, tendo em vista o estabelecimento de um novo espaço de convivência.

À despeito de todo o processo de transformação que vem ocorrendo, os Munduruku mantêm algumas práticas religiosas, conservando rituais de cura que envolvem manipulação de ervas, defumação e contato com os espíritos sob liderança do pajé. Assim sendo, há uma coexistência das crenças nativas com as cristãs, especialmente nas aldeias Missão São Francisco e Sai Cinza, onde a igreja está mais presente.

3.2.3 Economia e sobrevivência

Os modos de produção e obtenção de alimentos entre os Munduruku está pautado na economia tradicional através da caça, pesca e plantio de culturas de forma consorciada com predominância de raízes (mandioca, batata, cana e cará) e frutas.

As atividades de caça, pesca e coleta, importantes meios para obtenção de alimentos, são desenvolvidas seletivamente mediadas pelas estações do ano. De acordo com informações do Instituto Socioambiental - ISA (2010), o pescado constitui a principal fonte de proteína animal consumida na aldeia, fazendo parte das refeições somente no período de estiagem, visto que na época das chuvas os rios enchem formando igapós, dificultando sua captura. Da mesma forma, a coleta de frutas também é sazonal, correspondente à safra de cada espécie, tornando-se alimento complementar juntamente com a caça, essencialmente no período de escassez do peixe. O produto de maior consumo em todas as aldeias é a mandioca tanto na forma de farinha, após beneficiamento, como em beijus[2].

Ao longo dos tempos os Munduruku foram incorporando hábitos de consumo de alimentos industrializados, a exemplo de sal, açúcar e café, que precisam ser adquiridos regularmente, juntamente com outros produtos como o sabão, o combustível e o vestuário. Para isso, produzem farinha de mandioca, que é comercializada na cidade de Jacareacanga, no intuito de obter numerários para aquisição dos produtos que necessitam. Obtém rendimentos também, da venda de pequenas quantidades de ouro extraído das minas abandonadas pelos garimpeiros, assim como do trabalho remunerado nas minas em atividade e nas fazendas da região.

[2] "*Beiju* é um tipo de bolo feito com a goma da tapioca ou da massa de mandioca assada" (FERREIRA, 2008, p.172).

Nos últimos anos, algumas comunidades vêm demonstrando interesse por atividades florestais renováveis, buscando agregar valor aos produtos como borracha, castanha e copaíba, porém necessitam de apoio técnico para elaboração de projetos visando à obtenção de recursos financeiros e assessoramento especializado (ISA, 2010).

3.2.4 A organização social

Historicamente, a organização da sociedade Munduruku foi caracterizada pela descendência patrilinear, com os filhos herdando o clã do pai, com regra de moradia matrilocal, em que o rapaz recém-casado passa a morar na casa do sogro, devendo assumir responsabilidades, colaborando com o sustento da casa. Geralmente este período de moradia conjunta perdura até o nascimento do segundo filho, ocasião em que o marido providencia a construção da própria casa para abrigar a família.

Essa regra como parte de um contexto social, sofreu influências e consequências do contato com a sociedade envolvente, ocasionando um misto na organização dos núcleos familiares, facilmente identificado nas aldeias que constituíram o cenário desse estudo, e já apontado nos relatórios produzidos pelos técnicos da Funai na década de setenta, ocasião em que anunciavam a tendência de transformação dos casamentos em neolocais.

As uniões matrimoniais, preferencialmente, ocorrem entre primos cruzados e são precedidas de regras de namoro, pedido, aproximação e consolidação, sendo valorizadas como essencial para o bom relacionamento entre as famílias, para o exercício da solidariedade e fortalecimento da organização política da comunidade. Tradicionalmente, as cerimônias são modestas, sem grandes rituais, sendo permitida a separação conjugal.

Na sociedade Munduruku a divisão social do trabalho envolve toda a família, com atividades definidas. Na agricultura, cabe ao homem fazer a broca e a derrubada da mata onde será aberta a roça. A coivara e limpeza da área após a queimada, normalmente é realizada por toda a família. O plantio de mandioca é feito com a participação do homem e da mulher, e outros cultivos como as batatas e frutas são realizados apenas pelas mulheres. As atividades de capina das roças e as colheitas são feitas exclusivamente pelas mulheres.

A caça e a pesca são de responsabilidade dos homens, e a fabricação de artesanato envolve toda a família, sendo que as cestarias e os trançados são atividades masculinas, com destaque para o *içó*, cesto utilizado para transportar frutos e demais produtos oriundos do roçado.

A confecção de peças de adornos, como os colares são via de regra, de responsabilidade das mulheres, que utilizam sementes de inajá e tucumã para esculpir figuras

zoomorfas como, por exemplo, peixe, gato do mato, jacaré, tracajá, etc. Esta atividade foi visualizada somente na aldeia Missão São Francisco, onde mulheres e crianças costumam se apresentar com enfeites, como colares, brincos, pulseiras, tornozeleiras, braçadeiras.

A fabricação de cerâmica e tecelagem é uma atividade também feminina, já quase em extinção. Esporadicamente ainda se vê a confecção de redes de algodão, por mulheres adultas e idosas, para venda como artesanato.

As festas e comemorações tradicionais são pouco frequentes, porém com preservação de cantorias e do ritual de pintura do corpo com desenhos de linhas paralelas verticais e horizontais, formando uma trama ortogonal. Acontecem somente em datas muito especiais como, por exemplo, no dia 19 de abril, em comemoração alusiva ao dia do índio. Essas festividades costumam acontecer na aldeia Katõ que é onde reside o cacique da etnia, Kabá Biboi, porém contam com a participação de representantes das demais aldeias, especialmente as lideranças.

Kabá Biboi se encontra com a idade aproximada de 90 anos e goza de muito respeito, sendo uma referência para toda a etnia. É sempre consultado em todas as decisões importantes.

Nas demais aldeias a liderança é exercida pelo Capitão, que ocupa o posto temporariamente, referendado pelos moradores locais levando em consideração sua sabedoria, espírito de líder, luta pelo bem comum, além do engajamento na resolução dos problemas existentes na aldeia.

CAPÍTULO 4 MÉTODOS

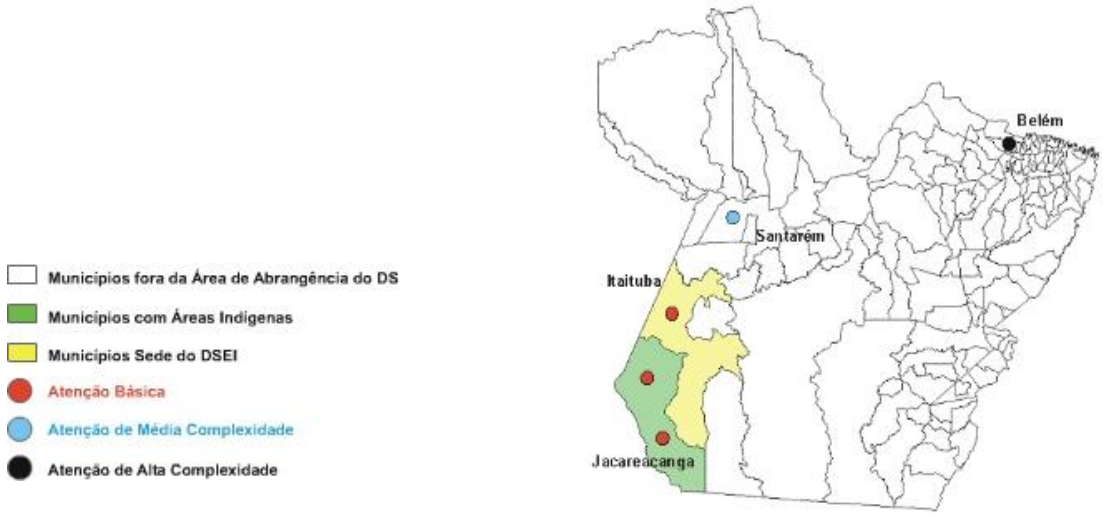
4.1 NATUREZA, TIPO DE PESQUISA E CENÁRIO DE ESTUDO

Para atender aos objetivos da presente tese, dois métodos foram utilizados e serão detalhados em separado ao longo do texto deste capítulo. O primeiro trata de estudo epidemiológico seccional e o segundo, exploratório descritivo. Essa abordagem mista tem o caráter complementar na investigação, necessária tanto para explorar como para explicar o problema, conduzindo a uma visão mais integradora da realidade (CRESWELL,2007; FLICK, 2009). Para tanto, aqueles indígenas identificados no estudo epidemiológico, em tratamento ou que já haviam tratado a tuberculose, foram convidados a participar da etapa qualitativa em que se obteve depoimentos reveladores dos itinerários terapêuticos experienciados. Esta abordagem permitiu conhecer as práticas tradicionais indígenas adotadas por ocasião do tratamento para tuberculose com vista a desvelar as implicações para o cuidado de enfermagem, valorizando a singularidade cultural.

A pesquisa foi financiada com recursos do edital nº 013/2009 – Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde - PPSUS – MS/CNPq/Fapespa/Sespa.

O espaço geográfico de produção dos dados foi o conjunto de aldeias Nova Karapanatuba, Sai Cinza, Katõ e Missão São Francisco, que integram o Dsei Rio Tapajós. Estão localizadas no município de Jacareacanga, sudoeste do Estado do Pará, distante 1.154 Km da capital paraense, em região de fronteira com os Estados do Amazonas e Mato Grosso (Figura 5). As aldeias estão localizadas às margens de rios e igarapés no vale do médio-alto Tapajós, ocupando um território de aproximadamente 2.300.000 hectares de acordo com o Memorial Descritivo de Demarcação (BRASIL, 2004).

FIGURA 5 - Localização do DSEI Rio Tapajós.

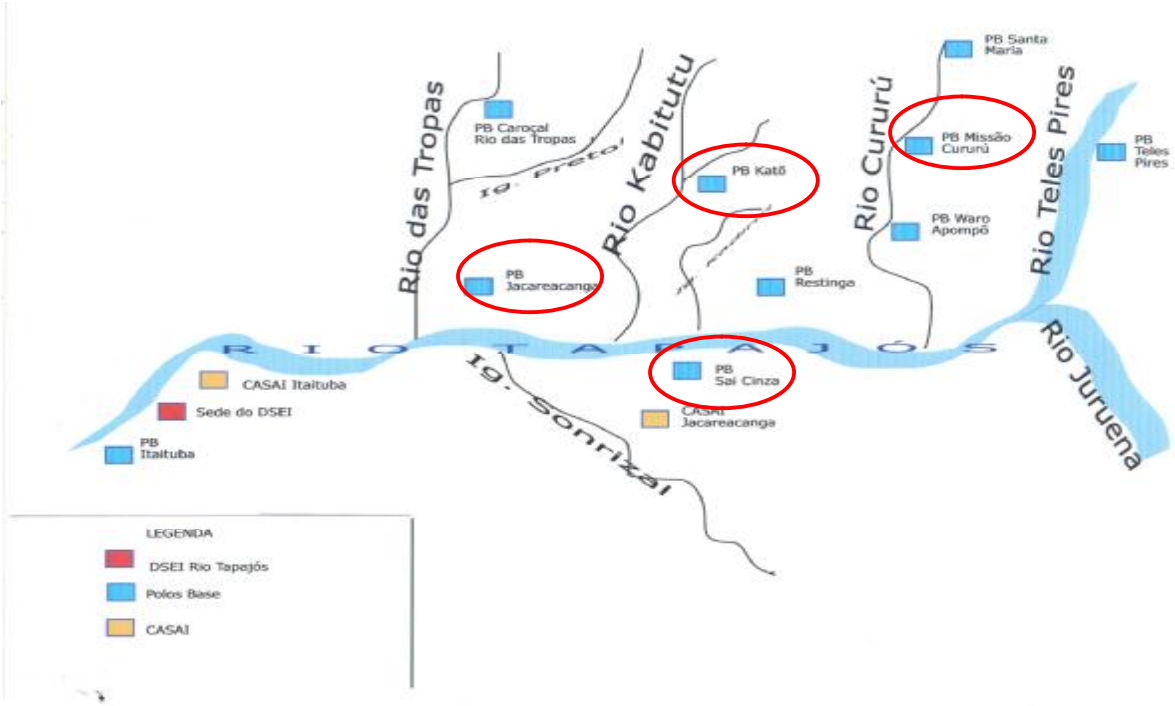


Fonte: FUNASA/MS (2007).

Jacareacanga foi emancipado por meio da Lei 5.691 de 13 de dezembro de 1991, possui uma população de 14.040 habitantes, segundo dados do IBGE (BRASIL, 2010c), e o menor PIB (R$ 1.566) *per capita* do país no ano de 2007. Apesar das especulações a respeito da vocação aurífera da região, a economia do município gira em torno de recursos públicos.

O acesso aos locais da pesquisa foi feito por via aérea no trecho Belém-Itaituba, via terrestre no trecho compreendido entre os municípios de Itaituba e Jacareacanga e via fluvial, em transportes do tipo barco-voadeira motor 40 HP para chegada às aldeias.

FIGURA 6 - Polos-Base da etnia Munduruku.



Fonte: FUNAI/MJ (2009).

A aldeia Nova Karapanatuba integra o Polo-base Jacareacanga e está situada às margens do rio tapajós (Figura 6), distante cerca de 15 min da sede do município, possui 328 moradores agrupados em 75 famílias, que habitam 47 moradia.

FIGURA 7 - Vista de chegada na aldeia Nova Karapanatuba - ao fundo a casa de farinha.

Fonte: Arquivo pessoal da autora.

A aldeia Sai Cinza integra o Polo-base de mesmo nome da aldeia, encontra-se situada também às margens do rio Tapajós (Figura 6), distante cerca de 45 min da sede do município, e conta atualmente com 734 habitantes reunidos em 161 famílias, que moram em 65 casas.

FIGURA 8 - Adolescentes jogando futebol num fim de tarde na aldeia Sai Cinza - ao fundo a escola e um espaço comunitário.

Fonte: Arquivo pessoal da autora.

A aldeia Katõ integra o Polo-base também de mesmo nome da aldeia, e se localiza às margens do rio Kabititu (Figura 6), distante cerca de 6 horas da sede do município, tem 430 moradores, 84 famílias e 34 moradias.

FIGURA 9 - Família caminhando pela aldeia Katõ – ao fundo o Posto de Saúde e a escola.

Fonte: Arquivo pessoal da autora.

A aldeia Missão São Francisco faz parte do Polo-base Missão Cururu e está situada às margens do rio Cururu (Figura 6), distante cerca de 14 horas da cidade de Jacareacanga. Sua população é formada de 644 pessoas, reunidas em 130 famílias, residindo em 76 casas.

FIGURA 10 - Rua da aldeia Missão São Francisco - ao fundo prédio das religiosas.

Fonte: Arquivo pessoal da autora.

Os dados mencionados foram obtidos no livro-censo de cada aldeia por constituir a informação mais aproximada da realidade.

4.2 ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO SECCIONAL

4.2.1 População de referência

A população de referência da pesquisa foram os índios da etnia Munduruku, habitantes de terras indígenas que integram o Dsei Rio Tapajós no Estado do Pará. Os Munduruku representam a quase totalidade do distrito com uma população de 7.601 pessoas (BRASIL, 2010a), o que corresponde a 84,0% do total de habitantes.

Ainda de acordo com os dados disponíveis no Siasi (BRASIL, 2010a), o Dsei Rio Tapajós possui 9.047 habitantes, correspondendo a 27,5% do total da população indígena do Estado do Pará, sendo o distrito mais populoso. É constituído por 106 aldeias (47,5% do total do Estado) com 04 etnias, ocupando território de 04 municípios do Estado (Itaituba, Jacareacanga, Novo Progresso e Trairão).

Integrou o estudo as quatro aldeias mais populosas, que juntas somam cerca de 30% da população da etnia no Distrito. O critério de seleção foi a densidade populacional, em razão da necessidade de alcançar o maior número possível de sujeitos, visto que trabalhar com maior quantidade de aldeias demandaria mais tempo e tornaria a pesquisa muito onerosa, em

razão da dificuldade de deslocamento.

4.2.2 População de estudo

Do número total de habitantes das quatro aldeias, compuseram a amostra 1.213 pessoas de ambos os sexos, residentes nas aldeias previamente definidas para o estudo. Foram excluídos aqueles que não se encontravam na aldeia de residência nos dias de realização da entrevista e aplicação da prova tuberculínica, as gestantes e as crianças que haviam recebido vacina BCG em um período inferior a 2 anos, conforme especifica o quadro 2.

A exclusão das gestantes foi devido à possíveis alterações imunológicas e inibição tecidual para a produção de resposta inflamatória, além do aumento na drenagem linfática com menor persistência local do antígeno (RUFFINO-NETTO, 1979). E das crianças com vacinação recente (até 2 anos), pela interferência do BCG na resposta imunológica, perdendo valor para avaliação do resultado da PT (KRITSKI et al, 2005).

O número significativo de pessoas que se encontrava fora da aldeia se deve a uma característica cultural da etnia, os aldeados se ausentam com frequência para visitar parentes em outras comunidades, ou então para pescar e caçar, permanecendo por longo período de tempo acampados às margens de rios em local não habitado. Outro fator responsável pela saída da aldeia é o deslocamento constante para a cidade de Jacareacanga por motivos diversos, tais como: receber benefícios sociais; acompanhar pessoa da família em caso de doença; resolver questões de interesse particular junto a Funai e outros. Esses deslocamentos são feitos geralmente por toda a família, e pode perdurar por vários dias, ou meses, o que é justificado não só pela cultura, mas também pela precariedade dos meios de transportes e pelas distâncias demasiadas, entre uma aldeia e outra e a sede do município.

QUADRO 2 - Composição da amostra da pesquisa.

Aldeia	Populaçãoresidente	**Critérios de exclusão**		População elegível para inclusão no estudo	Ausentes da aldeia durante a coleta de dados	**Amostra**	
		Cr vacinadas com BCG a menos de 2 anos	Gestantes			**Nº**	**%**
Nova Karapanatuba	328	49	03	276	77	199	72,1
Kato	430	65	10	355	138	217	61,1
Sai Cinza	734	72	09	653	279	374	57,3
Missão São Francisco	644	68	12	564	141	423	75,0
Total	2136	254	34	1848	635	1.213	65,6

Fonte: Elaborado pela autora da pesquisa.

4.2.3 A construção do instrumento e o pré-teste

Para subsidiar a elaboração do formulário do estudo (Apêndice A) foi realizada uma consulta prévia à instrumento utilizado em pesquisa anterior a respeito da TB (SCATENA et al, 2009). Serviram de subsídios também duas pesquisas que se encontram em andamento, sendo uma sobre "Abordagem de SR na Vigilância de TB entre os Povos Indígenas da Amazônia, Brasil", coordenada pelo Dr Paulo Cesar Basta e outra sobre "Morbidade Hospitalar por TB e fatores associados na cidade de Manaus – AM", sob coordenação da Dra Jacirema Ferreira Gonçalves. Com base nos achados foi então feita uma adaptação à realidade dos Munduruku.

A seguir, a primeira versão do formulário foi submetido à apreciação de cinco especialistas (Apêndice B) com amplo domínio da pesquisa antropológica na área da saúde e da pesquisa epidemiológica com foco na tuberculose como patologia e como problema social. Destes especialistas, dois se dispuseram a colaborar e agendaram com a pesquisadora, ocasião em que emitiram seus pareceres. As críticas apresentadas apontaram a necessidade de maior detalhamento do item de nº 3 – DADOS CLÍNICOS, que diz respeito à sintomatologia específica da tuberculose; e alteração sequencial dos itens referentes aos itinerários terapêuticos, vislumbrando maior encadeamento das ideias dos informantes por ocasião da coletas dos dados.

Após a adaptação a partir da opinião dos especialistas, o formulário foi submetido a pré-teste no período de 08 a 17 de maio de 2010, com 10 indígenas das etnias Tembé, Munduruku e Kayapó, que se encontravam na Casai Icoaraci, capital paraense, para realização de tratamento de patologias diversas ou em fase de realização de exames para esclarecimento

de diagnóstico.

O acesso à Casai Icoaraci somente foi possível após autorização da Funasa/Pará mediante apresentação da Autorização para Ingresso em Terra Indígena emitida pela Funai em 05 de abril de 2010 (Anexo B). Após autorização pela Funasa foi feito agendamento com a Assistente Social da instituição, para realização das entrevistas, que ocorreram individualmente, sem a presença de intérprete, visto que compreendiam e falavam o português, embora alguns tenham exibido limitações tanto de fala como de compreensão, sem entretanto comprometer o diálogo. As respostas foram registradas no próprio instrumento.

O pré-teste permitiu aprimorar o formulário de coleta de dados nos itens 3 e 5, além de ratificar a necessidade de intérprete como facilitador das entrevistas e avaliar o tempo necessário a ser despendido em cada entrevista de modo a estimar o tempo médio para realizar a pesquisa. O indígena Munduruku que colaborou com a pré-testagem do formulário, não integrou a população de estudo.

4.2.4 A obtenção dos dados: instrumentos, técnicas e procedimentos

A obtenção dos dados foi feita por meio de três etapas:

1ª etapa: Levantamento documental

Quantificação da população visando obter o número real de habitantes das aldeias que constituíram o cenário do estudo. Para isso, foi feito levantamento dos dados disponíveis no Siasi/MS e no livro-censo de cada uma das aldeias.

2ª etapa: Capacitação da equipe

a) Treinamento de dois técnicos de laboratório, funcionários da Funasa, que desenvolvem atividades no âmbito do Dsei, para semeadura de amostra clínica em meio de cultura Ogawa Kudoh. A capacitação ocorreu no período de 12 a 14 de maio de 2010, com carga horária de 24 horas, nas dependências do Laboratório Central de Saúde Pública do Pará (Lacen-Pa), na cidade de Belém, ministrado pela bioquímica de referência no Estado para o controle da tuberculose. A metodologia utilizada obedeceu ao planejamento já estabelecido para as capacitações em serviço, com apoio de material didático elaborado para esse fim. Ao final, demonstraram rendimento satisfatório, com domínio da técnica.

b) Treinamento de 10 enfermeiros, que desenvolvem atividades junto aos indígenas da etnia Munduruku, nas técnicas de aplicação e leitura da PT, obedecendo à recomendação OMS (BRASIL, 2001) para todas as etapas da capacitação. Foi realizada em três momentos distintos devido à dificuldade em deslocar todos os enfermeiros para uma única aldeia. Assim sendo, na

aldeia Nova Karapanatuba, foram capacitados seis enfermeiros, na aldeia Sai Cinza três e na aldeia Missão São Francisco, uma enfermeira (Quadro 3).

QUADRO 3 – Capacitações realizadas em prova tuberculínica.

Período	Local da capacitação	Nº de enfermeiros capacitados
14 a 19/06/2010	Aldeia Nova Karapanatuba	06
19 a 24/07/2010	Aldeia Sai Cinza	03
31/07 a 04/08/2010	Aldeia Missão São Francisco	01

Fonte: Elaborado pela autora da pesquisa.

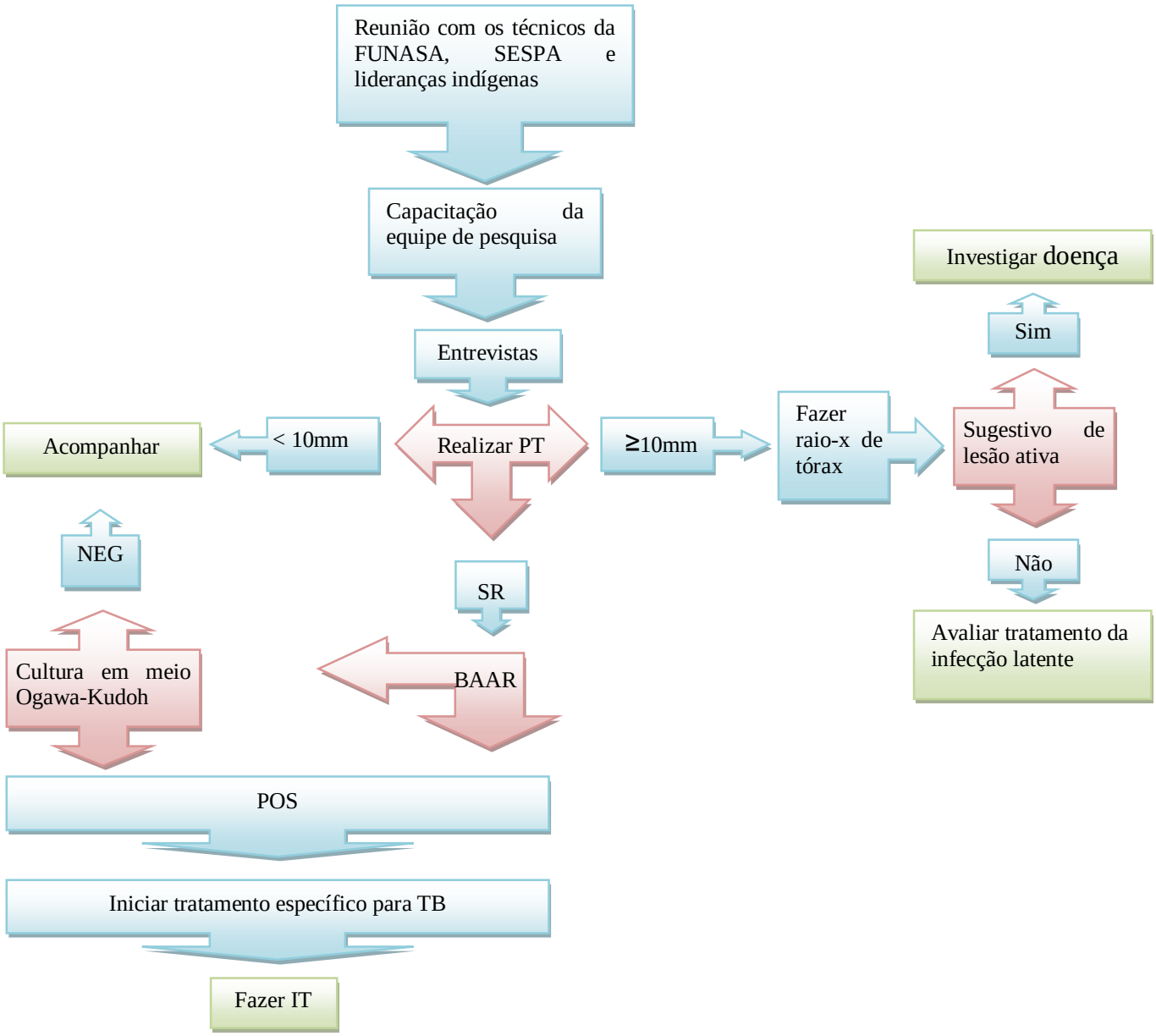
A ação foi realizada diretamente nas aldeias e contou com o apoio logístico dos ACS e AIS. Embora tenham sido capacitados para aplicação e leitura da PT, nesta pesquisa estes tiveram participação somente na aplicação.

c) Dentre o grupo de enfermeiros já capacitados para a prova tuberculínica, quatro, indicados pela coordenadora da Funasa/Jacareacanga, também receberam treinamento para realizarem as entrevistas. O critério de seleção utilizado foi o local de trabalho, sendo dada preferência para as enfermeiras lotadas nas aldeias - cenário da pesquisa, além da disponibilidade, ou seja, não estar em período de gozo de folga/férias. O treinamento foi desenvolvido na própria aldeia, nas dependências do Posto de Saúde, com carga horária de quatro horas, utilizando suporte técnico para projeção em Power Point, e o guia de orientação, previamente elaborado, contendo todas as etapas de execução do trabalho de campo. Nessa ocasião foi possível discutir a operacionalização da pesquisa e esclarecer todas as dúvidas. Optou-se pelo trabalho exclusivo com enfermeiros devido à extensão e complexidade do instrumento de coleta de dados, exigindo prévio conhecimento sobre a patologia e a realidade de vida nas aldeias.

3ª etapa: Trabalho de campo

O trabalho de campo foi desenvolvido nas quatro aldeias, no período de junho a novembro de 2010, mais precisamente de 11 a 20 de junho, de 09 de julho a 07 de agosto e 03 a 17 de novembro. A sequência das atividades está ilustrada no algoritmo (Figura 11):

FIGURA 11 - Algoritmo da produção dos dados.



Fonte: Elaborado pela autora da pesquisa.

As etapas para obtenção dos dados estão descritas a seguir:

a) Realização das entrevistas com auxílio do formulário (Apêndice A) para obtenção de informações individuais acerca das condições sociodemográficas, história de doença ativa ou anterior, situação vacinal de BCG, valores antropométricos e hábitos de fumo e etilismo.

As entrevistas foram conduzidas pelos enfermeiros capacitados, nas próprias aldeias, em espaço físico amplo de uso coletivo, estilo barracão, referência para os moradores, que se dirigiam ao local, via de regra, em grupo familiar à medida que eram solicitados pelo toque do sino, anunciando a ocorrência de algo do interesse coletivo, ou então, em

chamamento individualizado pelo ACS ou pelo AIS. As pessoas eram acomodadas em cadeiras ou bancos, abordadas individualmente e solicitadas a responderem, sequencialmente, aos itens constantes no formulário. O subitem 1.10, referente a “renda mensal aproximada da família” foi recategorizado devido a necessidade de obtenção do dado “renda < 1 salário mínimo”. As informações referentes às crianças e adolescentes menores de 18 anos foram fornecidas pelos pais ou responsáveis. Os dados de identificação, nome e data de nascimento, eram corroborados nos documentos pessoais, tais como carteira de identidade e comprovante de imunização, e no livro-censo da aldeia. Este também era consultado por ocasião do registro do número de pessoas residentes no domicílio, em razão da insegurança observada em algumas pessoas no momento de responder ao quesito.

FIGURA 12 - Enfermeira entrevistando mulher Munduruku na aldeia Sai Cinza.

Fonte: Arquivo pessoal da autora.

b) Após a entrevista as pessoas eram imediatamente encaminhadas para receberem a PT, no mesmo espaço físico. A aplicação foi feita pela pesquisadora e pelas enfermeiras devidamente capacitadas, obedecendo à recomendação da OMS, utilizando o PPD-Rt 23 do Statens Serum Institute, Copenhagen e seringas descartáveis do tipo tuberculina (marca B&D 13 x 3,8 mm). A inoculação do produto foi feita por via intradérmica, no terço médio da face anterior do antebraço esquerdo, na dose de 0,1 ml, que contém 2 unidades tuberculínicas (UT). Após a aplicação, as pessoas eram orientadas a respeito da possível reação, conduta a ser adotada,

assim como da imperiosidade de retorno para leitura na data aprazada.

FIGURA 13 - Aplicação de PT em menina Munduruku na aldeia Katõ.

Fonte: Arquivo pessoal da autora.

Durante todo o trabalho de campo o produto foi protegido da luz solar e conservado em caixa térmica com controle de temperatura através de termômetro digital e tolerância máxima de variação entre 2º e 8º C.

A reatividade ao teste tuberculínico (hipersensibilidade) foi verificada por meio da reação local, após um período de 48 a 72 horas da inoculação da PT (BRASIL, 2010d). A medição da enduração foi feita na sua totalidade pela pesquisadora, para assegurar coerência e invariabilidade nos resultados, utilizando régua milimetrada padronizada, de procedência do Centro de Referência Prof. Hélio Fraga/RJ, disponibilizada pela Coordenação Estadual do PCT. A pesquisadora foi aferida na década de 80 obtendo concordância de 92% com a enfermeira de referência, e reaferida em 2010 antes do início da pesquisa, nos mesmos padrões, com concordância de 100% nas leituras. Nos dois momentos foi utilizado o critério definido pela OMS (BRASIL, 2001). Não foi feito o estudo de concordância consigo mesma.

Para estabelecimento dos resultados foi medido o maior diâmetro transverso da área do endurecimento palpável, e o registro foi feito em milímetros no próprio instrumento de coleta de dados em espaço pré-estabelecido.

c) As pessoas identificadas com sintomas respiratórios eram então encaminhadas para realização de pesquisa de bacilo álcool ácido resistente (BAAR) no posto de saúde da aldeia, pelo técnico de laboratório, a serviço exclusivo da pesquisa, que na ocasião colhia a primeira amostra do escarro, e disponibilizava o vasilhame identificado com a devida orientação para

entrega da segunda amostra no dia seguinte. A obtenção do escarro das crianças seguiu as mesmas regras de coleta espontânea empregada em adultos, contando com o apoio e colaboração dos pais. Após o recebimento do escarro, processava à fixação, coloração e leitura da lâmina através de microscopia direta (baciloscopia). O restante do material biológico (escarro) era semeado em meio de cultura Ogawa-Kudoh, observando o rigor da técnica, com descontaminação feita em NaOH4% por até 2 minutos. Logo após, os tubos eram acondicionados em caixas térmicas e posteriormente transportados para o Lacen-Pa, no período máximo de 15 dias para continuidade da análise microbiológica: cultura e genotipagem.

FIGURA 14 - Técnico de laboratório processando o escarro na aldeia Katõ.

Fonte: Arquivo pessoal da autora.

No Lacen-Pa as culturas foram lidas semanalmente pela bioquímica de referência estadual para o diagnóstico da tuberculose, cujos resultados foram registrados no instrumento de coleta de dados.

O processamento e transporte dos meios de cultura e dos exames seguiram as recomendações ministeriais (BRASIL, 2008). A totalidade das lâminas lidas nas aldeias foram remetidas para o Lacen-Pa onde foi feito o controle de qualidade em 100%, não havendo discordância nos resultados.

d) Todas as pessoas com resultado de PT ≥ 10 mm, assim como os sintomáticos respiratórios,

independente do resultado da PT foram submetidas ao exame radiológico do tórax em incidência póstero-anterior, realizado no posto de saúde da aldeia por um técnico em radiologia. Os laudos foram emitidos por um médico pneumologista, sendo que os exames com lesões suspeitas e sequelares, e indicativos de outras patologias, assim como das crianças foram revisados e ratificados por um radiologista no Rio de Janeiro.

4.2.5 Tratamento das variáveis

4.2.5.1 Variáveis sociodemográficas

a) **Aldeia:** As aldeias foram mensuradas individualmente, e a informação foi utilizada para análise das demais variáveis sociodemograficas, em razão das especificidades encontradas em cada uma. Foi também utilizada na análise das variáveis relacionadas com a tuberculose.

b) **Sexo:** Foi avaliado em separado, tendo em vista a definição de papéis para homens e mulheres nas aldeias, e maior contato interétnico peculiar ao sexo masculino.

c) **Idade:** Inicialmente foi mensurada em anos, e posteriormente estratificada em três faixas etárias, para melhor expressar as características nas diversas fases da vida. Além do que se acredita na possibilidade de preservação de hábitos pelas pessoas mais velhas.

d) **Escolaridade:** Foi obtida somente dos sujeitos com seis anos e mais de idade, sendo estratificada nos seguintes anos de estudo: analfabeto, um a quatro anos, cinco a oito anos e nove anos e mais. Foi analisada por frequência simples.

e) **Ocupação:** Os informantes foram somente as pessoas com 18 anos e mais de idade, tendo sido relatada em cinco categorias: servidor público, desempregado, autônomo, aposentado e outra ocupação. A variável não foi utilizada na construção do modelo logístico em razão das altas proporções nas categorias “desempregado” e “outra ocupação”.

f) **Renda:** Foi relatada em cinco categorias: sem renda, menos de um salário mínimo, um a dois salários mínimos, dois a três salários mínimos e três a quatro salários mínimos. Posteriormente, foram agrupadas em três: menos de um salário mínimo, de um a dois salários mínimos e três ou mais. Foi considerado o salário mínimo vigente no país no ano de 2010, cujo valor era de R$ 510,00 (quinhentos e dez reais). Foram excluídos um sujeito sem renda e dois sem informação da renda.

g) **Origem da renda:** Dado obtido levando em consideração os últimos doze meses e todas as formas de acesso a numerários que resultasse em somatória para a manutenção da família. A variável foi analisada por frequência simples, a partir das proporções calculadas para cada fonte de renda em cada uma das aldeias.

h) **Características do domicílio:** Foram informadas de acordo com a característica das

paredes, do piso e do telhado das casas, separadamente. A constituição das paredes foi relatada ser de palha, madeira ou taipa/barro; o piso, de chão batido, cimento ou madeira; e o telhado de palha, zinco, madeira ou telha de barro. Para fins de análise, foram agrupadas as informações referentes aos telhados de madeira e telha de barro, em razão de pequena frequência.

i) **O número de cômodos:** O dado foi obtido e agrupado em três categorias: um, dois e mais de dois.

j) **Origem da água de beber:** A captação de água para beber originária de poço artesiano foi relatada com maior frequência. Um número muito reduzido informou que ingere água de rio/igarapé. A variável foi submetida a análise por meio de frequência simples.

k) **Material utilizado para cozinhar:** O dado foi obtido levando-se em consideração as várias alternativas que utilizam para cozinhar. E para fins de análise foram agrupados gás+carvão/lenha dentro de casa, gás+carvão/lenha fora de casa, e somente gás. Foi analisada por frequência simples.

4.2.5.2 Variáveis relacionadas com a tuberculose

a) **Sintomático respiratório:** Foi obtida segundo a presença de sintomas respiratórios de interesse para o diagnóstico da tuberculose anunciados pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT/MS). Foram calculadas as proporções para cada sintoma referido, estratificando-se por aldeia.

b) **Contato com pessoa com TB:** Foi obtida em três categorias: sim, não e não sabe. E posteriormente agrupadas em duas, com a junção dos dados referentes às categorias, “não” e “não sabe”.

c) **Cicatriz de vacina BCG:** O dado foi obtido mediante verificação da presença de cicatriz vacinal no braço direito, à altura da inserção do músculo deltóide. Foram inicialmente agrupados em três categorias: cicatriz presente, cicatriz ausente e cicatriz duvidosa. A seguir, foram reagrupadas em somente duas, um grupo com cicatriz presente e outro com cicatriz ausente e cicatriz duvidosa.

d) **Prova tuberculínica:** Foi avaliada como variável de desfecho. Os valores obtidos nos testes aplicados foram agrupados em quatro categorias: as reações 0mm, as reações cujo tamanho da enduração ficou ente 1 e 4mm, as reações que mediram entre 5 e 9mm e as reações com 10 mm e mais. Os resultados de PT ≥ 10mm constituíram o grupo de infectados pelo MTB, que foi submetido *a priori* à análise univariada e posteriormente, à análise multivariada. Foram estabelecidos dois pontos de corte para cálculo das prevalências de positividade à PT, as

reações com resultado ≥ 5mm e as reações ≥ 10mm.

e) **Exame radiológico do tórax:** Foi obtida mediante realização do exame, diretamente nas aldeias. Os laudos radiológicos foram agrupados, inicialmente, em: normal; outra doença; sequela e os sugestivos de lesão ativa. A seguir, foram reagrupados, dessa vez, somente aqueles com imagens lesionárias, estratificando segundo as características das lesões encontradas: infiltrado; infiltrado com cavitação; nódulo; trave fibrótica; fibrose; velamento; calcificação; hiperinsuflação, além de outros achados. Para fins de análise, foram excluídos os que não realizaram o exame. Foi avaliada por meio de frequência simples.

f) **Cultura no escarro:** Foi agrupada de acordo com os resultados dos exames: positivo, negativo e contaminado. O cálculo de frequência simples foi feito excluindo-se as culturas contaminadas.

4.2.6 Análise dos dados

Os dados estatísticos coletados em campo foram registrados no formulário (Apêndice A). A seguir, foram inseridos em um banco de dados em planilhas eletrônicas utilizando o programa EPiInfo - versão 6.0, e posteriormente transferidos para o SPSS na versão 17. Foram empregados os seguintes procedimentos estatísticos: teste χ^2, análise univariada e associações multivariadas, por meio de regressão logística, sendo adotado nível de significância α=5% e p valor < 0,05, com intervalo de confiança de 95%.

A variável de desfecho foi a infecção específica pelo MTB, correspondente aos valores iguais ou maiores que 10mm, medidos pela reação de hipersensibilidade do organismo ao teste tuberculínico. As variáveis de exposição foram: aldeia de residência; idade; sexo; renda familiar; número de cômodos existentes nos domicílios; história de contato com pessoa portadora de TB e presença de cicatriz de vacina BCG.

Primeiramente, foi feita a análise univariada com a introdução das variáveis de exposição de forma individual no modelo. A seguir, foi feita a regressão logística múltipla, inserindo as variáveis de interesse em ordem decrescente de significância estatística. No modelo final foram excluídas as variáveis renda familiar e número de cômodos dos domicílios, que não mostraram associação estatisticamente significante no modelo anterior. A *odds ratio* (OR) foi utilizada como medida de associação, e em todas as etapas foi considerado *p* valor < 0,05, com intervalo de confiança de 95%.

4.3 ESTUDO EXPLORATÓRIO DESCRITIVO

4.3.1 Os depoentes

Essa etapa foi operacionalizada concomitante com o estudo epidemiológico. Para tanto, todos os indivíduos que se encontravam no curso do tratamento específico para TB, ou que haviam tratado em até quatro anos foram convidados a participarem dessa etapa consecutiva da pesquisa.

Para identificação dos depoentes foi feito levantamento no livro de registro das ações do PCT do Hospital Municipal de Jacareacanga, assim como nos arquivos da Casai e das aldeias - cenário do estudo. A busca de informações nas diversas fontes se justificou pela necessidade de obter a relação nominal de todos os casos correspondentes aos critérios previamente estabelecidos, haja vista a fragilidade no sistema de informação da saúde indígena.

Assim sendo, foram identificadas onze pessoas, que atenderam ao convite formulado pela pesquisadora, e responderam aos questionamentos à respeito dos itinerários terapêuticos, orientado pelo item nº 5 do formulário (Apêndice A). Desse total, três estavam em tratamento e oito haviam concluído nos últimos quatro anos, segundo registros consultados, sendo todos maiores de dezoito anos. A opção pela inclusão tanto dos doentes que se encontravam realizando tratamento como pelos tratados anteriormente se deu pela necessidade de ampliar o número de entrevistas, com a intenção de obter maiores possibilidades de retratar a realidade.

O período de quatro anos foi definido em razão do zelo para minimizar o viés de memória, pois se acredita que em razão das características do tratamento para tuberculose, realizado por um período considerado longo com tomada diária de medicamentos, o tempo estipulado permitiu referenciar a experiência vivenciada.

4.3.2 A abordagem dos sujeitos

Os depoimentos foram obtidos em dois espaços físicos distintos, de acordo com a situação de estar ou ter estado doente, por meio de entrevista semiestruturada, seguindo o item nº 5 do formulário. As três pessoas que se encontravam em tratamento foram entrevistadas nas dependências da Casai na cidade de Jacareacanga, local de permanência para aqueles que estão em processo de esclarecimento de diagnóstico ou em tratamento para tuberculose. Os demais foram ouvidos nas aldeias em que residem.

A despeito da condição de estar ou não institucionalizado, todos os depoentes foram informados dos objetivos da pesquisa e consultados previamente a respeito da

voluntariedade em participar do estudo, independente da autorização prévia pelo capitão da aldeia ao assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C).

Para obter o depoimento dos três indígenas que se encontravam na Casai, foi feito agendamento prévio com a enfermeira que coordenava as ações de saúde naquela instituição, sendo estabelecidos datas e horários distintos para cada uma das entrevistas. Nessa ocasião, ficou também definido que o tradutor das falas, caso se fizesse necessário, seria o indígena Munduruku que ocupa o cargo de técnico de enfermagem e desenvolve atividades profissionais naquela casa de apoio. As entrevistas ocorreram na sala destinada aos atendimentos de enfermagem, com garantia de privacidade, tendo em vista a permanência exclusiva no local, do doente, da pesquisadora e do tradutor. A tradução foi necessária nas duas entrevistas com mulheres. A terceira, realizada com uma pessoa do sexo masculino, não necessitou desse recurso em razão do domínio de fala do português.

Em relação aos oito que se encontravam na condição pós-alta, os depoimentos foram obtidos nas aldeias em que residiam, nos próprios domicílios. Para tanto, por solicitação da pesquisadora, o AIS ou o ACS, através de visita domiciliar, estabelecia o primeiro contato com o depoente, ocasião em que formalizava o convite pessoal e programava data e horário para realização da entrevista respeitando a disponibilidade de cada um. Obedecendo a esse agendamento nos dirigíamos ao domicílio em companhia da enfermeira da aldeia. O AIS ou ACS se faziam presentes somente naqueles casos em que o depoente necessitava de auxílio, pela falta de domínio da língua portuguesa, uma situação que já era de seu conhecimento.

As entrevistas ocorreram nos finais de tarde, conforme agendamento, em razão das diversas ocupações que têm durante o dia. De acordo com a característica de cada moradia, nem sempre foi possível realizá-las nas dependências das casas, por isso algumas ocorreram na parte externa, nas proximidades do domicílio, embaixo das copas das árvores, local em que costumam permanecer por longos períodos conversando, apreciando as brincadeiras das crianças ou mesmo, no caso das mulheres, procurando parasitas nas cabeças das crianças e adolescentes.

Precedendo a entrevista propriamente dita, se estabelecia um diálogo com o depoente, importante para buscar uma aproximação entre entrevistado e entrevistador. Nessa conversa abordávamos assunto contextual e corriqueiro, como: o trabalho, o estudo, o estado de saúde da família, a colheita na roça, a festa comemorativa, etc. Após essa introdução, procedia-se novamente à explicação do objetivo desta etapa do estudo, assim como a necessidade de gravar a conversa. A instalação de um ambiente descontraído foi fundamental para se obter a confiança e espontaneidade dos indígenas, favorecendo um diálogo

caracterizado pela liberdade na expressão de suas opções, valores, crenças e sentimentos (BECK; GONZALES; LEOPARDI,2002).

Por ocasião da entrevista, os familiares que por ventura se encontravam em casa, espontaneamente, afastavam-se do ambiente, favorecendo um diálogo mais privativo e interativo. Os mediadores das entrevistas nas aldeias Sai Cinza e Missão São Francisco foram os agentes comunitários de saúde e na aldeia Katõ o AIS, que aceitaram participar do trabalho após consulta e convite. A integração desses profissionais no processo de coleta de dados foi fundamental e facilitou a interação com os indígenas, além da qualidade da tradução, por serem moradores da própria aldeia, profissionais da área da saúde e uma referência para os aldeados.

4.3.3 A produção dos dados

As entrevistas foram conduzidas na sua totalidade pela pesquisadora, em um único contato, com tempo de duração variando entre uma e duas horas para cada uma. Essa variação dependeu da fluência do diálogo, da objetividade do depoente e do alcance da totalidade dos temas previstos no item 5 do formulário (Apêndice A).

Os temas eleitos para o direcionamento das entrevistas foram definidos com base nas práticas cotidianas de saúde, de modo, a obter: a explicação para a doença; a atitude frente ao adoecimento tanto por tuberculose como por outras patologias e a percepção de cada um no corpo biológico e nas relações sociais ao experienciarem a tuberculose.

A abordagem aos indígenas se deu em forma de diálogo, utilizando o formulário guia previamente elaborado apenas para assegurar a contemplação das temáticas pré-estabelecidas. Nessa ocasião a pesquisadora fazia a introdução ao tema específico em forma de pergunta. As respostas variaram bastante. Alguns se pronunciaram de forma mais objetiva e outros se reportaram ao assunto com histórias que lhes vinham à memória. As perguntas subsequentes foram orientadas tanto pelo formulário como pelo conteúdo da fala do entrevistado, visto que ao julgar necessário, a pesquisadora reformulava a mesma pergunta, assim como construía novo questionamento subsidiado por uma fala inconclusiva. Isso tudo num espaço de diálogo, interagindo com os depoentes, sem a preocupação com o tempo decorrido ou mesmo em fazer anotações.

Durante as entrevistas, embora tenhamos tido a preocupação de produzir um elo de confiança e aproximação com os sujeitos da pesquisa, foi possível perceber que se detinham a responder as perguntas, relatar fatos e conjecturar situações relacionadas ao conteúdo da entrevista. Não foram apresentados quaisquer questionamentos ou solicitações de

esclarecimentos, mesmo sobre a tuberculose.

Nas entrevistas em que houve necessidade de tradução, esta se deu simultaneamente, à medida que as falas aconteciam. O tradutor se limitou a mediar o diálogo, sem condutas intempestivas ou mesmo iniciativas para prolongamento das conversas, relativas ou não ao assunto tratado.

Os depoimentos foram armazenados em gravador de voz digital.

4.3.4 Sistematização e análise dos dados

Para fins de sistematização dos dados, inicialmente, foi feita a transcrição das entrevistas gravadas, com o cuidado de assegurar fidelidade as falas. Não foi possível retornar ao campo, para validação, em razão do ônus pela distância e dificuldade de acesso. Foi feito *copy desk* sem, entretanto, comprometer o significado das falas.

A análise dos depoimentos foi feita pela técnica da análise de conteúdo temático-categorial orientada por Bardin (2009), que permitiu alcançar um nível mais aprofundado do discurso dos indígenas, a partir da identificação dos significados presentes em cada unidade de codificação.

Para tanto, a transcrição foi realizada de modo que, cada entrevista gerou um texto sem a identificação do estímulo indutor, ou seja, da pergunta. Essa opção permitiu obter uma visão mais geral e integradora do depoimento, favorecendo à análise do material na sua totalidade, tendo como referência a questão norteadora e o objetivo específico, previamente definido, relacionado aos itinerários terapêuticos. Minayo (2006) prevê a necessidade de, nesta etapa do processamento dos dados, se proceder a avaliação da qualidade do material em função do desenho do estudo, dos objetivos estabelecidos e da análise a ser realizada.

A seguir foi feita leitura flutuante dos textos produzidos para estabelecer familiaridade do pesquisador com o conteúdo, e posteriormente a sistematização, utilizando o marcador de comentário do programa Microsoft Word. Foi possível identificar nos textos, seis núcleos de sentido comuns a todos, a saber: o imaginário frente a tuberculose; a(s) atitude(s) frente ao adoecimento; a(s) conduta(s) frente ao adoecimento por tuberculose; o conhecimento sobre a transmissibilidade da doença; a(s) orientação(ões) recebidas e episódio(s) de preconceito. Esta etapa, caracterizada como pré-análise, foi importante para tornar operacionais as idéias iniciais (BARDIN, 2009). Conforme recomenda a mesma autora, na etapa seguinte foi feita a codificação do material objetivando transformar os dados brutos em unidades capazes de descrever as características do conteúdo. Dessa forma, foi produzido um quadro síntese no qual foram registrados os depoimentos dos indígenas, tomando por base os

estímulos indutores (Apêndice A - item nº 5). Para cada estímulo foram identificadas as unidades de registro (UR) (Apêndice E) correspondentes em cada *corpus*. De posse das UR, foi calculada a frequência de cada uma delas, de modo a identificar as unidades mais significativas, pela regularidade quantitativa de aparição.

Sequencialmente, foram estabelecidas as unidades de contexto (UC) visando compreender a significação exata dessas URs, levando a um processo de análise que facilitou a identificação do significado de cada uma dessas URs em relação ao fenômeno estudado. Em seguida, com base nas características comuns das URs, foi feita a construção das categorias (CC), de modo a expressar de maneira simplificada, "uma nova organização intencional às mensagens, distinta daquela do discurso original" (OLIVEIRA, 2008, p. 571).

Com o processo de categorização, foi possível reconstruir o sentido do discurso (BARDIN, 2009), buscando correspondência entre as mensagens presentes nos depoimentos dos Munduruku com a realidade de vida nas aldeias estudadas.

Os sujeitos da pesquisa foram identificados com as três letras que caracterizam a etnia (MDK), acompanhadas da numeração que indica o sequenciamento das entrevistas.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Em atendimento às Resoluções 196/96 e 304/2000 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Curso de Enfermagem da UEPA – protocolo nº 0039.0.321.000.08 e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) – parecer nº 116/2010 (Anexo A). Para fins de acesso às aldeias, em atendimento à Instrução Normativa da Funai/Brasil nº 01/95PRESI – que determina as Normas que Disciplinam o Ingresso em Terras Indígenas com Finalidade de Desenvolver Pesquisa Científica, esta foi submetida à Funai e autorizada através do processo nº 0724/2010 (Anexo B).

A pesquisa foi realizada com a anuência dos sujeitos que tomaram conhecimento do projeto por meio da pesquisadora em quatro reuniões distintas, que ocorreram em cada uma das aldeias, a saber: Nova Karapanatuba, Sai Cinza, Katõ e Missão São Francisco. Estiveram presentes nas reuniões as Enfermeiras desses Polos-Base, os agentes comunitários de saúde e agentes indígenas de saúde locais, além das principais lideranças indígenas de cada aldeia cenário do estudo. Nessa ocasião, foi feita a explicação dos objetivos e de todas as etapas do protocolo de pesquisa, assim como a leitura do TCLE (Apêndice C) com o detalhamento de todos os procedimentos. A seguir, foi solicitada a assinatura de concordância, o que foi feito pelo capitão de cada uma das aldeias. Dos quatro líderes, dois assinaram e dois impuseram

suas impressões digitais em razão de não serem alfabetizados em língua portuguesa, embora tenham demonstrado domínio de fala na conversação.

A pesquisa não ocasionou qualquer dano às pessoas que dela participaram, visto que não foi testado qualquer método novo de diagnóstico, nem alguma nova droga para o tratamento da tuberculose, ou utilização de placebo.

Todas as informações obtidas serão mantidas sob sigilo, guardadas por cinco anos, ficando assegurada a privacidade das pessoas quanto aos dados confidenciais fornecidos e o respeito aos quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

CAPÍTULO 5 RESULTADOS

Neste capítulo serão descritos os resultados obtidos na pesquisa. Primeiramente, serão apresentados os dados relativos ao estudo epidemiológico, e em seguida aqueles referentes à etapa qualitativa. A opção por essa forma de apresentação se deu em razão da especificidade dos mesmos.

5.1 ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO

5.1.1 Descrição da população de estudo

Tabela 1 - Características sociodemográficas da população Munduruku por aldeia- Pará/Brasil, 2010.

Características	Total		Aldeia							
			KATÕ		MISSÃO SÃO FRANCISCO		NOVA KARAPANA TUBA		SAI CINZA	
	(n=1213)		(n=217)		(n=423)		(n=199)		(n=374)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo										
Masculino	553	45,6	112	51,6	202	47,8	88	44,2	151	40,4
Feminino	660	54,4	105	48,4	221	52,2	111	55,8	223	59,6
Faixa etária										
2 a 14 anos	632	52,1	119	54,8	208	49,2	99	49,7	206	55,1
15 a 39 anos	397	32,7	66	30,4	139	32,9	68	34,2	124	33,2
40 a 87 anos	184	15,2	32	14,7	76	18,0	32	16,1	44	11,8
Escolaridade*										
Analfabeto	189	19,3	21	13,1	83	23,4	34	20,2	51	17,3
1 a 4 anos	512	52,4	84	52,5	160	45,1	113	67,3	155	52,7
5 a 8 anos	211	21,6	42	26,3	91	25,6	18	10,7	60	20,4
9 anos ou mais	65	6,7	13	8,1	21	5,9	3	1,8	28	9,5
Ocupação**										
Servidor público	83	16,1	17	20,0	18	9,6	16	17,8	32	21,2
Desempregado	176	34,2	53	62,4	27	14,4	52	57,8	44	29,1
Autônomo	56	10,9	7	8,2	32	17,0	5	5,6	12	7,9
Aposentado	3	0,6	1	1,2	1	0,5	1	1,1	0	0,0
Outra ocupação	196	38,1	7	8,2	110	58,5	16	17,8	63	41,7
Renda***										
Menos de 1 SM	451	37,3	92	42,4	115	27,4	57	28,6	187	50,0
De 1 a 2 SM	667	55,1	112	51,6	264	62,9	124	62,3	167	44,7
3 SM ou mais	92	7,6	13	6,0	41	9,8	18	9,0	20	5,3
Tipo da parede										
Palha	55	4,5	4	1,8	35	8,3	11	5,5	5	1,3
Madeira	869	71,6	155	71,4	312	73,8	165	82,9	237	63,4
Taipa/barro	289	23,8	58	26,7	76	18,0	23	11,6	132	35,3
Tipo do piso										
Chão batido	945	77,9	154	71,0	325	76,8	158	79,4	308	82,4
Madeira	3	0,2	1	0,5	0	0,0	0	0,0	2	0,5
Cimento	265	21,8	62	28,6	98	23,2	41	20,6	64	17,1
Tipo do telhado										
Palha	579	47,7	119	54,8	119	28,1	117	58,8	224	59,9
Zinco	621	51,2	94	43,3	304	71,9	73	36,7	150	40,1
Madeira/telha de barro	13	1,1	4	1,8	0	0,0	9	4,5	0	0,0

Número de cômodos										
1	92	7,6	20	9,2	18	4,3	29	14,6	25	6,7
2	840	69,2	129	59,4	328	77,5	116	58,3	267	71,4
Mais de 2	281	23,2	68	31,3	77	18,2	54	27,1	82	21,9
Água para beber										
Poço artesiano	1191	98,2	202	93,1	423	100,0	198	99,5	368	98,4
Rio/Igarapé	22	1,8	15	6,9	0	0,0	1	0,5	6	1,6
Material para cozinhar										
Carvão/lenha dentro de casa	68	5,6	14	6,5	22	5,2	18	9,0	14	3,7
Carvão/lenha fora de casa	188	15,5	35	16,1	6	1,4	28	14,1	119	31,8
Somente gás	146	12,0	35	16,1	102	24,1	1	0,5	8	2,1
Gás + carvão/lenha dentro de casa	137	11,3	19	8,8	0	0,0	61	30,7	57	15,2
Gás + carvão/lenha fora de casa	674	55,6	114	52,5	293	69,3	91	45,7	176	47,1

*População com 6 anos e mais de idade
**População com 18 anos e mais de idade
***Excluídos 1 sem renda e 2 sem informação de renda

As características sociodemográficas apresentadas na tabela 1 mostraram, em geral, predominância feminina nas aldeias, exceto na Katõ. Além disso, observou-se população jovem, sendo que cerca de metade tinha menos de 15 anos. Os maiores de 40 anos representaram 15,2% da amostra, sendo que a aldeia Missão São Francisco apresenta maior proporção de pessoas com idade acima de 40 anos (18,0%) e a aldeia Sai Cinza a menor proporção (11,8%).

Dentre o grupo com seis anos e mais de idade, destacou-se uma população de baixa escolaridade, com um percentual significativo de pessoas sem qualquer escolarização (19,3%) e predominância de frequência à escola de até quatro anos (52,4%). Dentre as aldeias, a Missão São Francisco apresenta o maior percentual de pessoas sem escolarização (23,4%), porém, o baixo nível escolar é mais expressivo na Nova Karapanatuba, em que 87,5% das pessoas informaram ter somente até quatro anos de estudo.

Em relação à ocupação, no grupo com idade a partir de dezoito anos, foi possível identificar expressivo número de desempregados (34,2%), e pessoas exercendo atividades diversas (38,1%), a exemplo de roça para subsistência, extração de minérios e produção de farinha de mandioca para consumo e comercialização. As aldeias Katõ e Nova Karapanatuba apresentaram as maiores proporções de desempregados, 62,4% e 57,8%, respectivamente, e a aldeia Missão São Francisco, com mais da metade (58,5%) exercendo outras atividades (Tabela 1).

A renda mensal das famílias alcançou um teto de quatro salários mínimos vigentes[3], sendo predominante a faixa de até dois salários (92,4%), cuja fonte é diversificada. Nas aldeias

[3] Foi considerado o salário mínimo de R$ 510,00 (Quinhentos e dez reais) vigente no país à época da coleta dos dados da pesquisa (junho à novembro de 2010).

Katõ e Sai Cinza há expressivo número de pessoas que vivem com menos de um salário mínimo, 42,4%, e 50,0% respectivamente (Tabela 1). Na atualidade, os indígenas apresentam grande dependência financeira do poder público, tendo em vista que cerca de 90% das pessoas que integraram o estudo eram contempladas com o programa de distribuição de renda do governo federal, o Bolsa Família[4] (Tabela 2), tornando-se, algumas vezes, a única fonte de recurso financeiro daquele grupo familiar. Essa modalidade, quando somada às aposentadorias e aos salários daqueles que exercem cargo público, correspondente ao trabalho remunerado durante o ano inteiro comprova a dependência financeira do poder público para sobrevivência. Compõem esse grupo: os professores, AIS, ACS, AISAN, microscopistas, merendeiras, piloto da voadeira e o artífice responsável pelo motor gerador de energia.

Tabela 2 - Proporções das diversas fontes de renda na população Munduruku segundo aldeia – Pará/Brasil, 2010.

Fontes de renda	Total	Aldeia			
		KATÕ	MISSÃO SÃO FRANCISCO	NOVA KARAPANATUBA	SAI CINZA
	(n=1213)	(n=217)	(n=423)	(n=199)	(n=374)
Benefícios sociais (bolsa família, auxílio maternidade, benefício por invalidez)	89,7%	89,4%	88,9%	90,5%	90,4%
Trabalho remunerado (ano todo)	32,9%	37,8%	32,4%	39,7%	27,0%
Aposentadoria	27,6%	26,7%	42,6%	12,1%	19,5%
Trabalho remunerado (temporário)	16,7%	9,7%	15,4%	42,7%	8,3%
Venda de produtos da agricultura/pecuária/pesca/criação familiar	15,6%	32,7%	5,4%	14,6%	17,6%
Venda de produtos do extrativismo	10,4%	12,4%	5,4%	19,1%	10,2%
Venda de artesanato ou produção cultural	0,2%	0,0%	0,2%	0,5%	0,0%

A grande maioria dos domicílios é de madeira (71,6%), com piso de chão batido (77,9%), cobertos com palha (47,7%) ou telha de zinco (51,2%) (Tabela 1). Há que se ressaltar a presença das marcas de uma sociedade dividida em classes sociais, em que alguns possuem mais recursos financeiros que outros, e consequentemente, moram em habitações

[4] Programa de transferência direta de renda com condicionalidades, que beneficia famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza (BRASILf, 2010).

diferenciadas, com localização mais privilegiada, possuem televisão, DVD, bicicleta, fogão a gás, geladeira e alguns, com gerador de energia, inclusive.

Em relação ao tamanho das habitações, há predominância de dois cômodos (69,2%) (Tabela 1), sendo que um possui paredes, janela e porta, e é utilizado para dormir, permanecendo fechado com as redes e mosquiteiros atados, impedindo a penetração de luz solar e ventilação. E o outro é uma extensão, sem paredes, apenas coberto, que abriga inclusive objetos eletroeletrônicos, e é onde as pessoas permanecem grande parte do dia, fazem suas refeições, assistem televisão, conversam, fabricam peças artesanais, dentre outras atividades. Essa é uma característica comum a todas as aldeias. Não foi possível calcular o número médio de pessoas por domicílio, em razão dos dados terem sido coletados de forma agrupada.

A água utilizada para beber é oriunda de poço artesiano (98,2%) (Tabela 1) construído e mantido pela Funasa, distribuída para os domicílios através de sistema de encanamento, e não recebe tratamento químico. Costumam lavar roupas, utensílios domésticos e tomar banho nos rios.

O fogão a gás é muito comum nos domicílios (78,9%), embora utilizado seletivamente, devido ao custo do produto e à dificuldade para sua aquisição. Por isso, usam com mais frequência o fogão a lenha, geralmente construído no chão da área coberta, com fogo mantido aceso permanentemente, produzindo fumaça, e que serve, também, para aquecer a família e os animais domésticos. A aldeia Missão São Francisco apresentou a maior proporção de pessoas que utilizam, exclusivamente, o gás para cozinhar (24,1%) e a Nova Karapanatuba, a menor (0,5%) (Tabela 1).

5.1.2 Sintomáticos respiratórios e os exames laboratoriais

Ao longo do estudo foi possível identificar, nas quatro aldeias, 70 pessoas com sintomas respiratórios de interesse para o diagnóstico da tuberculose, o que representa uma prevalência de 5,8%; IC95%=4,6% - 7,2% da amostra.

Os sintomáticos respiratórios são oriundos das quatro aldeias, sendo 52,8% da aldeia Katõ, 20,0% da Missão São Francisco, 18,6% da Nova Karapanatuba e 8,6% da aldeia Sai Cinza. Houve predomínio da faixa etária adulta, sendo 85,7% com idade de 15 anos e mais e 14,3% menores de 15 anos. Foram identificadas quatro crianças com idade entre sete e dez anos, moradoras das aldeias Nova Karapanatuba e Sai Cinza. Em relação ao sexo, a distribuição ficou equitativa.

Tabela 3 - Proporções dos diversos sintomas dentre as pessoas da população Munduruku que apresentam sintoma, segundo aldeia - Pará/Brasil, 2010.

Sintomas	Total	Aldeia			
		KATÕ	MISSÃO SÃO FRANCISCO	NOVA KARAPANATUBA	SAI CINZA
	(n=70)	(n=37)	(n=14)	(n=13)	(n=6)
Tosse com catarro	68,8%	59,0%	82,4%	85,7%	57,1%
Dor no peito	39,0%	41,0%	58,8%	21,4%	14,3%
Tosse seca	26,0%	38,5%	11,8%	14,3%	14,3%
Cansaço	16,9%	2,6%	41,2%	21,4%	28,6%
Fraqueza	9,1%	7,7%	17,6%	7,1%	0,0%
Escarro com sangue	5,2%	2,6%	0,0%	0,0%	42,9%
Perda de peso	3,9%	2,6%	0,0%	14,3%	0,0%
Falta de ar	2,6%	0,0%	11,8%	0,0%	0,0%
Falta de apetite	1,3%	2,6%	0,0%	0,0%	0,0%

Dentre os sintomas referidos pelos depoentes, a tosse com catarro e a dor no peito obtiveram as maiores frequências, 68,8% e 39,0%, respectivamente. Ao examinar os dados de cada uma das aldeias, identificou-se que a tosse com catarro alcançou maior proporção em todas as comunidades, enquanto que a dor no peito é menos frequente na aldeia Sai Cinza. Nesta aldeia assumiu maior expressividade, com segunda maior proporção, o escarro sanguinolento, seguido de cansaço. Merece destaque a perda de peso referenciada por 14,3% dos entrevistados na aldeia Nova Karapanatuba, diferindo dos dados obtidos nas demais aldeias (Tabela 3).

Do total de sintomáticos respiratórios identificados, 68 foram submetidos à pesquisa de BAAR direta no escarro, com utilização de coloração Ziehl-Neelsen, em duas amostras coletadas em dias consecutivos, cujos resultados foram todos negativos. Parte do material obtido em cada amostra foi utilizado para realização da cultura em meio Ogawa-Kudoh, sendo feitas duas semeaduras de cada paciente. As duas pessoas que não realizaram o exame são oriundas das aldeias Nova Karapanatuba e Sai Cinza, devendo-se tal fato à recusa pessoal, uma delas porque estava de partida para a cidade de Jacareacanga e a outra por opção, apesar das inúmeras tentativas para convencimento.

Tabela 4 - Resultado e aproveitamento da cultura no escarro, população Munduruku - Pará/Brasil, 2010.

Resultado da cultura	n	%
Positivo	3	4,6
Negativo	62	95,4
Sub-Total	**65**	**95,6**
Contaminado	3	4,4
Total	68	100

Após leitura final das culturas foi possível identificar resultado positivo para BAAR em três amostras (4,6%), com aproveitamento de 95,6% dos exames, tendo em vista que em três destes, houve contaminação (Tabela 4). Embora tenha ocorrido somente na segunda amostra, optou-se por registrá-las nessa modalidade, em razão da possibilidade de resultado positivo.

As três culturas positivas foram submetidas à análise molecular, cujo resultado confirmou uma cepa de MTB, configurando prevalência pontual de 82,4/100.000 habitantes. As outras duas foram classificadas como micobactérias ambientais, entretanto, admite-se a possibilidade de transitoriedade. Há que se ressaltar que, para especificação, faziam-se necessários mais dois isolamentos de cada uma, não tendo sido feitos por inviabilidade operacional.

O caso positivo para MTB é oriundo da aldeia Katõ, sexo masculino, com 64 anos de idade. Trata-se de uma recidiva, tendo em vista que, segundo informação e registro, há cinco anos realizou tratamento específico para tuberculose durante seis meses, tendo recebido alta por cura.

Os dois casos identificados como portadores de micobactérias ambientais são de aldeias distintas, sendo um do sexo feminino, com 50 anos de idade, residente da aldeia Missão São Francisco e outro, do sexo masculino, 59 anos, morador da Sai Cinza. Os dois exibem história de contato com o MTB, visto que um referiu a existência da doença na família em épocas passadas, e o outro é contato da mãe, atualmente em tratamento específico para tuberculose na Casai – Jacareacanga.

5.1.3 Inquérito tuberculínico

No decorrer da investigação foram realizados 1.213 testes tuberculínicos nas quatro aldeias que integraram o estudo, sendo a maior representatividade da Missão São Francisco

onde foram feitos 423 testes. Na Sai Cinza foram aplicados 374, na Katõ, 217 e na aldeia Nova Karapanatuba, 199. A inclusão dos indígenas no estudo obedeceu aos critérios previamente definidos, expressos no capítulo 5, subitem 5.2.2. Não foram identificadas pessoas com quadro clínico que contra indicasse o recebimento do teste.

Do total que recebeu a PT, 1.135 (93,6%) retornaram para leitura na data programada, 48 a 72 horas após a aplicação, configurando perda na ordem de 6,4%, o que não comprometeu os achados do estudo. Na aldeia Sai Cinza, deixaram de comparecer para a leitura 52 pessoas, na Nova Karapanatuba foram 12, na aldeia Missão São Francisco estiveram ausentes 10 e na Katõ somente 4 pessoas.

Tabela 5 - Resultado da PT em mm na população Munduruku por aldeia – Pará/Brasil, 2010.

Enduração (mm)	Total		Aldeia							
			KATÕ		MISSÃO SÃO FRANCISCO		NOVA KARAPANATUBA		SAI CINZA	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0 mm	627	55,3	136	63,9	233	56,4	84	44,9	174	54,0
1 a 4 mm	84	7,4	9	4,2	31	7,5	16	8,6	28	8,7
5 a 9 mm	174	15,3	22	10,3	73	17,7	32	17,1	47	14,6
10 mm ou +	250	22,0	46	21,6	76	18,4	55	29,4	73	22,7
Total	1135	100,0	213	100,0	413	100,0	187	100,0	322	100,0

Em relação ao resultado da PT, identificamos que a aldeia Nova Karapanatuba exibe um perfil diferenciado das demais, com a menor proporção de pessoas sem reação ao teste, e a maior proporção de reações ≥10 mm, sugerindo infecção pelo MTB (Tabela 5).

Tabela 6 - Prevalências de PT positiva na população Munduruku, segundo os pontos de corte de 5 e 10 mm - Pará/Brasil, 2010 (n=1135*).

Pontos de corte	n	Prevalência (%)	IC95%
PT ≥ 5 mm	424	**37,4**	34,6% - 40,2%
PT ≥ 10mm	250	**22,0**	19,7% - 24,5%

*Excluídos 78 sem leitura para a PT.

A prevalência de infecção pelo MTB nas aldeias estudadas dentre o total de testes lidos (n=1135) foi de 22,0% (IC95% 19,7% - 24,5%) nas reações ≥10 mm e 37,4% (IC95% 34,6% - 40,2%) se for considerado o ponto de corte de 5mm (Tabela 6).

Os achados são correspondentes a uma única testagem, visto que não foi aplicada uma segunda dose, essencialmente nos casos com reação inferior a 10 mm para verificação do efeito Booster[5], o que certamente poderia ocasionar alteração nos percentuais.

Para fins de verificação de possíveis associações entre as variáveis de exposição e desfecho, foi construído o seguinte modelo explicativo.

[5] "Debilidade da capacidade de resposta imunológica (linfócito T de memória) do indivíduo frente a PT levando a um resultado negativo em infectado pelo *Mycobacterium tuberculosis*" (BRASIL, 2010e, p. 59).

Tabela 7 - Modelos logísticos para PT ≥ 10mm para a população Munduruku - Pará/Brasil, 2010.

Características	Modelos logísticos univariados			Modelo logístico multivariado 1			Modelo logístico multivariado 2 (final)		
	OR	IC95%	p-valor	OR_{aj}*	IC95%	p-valor	OR_{aj}*	IC95%	p-valor
Aldeia			0,028			< 0,001			< 0,001
Kato	1			1			1		
Missão são Francisco	0,82	0,54-1,23	0,340	0,60	0,36-1,01	0,053	0,60	0,36-0,98	0,042
Nova Karapanatuba	1,51	0,96-2,38	0,074	2,11	1,18-3,78	0,012	2,08	1,18-3,69	0,012
Sai Cinza	1,06	0,70-1,62	0,770	1,54	0,91-2,60	0,109	1,52	0,91-2,56	0,112
Idade			< 0,001			< 0,001			< 0,001
2 a 14 anos	1			1			1		
15 a 39 anos	14,37	8,84-23,37	< 0,001	16,27	9,83-26,91	< 0,001	15,51	9,44-25,47	< 0,001
40 a 87 anos	40,29	23,69-68,50	< 0,001	51,64	29,03-91,83	< 0,001	47,80	27,25-83,87	< 0,001
Sexo									
Masculino	1,27	0,96-1,68	0,097	1,83	1,29-2,60	0,001	1,86	1,31-2,64	< 0,001
Feminino	1			1			1		
Renda familiar			0,041			0,086			-
Menos de 1 SM	1			1			-	-	-
De 1 a 2 SM	1,23	0,90-1,67	0,193	0,78	0,53-1,15	0,214	-	-	-
3 SM ou mais	1,92	1,15-3,19	0,012	1,50	0,76-2,98	0,243	-	-	-
Número de cômodos			0,151			0,324			-
1	1			1			-		
2	0,77	0,46-1,28	0,316	0,60	0,31-1,17	0,136	-	-	-
Mais de 2	1,04	0,60-1,81	0,889	0,61	0,29-1,27	0,185	-	-	-
Contato com pessoa com tuberculose									
Sim	2,38	1,71-3,34	< 0,001	2,44	1,55-3,83	< 0,001	2,38	1,53-3,72	< 0,001
Não ou não sabe	1			1			1		
Cicatriz de BCG									
Presente	1,63	0,91-2,93	0,103	2,42	1,17-4,97	0,017	2,36	1,16-4,80	0,017
Ausente ou duvidosa	1			1			1		

Na análise univariada (Tabela 7), foi possível observar que, dentre os preditores utilizados no modelo logístico, os que se mostraram associados à infecção tuberculosa com significância estatística, foram: aldeia, idade, renda familiar e história de contato com pessoa com TB.

Em uma primeira análise multivariada, utilizando-se todas as variáveis de exposição, foi possível identificar que a associação se manteve com aldeia, idade e história de contato com pessoa com TB, e as variáveis sexo e cicatriz de vacina BCG passaram, então, a demonstrar associação estatisticamente significante.

Ao elaborar nova análise multivariada, dessa vez retirando do modelo os dois preditores que não se mostraram associados na análise multivariada anterior (renda familiar e número de cômodos no domicílio), observou-se que a infecção tuberculosa se mostrou associada às variáveis aldeia, idade, sexo, história de contato e presença de cicatriz vacinal de BCG.

Dentre as aldeias, a Nova Karapanatuba se destaca com maior associação, com 2,08 vezes mais (p-valor 0,012 IC 1,18-3,69) em relação à Katõ.

Do elenco das variáveis eleitas, a idade foi a que se mostrou mais fortemente associada, essencialmente, a faixa etária acima de 40 anos (OR_{aj}* 47,80 p-valor <0,001), indicando que a associação se fortalece, proporcionalmente, com o envelhecimento. No sexo masculino se identificou uma maior chance de encontrar infecção tuberculosa (OR_{aj}* **1**,86 p-valor <0,001), assim como no grupo das pessoas que referiram história de contato com doente de TB (OR_{aj}* 2,38 p-valor <0,001). Nas pessoas com cicatriz de BCG, a chance de encontrar pessoas com PT **≥** 10mm é 2,36 vezes maior (p-valor 0,017 IC 1,16-4,80) em relação àqueles com cicatriz ausente ou duvidosa (Tabela 7).

A renda familiar e o número de cômodos do domicílio não mostraram associação estatisticamente significativa na presença de outras variáveis.

5.1.4 Achados radiológicos

Tabela 8 - Resultado do exame radiológico do tórax realizado nos Munduruku - Pará/Brasil, 2010.

Laudo radiológico	n	%
Normal	179	81,7
Outra Doença	4	1,8
Seqüela	28	12,8
Sugestivo de lesão ativa	8	3,7
Total	219	100,0

O exame radiológico do tórax foi realizado em 219 pessoas, o que corresponde a 75,5% do previsto, dos quais 81,7% tiveram laudo com resultado normal, 12,8% lesões sequelares, 3,7% sugestivo de lesões ativas e 1,8% sugestivo de outras doenças (Tabela 8). Os casos que indicam presença da TB correspondem a 16,5%. Os indígenas que não realizaram o exame se deveram à ausência no momento em que o mesmo foi disponibilizado na aldeia onde residem.

Tabela 9 - Lesões radiológicas pulmonares na população Munduruku - Pará/Brasil, 2010.

Lesões radiológicas pulmonares	n	%
Nódulo	26	30,6
Outros achados	16	18,8
Trave fibrótica	11	12,9
Infiltrado	10	11,8
Fibrose	8	9,4
Hiperinsuflação	5	5,9
Velamento	4	4,7
Calcificação	4	4,7
Infiltrado com cavitação	1	1,2
Total	85	100,0

Dentre as 40 radiografias com achados clínicos foi possível identificar 85 lesões (Tabela 9). Houve predominância de nódulos pulmonares (30,6%). Os infiltrados corresponderam a 11,8%, além de um caso com imagem cavitária. Foi identificado ainda a presença de outras patologias (18,8%).

5.2 ESTUDO DESCRITIVO

5.2.1 Perfil dos depoentes

Na sequência do estudo foram ouvidos onze indígenas para obtenção dos depoimentos a respeito dos itinerários terapêuticos por eles estabelecidos ao experienciarem a tuberculose. Destes, três se encontravam em tratamento e foram entrevistados na Casai-Jacareacanga, os demais foram ouvidos nas aldeias de residência. Houve mediação de intérpretes indígenas em 63,6% das entrevistas. A necessidade desse recurso ocorreu em 100% das mulheres e em 33,3% dos homens, em razão da dificuldade em falar português ser mais presente nas mulheres.

Os depoentes são procedentes de três das quatro aldeias que constituíram o cenário do estudo, a saber: quatro são residentes da aldeia Kato; quatro da aldeia Sai Cinza e três da Missão São Francisco (Apêndice D). Os casos constantes nos registros da Nova Karapanatuba já não residem mais nesta aldeia.

Tabela 10 - Características sociodemográficas dos depoentes dos itinerários terapêuticos, população Munduruku - Pará/Brasil, 2010.

Variável		n	%
Sexo	M	6	54,6
	F	5	45,4
Faixa etária	20-40	3	27,3
	41-60	5	45,4
	60 e +	3	27,3
Escolarizado	Sim	3	27,3
	Não	8	72,7
Ocupação	Servidor público	1	9,0
	Aposentado	3	27,3
	Trabalho remunerado temporário	3	27,3
	Outra Ocupação	4	36,4
Condições de moradia	PAREDE		
	Madeira	4	36,4
	Taipa	7	63,6
	TETO		
	Zinco	5	45,4
	Palha	6	54,6
	PISO		
	Chão batido	11	100
Nº de cômodos no domicílio	1 cômodo	5	45,4
	2 cômodos	6	54,6
História de contato de tuberculose	Sim	4	36,4
	Não	7	63,6

De acordo com a tabela 10, a participação de gênero foi equilibrada com 54,6% do sexo masculino e 45,4% do sexo feminino. A faixa etária dos depoentes ficou entre 20 e 84 anos, com predominância de 41 a 60 anos, e somente 27,3% sabiam ler e escrever. Em relação à ocupação, 27,3% exerciam trabalho remunerado temporário em garimpo, 27,3% eram aposentados, 9,0% ocupavam cargo público, portanto com renda permanente e 36,4% tinham outras ocupações, a exemplo de trabalhar na roça para subsistência.

Moravam em domicílios que possuem um (45,4%) e 2 (54,6%) cômodos, com parede de taipa (63,6%), teto de palha (54,6%) e piso de chão batido (100%).

Em relação à tuberculose, não se evidenciou experiência de tratamento anterior, sendo que 36,4% manifestaram ter tido contato com doentes na família.

Por ocasião das entrevistas foi possível conviver com os Munduruku, partilhar suas

rotinas e aprender algumas expressões da língua, fato que facilitou o convívio e a comunicação.

5.2.2 Os itinerários terapêuticos

Da análise dos *corpus* emergiram duas categorias que revelam as explicações dos depoentes para a tuberculose e os itinerários terapêuticos quando experienciam a doença. A primeira categoria diz respeito ao conhecimento sobre a doença, aos sintomas que identificaram no corpo e o entendimento sobre a transmissibilidade da patologia. No decorrer da análise foi possível identificar que esse conhecimento está revelado em duas vertentes opostas, o concreto e o abstrato.

A segunda categoria mostra a experiência vivenciada com a TB, caracterizando os itinerários terapêuticos estabelecidos na busca de solução para o adoecimento. Será apresentada em três dimensões: na experiência física, na experiência terapêutica e na experiência social.

Para melhor compreensão da relação estabelecida pelos Munduruku com a TB, faz-se necessário o entendimento prévio da lógica do adoecimento e da lógica da cura na perspectiva da dinâmica cultural do grupo, rechaçando as dicotomias entre o que é natural e sobrenatural, práticas nativas e práticas biomédicas, que dificultam a compreensão das escolhas e decisões dos sujeitos nos episódios de doença e nas opções de cura.

1ª CATEGORIA: O concreto e o imaginário da tuberculose

Nas aldeias pesquisadas, os Munduruku, explicaram a tuberculose de forma dual, ora com concretude, ora com abstração. O **concreto** é percebido nos relatos em que fazem associação da doença com os sinais e sintomas reconhecidos nos seus próprios organismos, dentre os quais as maiores frequências foram para as URs, dor no peito e tosse, comumente presentes em sintomáticos respiratórios de interesse para o diagnóstico da tuberculose:

> *A tuberculose é doença assim. . . tossir de noite, febre, dor no peito (MDK 11);*
>
> *A tuberculose é uma doença que tosse . . . tosse muito forte, dor no peito [...] (MDK 4).*

Mencionaram também outros sintomas, a exemplo de febre, catarro, escarro com sangue, gripe, emagrecimento, dor de cabeça, dor nas costas, os quais, não ocasionalmente, podem estar associados, porém com baixas frequências.

E mesmo quando disseram não saber o que é a doença, relacionaram-na com a

sintomatologia característica:

> *Não sei dizer o que é a tuberculose, só sei que vem com muita tosse (MDK 2).*

Alguns demonstraram apropriação de conceitos da medicina ocidental quando reconheceram a TB como um:

> *[...] vírus que uma pessoa pega através do espirro, do catarro, através dos talheres [...] (MDK 3).*

Outros estabeleceram relação com manifestações orgânicas inespecíficas, demonstrando desconhecimento tratar-se de uma doença infectocontagiosa, assim como da sintomatologia característica, quando dizem:

> *Tudo começou, primeiro assim, doer as pernas e foi subindo, aparecendo a tosse . . . não conseguia dormir à noite [...] (MDK 10)*;
>
> *Não sentia vontade de comer (MDK 9).*

Estas declarações remetem ao fato de terem desencadeado a doença posteriormente à identificação desses sinais/sintomas. A dificuldade para dormir, referida por MDK 10, poderia ser atribuída, por exemplo, aos episódios de tosse noturna, frequente em sintomáticos respiratórios. Da mesma forma, a inapetência, mencionada por MDK 9, que é resultado do quadro mórbido; mencionados, expressam a tuberculose, certamente, por representar significativa alteração no padrão de normalidade, em um momento anterior ao estabelecimento do diagnóstico da doença.

Foi possível ainda, identificar nos relatos associação da doença com o trabalho que exige grande esforço físico, peculiar à realidade de vida nas aldeias:

> *Eu senti tuberculose porque me arrebentei carregando tora de pau, carregando lenha (MDK 1);*
>
> *Eu peguei porque fui torrar farinha no forno quente [...] (MDK 9).*

Essa é uma percepção que é reflexo da história, em que se acreditava que o desgaste físico provocado por quaisquer motivos, inclusive pela exposição prolongada ao trabalho, seria capaz de desencadear a doença. Isso porque durante muito tempo a tuberculose esteve associada ao corpo fragilizado.

É importante referir que esses entendimentos manifestados pelos depoentes são específicos do grupo pesquisado, tendo em vista que o reconhecimento dos sinais de doença é feito de forma distinta de acordo com a cultura local, inexistindo universalidade, como no modelo biomédico, e que podem não estar relacionados diretamente à doença em si, devendo ser valorizados por ocasião da investigação de processos mórbidos.

No campo da **abstração**, os Munduruku, reconheceram ser a tuberculose:

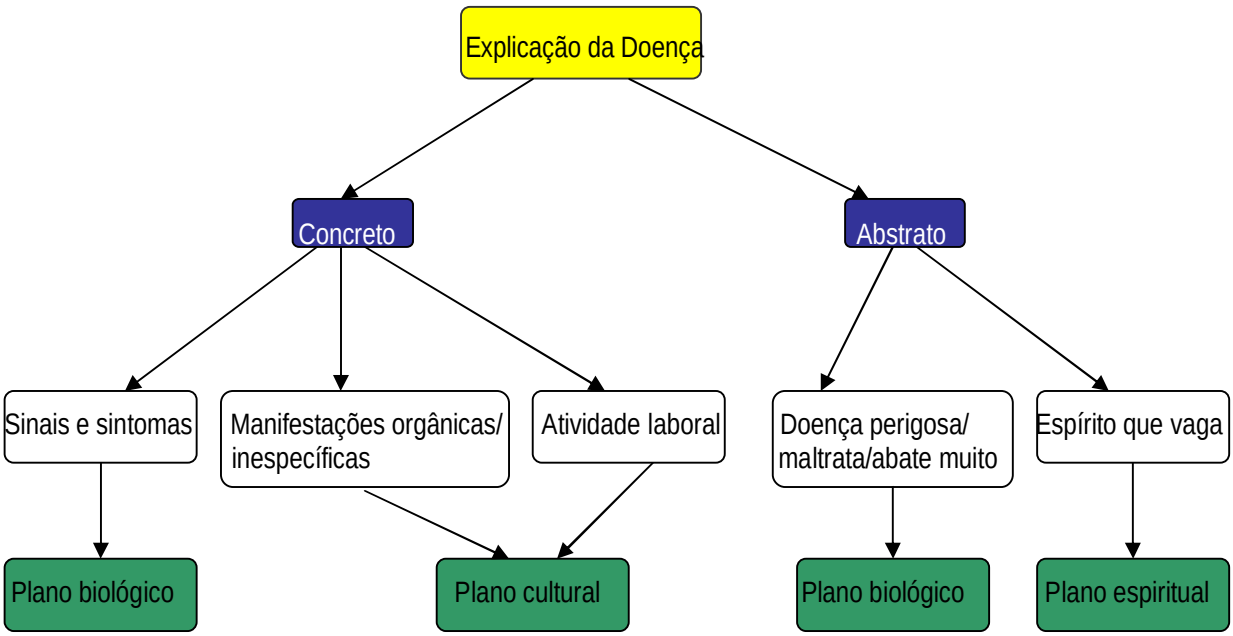
> *[...] uma doença muito perigosa (MDK 1);*
>
> *[...] doença que maltrata [...] doença que abate muito (MDK 6).*

Atribuíram-na, ainda que timidamente, à crença espiritual nativa, com o depoimento de que o espírito da pessoa, no período noturno, é capaz de sair do corpo, "vagar pelo mundo", e ao retornar, trazer consigo a doença, que poderá, posteriormente, se transformar em tuberculose. Esse é um depoimento que atribui a doença ao poder sobrenatural dos espíritos, e fortalece a figura do pajé, como líder espiritual, detentor de sabedoria segundo a crença local, portanto, somente ele é capaz de "descobrir" o quê o espírito foi fazer no mato:

> *Não sei por que peguei tuberculose, mas o espírito anda de noite no mundo e pega doença. E quando volta a gente adoece e depois se transforma em tuberculose [...] porque no mato o espírito pega doença. . .o pajé brabo também faz adoecer (MDK 5).*

As explicações dos depoentes para o adoecimento por tuberculose estão sintetizadas na figura 15.

FIGURA 15 - Explicação Munduruku para o adoecimento por tuberculose.



Fonte: Elaborado pela autora da pesquisa.

Em relação à transmissibilidade, a maioria dos depoentes informou desconhecimento acerca de como contraiu a doença, suscitando preocupação, em razão da ausência de conhecimento sobre medidas básicas de prevenção:

> *Não sei dizer não porque peguei essa doença [...] (MDK 2);*
>
> *Eu não sei como pega (MDK 9);*
>
> *Não sei como adoeci de tuberculose (MDK 11).*

E quando reconhecem ser uma doença com característica de contagiosidade, nem sempre a relacionam com a transmissão por via aérea, demonstrando compreensão equivocada ao mencionarem o adoecimento pelo uso concomitante de utensílios domésticos:

> *Finado marido tinha . . . peguei dele nas panela, nas colher (MDK 8);*
>
> *Peguei essa doença porque meu cunhado tinha . . . e eu sempre ia na casa dele tomar café, pegar colher . . . a gente come no mesmo prato, no mesmo talher [...] (MDK 3).*

Esse é um discurso que corresponde à reprodução de um pensamento que tem raiz nas concepções de contágio do final do século XIX, em que se acreditava na transmissão da tuberculose de forma indireta.

Dentre os relatos, foi ainda identificado situação de total negação de qualquer possibilidade de contágio, mesmo reconhecendo a presença de um doente no convívio intradomiciliar:

> *Não sei porque tive tuberculose. O Dionísio (marido) teve também. Mas não foi por isso que adoeci (MDK 4).*

Denota-se que na realidade Munduruku, a tuberculose é expressa de diversas formas, retratando o nível de compreensão de cada pessoa, principalmente no que se refere à forma de acometimento, o que se deve, provavelmente, ao nível de informação que cada um teve acesso, ou então pela posição que ocupa no grupo social ou ainda, pela crença individual. A interpretação que fazem a respeito da doença, certamente, é fruto da somatória de fatores fortemente influenciados pelo contexto cultural e pelo contato interétnico.

2ª CATEGORIA: **A tuberculose como experiência de doença**

A condição de estar ou ter estado doente permitiu aos depoentes expressarem a experiência vivenciada, de tal sorte, que possibilitou abstrair a realidade em três dimensões: a física, a terapêutica e a social.

A **dimensão física** corresponde à etapa em que a pessoa reconhece que foi acometida pela tuberculose. Expressa-se no sofrimento, na dor e na percepção de alguma anormalidade que atribuem à doença, tendo como referência a realidade de vida nas aldeias e a individualidade da pessoa:

> *Eu senti . . . dor no pulmão e zonzura na minha cabeça e falta de ar . . . e tosse sem parar (MDK 9);*

> *Tuberculose é doença com dor no peito, dor na costa, catarro, fraqueza (MDK 5);*
>
> *A tuberculose pra mim . . . eu já fiz tratamento, é uma doença muito perigosa que dói o peito, dói a cabeça, dá febre (MDK 1).*

A **dimensão terapêutica** está relacionada com as opções de cura estabelecidas, ou seja, as iniciativas adotadas para solução dos problemas identificados. Para isso, definem previamente onde buscar apoio, se junto à família, aos cuidadores não profissionais ou à equipe formal de saúde.

Nas aldeias estudadas essas opções se revelaram com dualidade de conduta, oscilando entre a valorização da cultura local e a pronta adesão à biomedicina, tendo em vista que alguns buscaram atendimento junto ao pajé e ao puxador do peito, espécie de curandeiro, rezador, e outros optaram pelo atendimento oferecido pelos profissionais do sistema de saúde formal, no posto da aldeia. Tais condutas caracterizam os itinerários terapêuticos por eles estabelecidos, correspondentes aos setores popular e profissional do modelo terapêutico proposto por Kleinman (1980), e expressam a forma individualizada de decisão, porém vinculada à realidade sociocultural e à disponibilidade de serviços de saúde.

Nos depoimentos obtidos, chama atenção a forte credibilidade atribuída pelos indígenas ao setor formal de saúde, onde a maioria dos sujeitos optou pelo atendimento no posto de saúde da aldeia, em detrimento das práticas tradicionais, tanto nos casos de suspeita de tuberculose, como em situações diversas de adoecimento:

> *Quando a família adoece, primeiro a gente procura o posto de saúde pra não ter problema com a gente (MDK 3);*
>
> *Quando tem gente doente em casa toma remédio do posto (MDK 5);*
>
> *Aqui na aldeia quando alguém adoece vai lá nas irmãs (Posto de Saúde) e ela dá remédio.O pessoal da saúde que fica lá são muito bom. Eles dão remédio pra gente (MDK 4).*

Muito embora não tenha médico nas aldeias, são atraídos pelos remédios que existem em grande quantidade e diversidade, e que são disponibilizados pela equipe de enfermagem ou mesmo pelo ACS ou AIS.

Os depoentes creditaram ao enfermeiro a possibilidade de resolver os problemas relacionados com a doença, ou mesmo amenizar o sofrimento. Essa identificação, acredita-se que se deve ao fato de este ser o único profissional com formação superior que tem permanência constante nas aldeias:

> *Quando a gente adoece a pessoa que nós procuramos é a enfermeira da Funasa por que nós só temos ela [...] a assistência médica que nós temos*

são elas e os agentes de saúde (MDK 9).

A assistência médica é oferecida somente no hospital municipal na cidade de Jacareacanga, para onde os índios são encaminhados quando necessário.

Apesar da incompletude da EMSI, implícita nos depoimentos, a enfermagem tem atribuição definida em todas as medidas de controle da doença, devendo levantar informações clínicas, epidemiológicas e sociais dos casos suspeitos, solicitar exames para esclarecimento de diagnóstico clínico e iniciar tratamento com esquema básico de TB, observando os dispositivos legais da profissão e as normativas técnicas do MS (BRASIL, 2010e).

Pelos depoimentos obtidos, a ação prioritária da enfermagem reside na administração da terapêutica medicamentosa, o que nos parece insuficiente como referência para a prática assistencial, essencialmente a um povo com peculiaridades culturais.

O tratamento para tuberculose é realizado em sua totalidade na cidade de Jacareacanga, com a permanência do doente e seus familiares na Casai, onde faz o Tratamento Diretamente Observado (TDO). O fato de se afastarem da aldeia durante os seis meses preconizados para o tratamento, pode justificar a conduta dos indígenas de utilização exclusiva do esquema terapêutico específico para sua recuperação.

Após o início do tratamento, reconheceram melhora dos sintomas, além de identificarem em si desfechos positivos do processo de recuperação da doença, como ganho de peso, maior disposição para o trabalho e mais apetite para se alimentarem, além do restabelecimento emocional:

> *Quando comecei tomar o remédio me sentir melhor, ganhei peso [...] (MDK 4);*
>
> *[...] comecei a me sentir mais alegre, com mais apetite para comer e fazer as atividade de trabalho (MDK 6).*

O acompanhamento ao doente é feito, na sua integralidade, pela equipe de enfermagem, que dispensa o medicamento, acompanha a ingesta das doses, encaminha para realização dos exames de controle e orienta a necessidade da vinda da aldeia de todos os contatos para serem examinados. Entretanto, em relação às orientações a serem dadas aos doentes, foi identificado nas URs que não lembraram ou não souberam dizer quais informações haviam recebido. E os que manifestaram algum conhecimento, ainda assim, mencionaram medidas dispensáveis, que não oferecem impacto na eficácia do tratamento e no controle da doença tais como:

> *Não fazer esforço, não pegar sol, não pegar frio (MDK 1);*
> *Usar prato e copo próprio (MDK 3);*
> *Não comer certos tipo de comida, não andar no sol, não pegar chuva (MDK*

9).

Excepcionalmente, identificaram-se depoimentos que mencionaram ter recebido informação a respeito do tempo de duração do tratamento, e da necessidade de trazer os contatos da aldeia para serem examinados.

A despeito da preferência pelo atendimento no posto de saúde, foi possível identificar crença no sistema tradicional de cura ao procurarem o pajé, o puxador do peito, fazerem uso de remédio do mato, além das práticas milenares da cultura indígena como defumação e aplicação de compressas. Essa busca pelos recursos disponíveis nas aldeias, tanto ocorreu de forma preferencial como também concomitante com a oferta biomédica. E mesmo nesses casos, em que priorizaram as práticas nativas, o itinerário terapêutico não se esgotou nessa instância, tendo em vista que o sistema formal de saúde foi utilizado como segunda possibilidade de busca de tratamento:

> *Quando adoece alguém da família, primeiro procura o pajé, aí depois se não melhora procura a farmácia (do posto de saúde da aldeia). Quando adoeci do peito, primeiro procurei o puxador do peito (espécie de curandeiro, rezador), depois o pajé . . . e não melhorei . . . e depois a enfermeira (MDK 10);*
>
> *Quando alguém aqui na minha família adoece, a gente procura é o pajé [. . .] quando não resolve, a gente procura o posto de saúde. (MDK 2).*
>
> *Quando adoeci de tuberculose, nos primeiros sintomas procurei o pajé . . . e continuei fazendo as sessões, melhorei . . . aí depois atacou forte mesmo, e o jeito foi se encaminhar para posto de saúde (MDK 6).*

É importante ressaltar que embora seduzidos pela biomedicina, não abandonaram por completo os especialistas locais, não oficiais, no caso específico, o pajé e o puxador do peito, que integram a esfera popular do sistema terapêutico de Kleinman (1980). Ao utilizarem os recursos disponíveis nas aldeias, fortalecem as práticas tradicionais de cura, caracterizando uma modalidade de itinerário terapêutico, que tem seu início marcado pela valorização da cultura local com a busca de soluções na sabedoria popular. Entretanto, se não encontram resultado favorável nesse setor, aderem de prontidão aos recursos da medicina ocidental, ingressando no setor profissional.

Portanto, dentre os achados, destaca-se a presença da crença nativa, independente do itinerário terapêutico estabelecido, visto que, mesmo optando majoritariamente pelo atendimento junto ao sistema formal de saúde, os indígenas não apagaram de suas mentes a figura do pajé como autoridade de cura. É um líder espiritual, uma referência cultural, essencialmente, para os mais velhos e para as pessoas com menor grau de contato interétnico.

A **dimensão social** se revelou nas relações familiares e comunitárias estabelecidas por ocasião do tratamento específico para tuberculose. Majoritariamente, os depoentes referiram não ter experienciado atitude preconceituosa no curso do tratamento, muito embora alguns tenham expressado o desconhecimento, por parte dos que ficaram na aldeia, sobre a doença a que estavam acometidos.

É igualmente importante fazer referência que alguns sujeitos relataram ter percebido diferença entre o comportamento dos parentes e amigos que residem nas aldeias e aqueles que moram na zona urbana. Os urbanizados ao tomarem conhecimento que se tratava de um caso de tuberculose, adotaram conduta com atitudes preconceituosas:

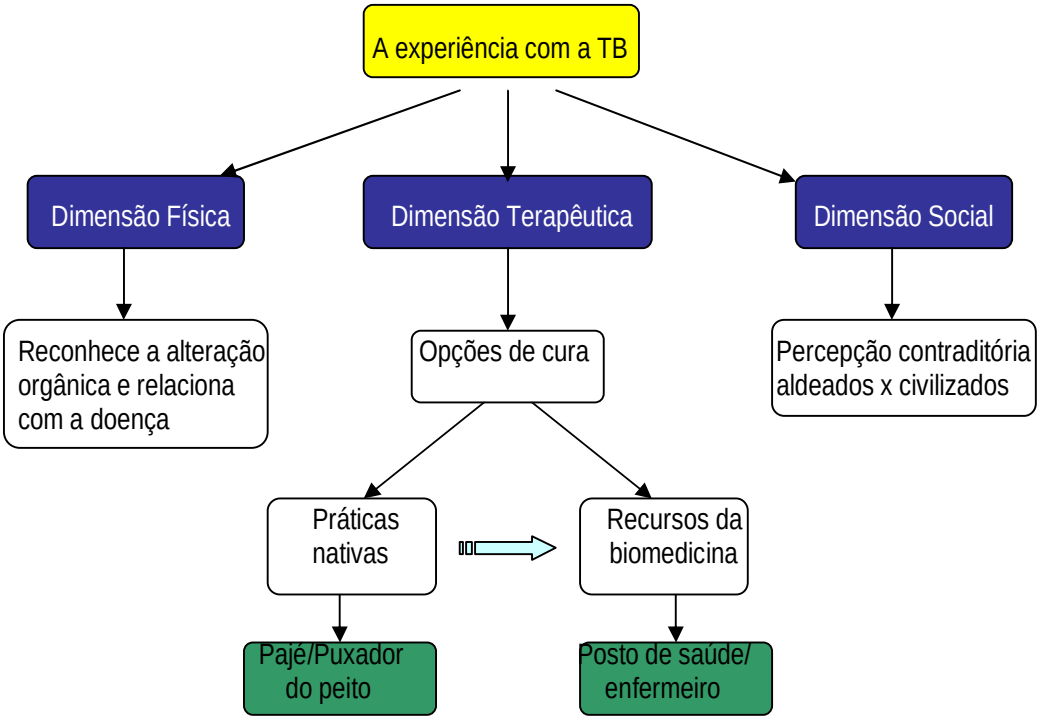
> *Quando estava com tuberculose, minha família, meus parentes ficaram perto de mim, e não tiveram medo, mas outros ficaram assim, afastados de mim, . . . ficaram com medo porque eu tava doente, com tuberculose . . . é muito perigoso mesmo. Foram os parentes e amigos meus "civilizados", de fora da aldeia, os da aldeia, não (MDK 1).*

A experiência dos Munduruku nessa dimensão é fortemente influenciada pelo regime imposto, de transferência do doente para a Casai Jacareacanga, desde a fase de esclarecimento do diagnóstico, permanecendo até a conclusão do tratamento. O afastamento da aldeia durante os seis meses que correspondem ao período do tratamento é determinante para justificar o desconhecimento por parte do restante da família, amigos e vizinhos, embora não haja a intenção de esconder o quadro mórbido.

Durante a convivência nas aldeias foi possível perceber uma convivência familiar e comunitária desprovida de preconceitos em relação à doença, compatível com o modo de vida dos Munduruku, em que os espaços familiares e comunitários são partilhados por todos, em ambiente, via de regra, harmonioso.

A experiência dos Munduruku com a tuberculose está sumarizada na figura 16.

FIGURA 16 - Experiência dos Munduruku com a tuberculose.



Fonte: Elaborado pela autora da pesquisa.

CAPÍTULO 6 DISCUSSÃO

Aldeia Nova Karapanatuba

Os dados foram discutidos em separado, primeiramente, os relativos à abordagem epidemiológica, que caracterizam a presença da TB nas aldeias, e em seguida aqueles que explicam o adoecimento e os itinerários terapêuticos Munduruku. A opção por essa forma de apresentação se justifica pela especificidade dos conteúdos, com possibilidades de explorar o componente qualitativo, além da complementação da análise epidemiológica.

Os dados obtidos referentes aos itinerários terapêuticos são discutidos conjuntamente à luz do Sistema Terapêutico de Arthur Kleinman e da abordagem de cuidado transcultural de Madeleine Leininger, comparando os resultados encontrados com outros achados produzidos junto à populações indígenas, essencialmente a respeito da tuberculose. A opção por Kleinman (1980) se justifica para melhor compreensão dos itinerários terapêuticos dos indígenas ao experienciarem a doença, e Leininger (1978, 1988) por que oferece subsídios teóricos que fundamentam a prática de enfermagem baseada nas relações e significados culturais.

6.1 A CONSTATAÇÃO DA TUBERCULOSE NAS ALDEIAS MUNDURUKU

A participação mais expressiva no estudo foi dos indígenas residentes nas aldeias Missão São Francisco e Sai Cinza, entretanto, é importante ressaltar que, considerando a população residente em cada aldeia, a inclusão se deu equitativamente com cerca de 50% a 65% do total de habitantes de cada uma das comunidades, o que permitiu o estudo do fenômeno de forma mais homogênea, tendo em vista a proporcionalidade do número de moradores de cada localidade na composição da amostra.

A aldeia com maior quantitativo de participantes no estudo, absoluta e relativamente, foi a Missão São Francisco, atribuível ao fato de ser a mais distante do perímetro urbano, cerca de 14 horas de navegação em barco-voadeira motor HP 40, o que torna mais difícil o deslocamento das pessoas para a cidade, e conta ainda com a agravante de não haver transporte disponível para locomoção dos indígenas, sendo as únicas voadeiras, as da Funasa, exclusiva para as necessidades de saúde, e dos religiosos. Assim sendo, os indígenas quando precisam ir à Jacareacanga aproveitam viagens programadas pelas instituições. A voadeira da Funai nem sempre está disponível, e segundo relato dos moradores, enfrenta dificuldades para sua manutenção. Embora um ou outro morador seja possuidor de embarcação tipo rabeta –motor HP 15, dificilmente é utilizado para viagens muito longas.

A despeito da predominância masculina na população de referência, 4008/3593 (BRASIL, 2010a), as mulheres se constituíram maioria na amostra estudada, certamente devido a maior permanência nos domicílios. Da mesma forma, em relação a faixa etária, mais

da metade tem menos de 15 anos de idade, distanciando dos dados oficiais divulgados pelo IBGE (BRASIL, 2010c), cuja população indígena brasileira nesse grupo etário é de 41,8%.

A baixa escolarização é reflexo, possivelmente, do longo período de descaso das autoridades do setor educacional, sem uma política pública eficaz voltada para esses povos, dificultando o ingresso no sistema formal de ensino.

Atualmente, é ofertado o ensino fundamental regular nas quatro aldeias, contemplando a política oficial de universalização dessa etapa de ensino no Brasil, sendo que o nível médio é disponibilizado somente em regime modular, durante o mês de julho, exclusivamente, na aldeia Sai Cinza, por oferecer melhores condições de acesso e alojamento, abrigando estudantes de toda a etnia. Os cursos oferecidos são o Técnico em Enfermagem, Magistério e Agro-ecologia, que contam com 210 alunos matriculados.

A Constituição Federal de 1988, dentre outros reconhecimentos que faz aos povos indígenas, anuncia a importância da "educação escolar indígena diferenciada", regulamentada pela Resolução nº 3 de 10/11/1999 – CNE, contribuindo para mudar a relação do Estado com esses povos. Nas duas últimas décadas, evidenciaram-se ações afirmativas em algumas Universidades e outras Instituições de formação superior, como por exemplo, a Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO), a Universidade Federal do Amazonas (Ufam), a Universidade do Estado do Amazonas (UEA) (BANIWA, 2006), e mais recentemente a Universidade Federal do Pará (UFPA) e a Universidade Federal do Oeste do Pará (Ufopa), que a partir de 2010 passaram a destinar vagas específicas para indígenas nos seus diversos cursos (PARÁ, 2010b).

Essa é uma política que, certamente, contribuirá para redução das desigualdades entre indígenas e não indígenas, possibilitando ingresso no mercado de trabalho, *a priori*, nas próprias aldeias. A dependência financeira vem se intensificando entre os Munduruku, que precisam adquirir alimentos como sal, açúcar e café, além de sabão, roupas e utensílios domésticos. Uma situação que fortalece a lógica monetária no cotidiano indígena.

Nesse sentido, a concessão de benefícios e de empregos públicos no âmbito das aldeias passou a se constituir uma alternativa para obtenção de rendimentos, configurando explícita dependência do poder público. Dentre os benefícios, o Programa Bolsa Família se constitui, na atualidade, como a maior possibilidade de acesso à renda. Nas aldeias estudadas os numerários oriundos do Programa são considerados como renda da mulher, portanto, uma compreensão equivocada, visto que, segundo a Lei 10.836 de 9 de janeiro de 2004, trata-se de uma transferência de renda do Governo Federal com condicionalidades descritas no art. 2º, regulamento II que define os beneficiários como unidades familiares que se encontram em

situação de pobreza e extrema pobreza e que tenham em sua composição gestantes, nutrizes, crianças entre zero e doze anos ou adolescentes até quinze anos.

Define ainda os três eixos principais, que são: transferência de renda para alívio imediato da pobreza; condicionalidades para reforçar o acesso a direitos sociais básicos nas áreas da educação, saúde e assistência social; e programas complementares visando o desenvolvimento das famílias de modo que os beneficiários consigam superar a situação de vulnerabilidade. A realidade que permeia a vida nas aldeias e a falta de alcance pelos indígenas das finalidades do programa devem servir de alerta para os órgãos públicos gerenciadores da estratégia.

Os Munduruku sofrem as consequências de um processo histórico de degradação cultural e ambiental, resultando na dificuldade para exercer suas atividades de caça, pesca e coleta para subsistência. O processo de transformação por eles vivenciado é perceptível não só na alteração da rotina no dia-a-dia nas aldeias e nas mudanças dos hábitos, mas, inclusive nas características e disposição das moradias, que ao longo dos tempos vêm incorporando aspectos de espaço urbano planejado, acredita-se, fruto do convívio com a sociedade envolvente.

Em relação à tuberculose, confirmou-se uma doença presente nas aldeias estudadas, com prevalência pontual de 82,4/100.000 habitantes, portanto, acima dos índices encontrados no ano de 2009 no país, que foi de 37,41/100.000 habitantes e no estado do Pará, de 47,72/100.000 habitantes (BRASIL, 2010b), porém semelhante aos achados em outras etnias, essencialmente da Amazônia brasileira, que alcançaram valores acima da média nacional (ESCOBAR, 2001; GARNELO et al, 2003; LEVINO; OLIVEIRA, 2007; BASTA et al, 2006a), num cenário de grande especificidade cultural, em que os sujeitos do estudo demonstraram entendimentos diversos a respeito da doença.

A alta incidência da tuberculose em populações indígenas vem sendo explicada por diversos fatores, dentre eles o contato com o não índio, a deterioração da qualidade de vida, a ausência de busca ativa e o abandono frequente do tratamento específico para TB (FIGUEIROA, 2000; BUCHILLET; GAZIN, 1998). Essas explicações se coadunam com a realidade Munduruku à exceção do abandono, visto que realizam tratamento na Casai Jacareacanga, onde passam a residir durante os seis meses previstos para integralização do esquema terapêutico.

Embora os resultados das investigações apontem para essas taxas elevadas, estudo realizado junto a dezenove crianças e adolescentes indígenas Suruí apontaram discordância de conduta em 52,6%, com “cinco tratamentos iniciados, sem que houvesse elementos suficientes para firmar o diagnóstico de TB” (BASTA et al, 2010, p. 722). Tais achados incrementam, de

forma positiva, as taxas de incidência da doença, superestimando-as, podendo induzir à políticas públicas equivocadas.

Não houve positividade nas baciloscopias do escarro, diferindo da expectativa do MS, de BAAR positivo no exame direto em 65% do total de casos pulmonares com idade superior a 15 anos, e 20% dos casos pulmonares em menores de 15 anos (BRASIL, 2010d; 2010e). Vale ressaltar que esses percentuais estão projetados para a população em geral, não havendo estudo que aponte a previsão de ocorrência de casos para populações indígenas, por forma clínica e faixa etária.

Historicamente, a comprovação diagnóstica pela baciloscopia do escarro em índios sempre foi considerada como difícil, sob justificativa de dificuldades em se obter material de qualidade para realização do exame. Se há procedência, não cabe abordar, porém, os dados oficiais de descoberta de casos (PARÁ, 2010a) têm mostrado que os números encontrados são diferentes dos previstos epidemiologicamente tanto na distribuição das formas, com maior número de casos negativos, como também na incidência, com taxas mais elevadas do que as da população em geral.

As aldeias Munduruku se situam em locais de difícil acesso, em um município com a menor renda *per capita* do país no ano de 2007 (BRASIL, 2010c), portanto, com inúmeras limitações na oferta de serviços de saúde. Embora a gestão da saúde nas aldeias seja do Dsei, o diagnóstico sistemático de TB é feito na rede do SUS, mais especificamente, no hospital municipal.

Ao longo dos tempos, os diagnósticos sem confirmação bacteriológica sempre foram atribuídos aos próprios indígenas, sob alegação de serem não colaborativos na coleta de escarro, obscurecendo as fragilidades dos serviços de saúde ofertados a esses povos.

Machado-Filho (2008), ao encontrar expressivo número de BAAR negativo em indígenas de São Gabriel da Cachoeira, atribuiu-o, possivelmente, à coleta inadequada do escarro e à falta de qualificação técnica para identificação do bacilo. Entretanto, adotaram-se neste estudo algumas estratégias para prevenir tais situações, com capacitação prévia dos técnicos de laboratório, e garantia de orientação pré-coleta a todos os sintomáticos respiratórios.

Baruzzi et al (2001), ao estudarem a tuberculose junto aos Panará (Kreen-Akarôre), examinaram sintomáticos respiratórios com pesquisa direta no escarro pela coloração Zielh-Neelsen, cujos resultados foram todos negativos. Na sequência da investigação, confirmaram-se nove casos da doença, na forma pulmonar, respaldados em achados clínicos e radiológicos. Portanto, faz-se necessário estudo mais detalhado a respeito das formas clínicas mais

prevalentes em populações indígenas.

Diferente de outros estudos (BASTA et al, 2004; LEVINO; OLIVEIRA, 2007; MACHADO-FILHO, 2008), não foi encontrado casos em menores de 15 anos, muito embora a população apresente um perfil jovem, com 60% em idade inferior a 20 anos. Para fins de planejamento na rede de saúde pública, o MS prevê que do total de pessoas diagnosticadas portadoras de tuberculose em uma comunidade, 5% sejam menores de 15 anos (BRASIL, 2010d; 2010e).

A confirmação de MTB na cultura se deu em uma única cepa, de um indivíduo com idade superior a 50 anos, remetendo-nos a pensar na possibilidade de maior exposição das pessoas adultas e mais velhas, ou mesmo, atribuir ao aumento da população nessa faixa etária. Resultados de estudos realizados no Brasil com população não indígena, para avaliar a transição etária da incidência da doença (CHAIMOWICZ, 2001) e a mortalidade por tuberculose (MISHIMA; NOGUEIRA, 2001) indicaram o deslocamento da doença para faixas etárias mais avançadas, e atribuiu o fato ao possível crescimento populacional desse grupo.

Os sintomáticos respiratórios identificados corresponderam a 5,8% da amostra estudada, portanto superior aos valores operacionais definidos pelo MS (BRASIL, 2010d), de 1% para a população geral, anunciando percentual de 4% para comunidades indígenas. O SR constitui um grupo prioritário para encontrar portadores de tuberculose, definido pelo MS como os “indivíduos com tosse por tempo igual ou superior a três semanas” (BRASIL, 2010d, p.18). Assim sendo, estes precisam ser identificados com prontidão e submetidos à baciloscopia no escarro, sendo-lhes imprescindível a acessibilidade aos serviços de saúde estruturados.

Os números encontrados apontam a necessidade de as unidades de saúde das aldeias estabelecerem estratégias para identificarem e examinarem todos os SR existentes nessas comunidades. Nesse sentido, Nóbrega et al (2010), ao analisarem as ações de busca ativa de SR no Dsei Potiguara no Estado da Paraíba, apontaram a fragilidade do serviço, com a identificação do SR restrita à demanda espontânea.

Preocupados com a mesma questão, recentemente, um grupo de pesquisadores brasileiros (SCATENA et al, 2009) realizou um estudo de forma multicêntrica, em população de não índios, e confirmou ser o serviço de saúde um fator dificultador para o acesso ao diagnóstico precoce da tuberculose. O estudo apontou ainda, a necessidade de reestruturação da rede do SUS relativo às ações do PCT. Embora esse estudo tenha sido realizado num cenário adverso da realidade indígena, é possível estabelecer analogia dos achados com os serviços de saúde disponibilizados nas aldeias estudadas, em que o exame do SR é realizado na

cidade de Jacareacanga, constituindo fator de retardamento do diagnóstico da doença.

Para tanto, o serviço deve realizar busca ativa de SR, além de estabelecer estratégias educativas, no sentido de conferir autonomia aos indígenas para identificação precoce de sintomas indicativos da doença. Dessa forma, poderão buscar atendimento no posto de saúde o quanto antes, autocuidar-se e cuidar daqueles com quem convivem.

Um aspecto importante a considerar nesta pesquisa é o fato de os depoentes reconhecerem a presença da tuberculose pela tosse e dor no peito, podendo ser um fator motivador para buscarem o serviço de saúde ante a menor suspeição de adoecimento, e dessa forma favorecer o diagnóstico precoce.

Em que pese estarmos estudando um grupo culturalmente diferenciado, acredita-se na factibilidade de um plano, com ações de saúde que associem as práticas da biomedicina com os valores da cultura local, presentes na conduta Munduruku no dia-a-dia nas aldeias. Há que se ressaltar a necessidade de aliar esse processo educativo à estruturação dos serviços de saúde disponibilizados nas aldeias, de modo a responder favoravelmente a essa demanda.

A infecção tuberculosa latente se mostrou crescente com a idade, proporcionalmente, fortalecendo a ideia de maior exposição das pessoas com mais idade. Esse é um dado que indica tratar-se de infecção natural, tendo em vista que a alergia tuberculínica induzida pela vacina BCG reduz progressivamente com a idade (EASON, 1987), e que na rotina do serviço, a vacinação ocorre no primeiro ano de vida, geralmente logo após o nascimento. A condição de estar infectado pelo MTB se constitui fator relevante para desencadear a doença, essencialmente na presença de nova carga bacilar (BRASIL, 2010d).

Na rotina Munduruku, a maior exposição dos adultos se dá, possivelmente, pela intensidade do contato que ocorre tanto entre as aldeias como também na cidade de Jacareacanga. Costumam visitar parentes e amigos, e se deslocam para receber numerários, assistência à saúde, além de outras necessidades, permanecendo por vários dias e até semanas, visto que dependem de disponibilidade de transporte para retorno.

A avaliação da infecção tuberculosa latente sofre interferência direta de alguns fatores, tais como: elevadas taxas de adoecimento por TB, presença de micobactérias ambientais, resposta orgânica ao MTB e vacinação prévia com BCG (ARANTES et al, 1976; RUFFINO-NETTO, 1976). Dentre os fatores mencionados, a vacinação prévia com BCG, tem sido cuidadosamente avaliada na indução da positividade à PT. Nesse sentido, estudo realizado junto aos indígenas Suruí de Rondônia (BASTA, 2005), avaliou a reação de hipersensibilidade ao teste antes e após a estimulação com a vacina BCG, identificando conversão na ordem de 54,4% dos indivíduos que apresentavam reações < 5mm no teste pré-vacinal e que passaram a

exibir reação ≥5mm no teste pós-vacinal.

Ainda em populações indígenas Escobar et al (2004), utilizando estratégia semelhante, também avaliou a resposta à PT em momentos pré e pós estímulo vacinal, encontrando resultados semelhantes.

Neste estudo, a prevalência de infecção tuberculosa para reações ≥10 mm foi de 22,0% (IC 95% 19,7%-24,5%) num grupo populacional em que 94,4% (236/250) foram previamente vacinados com BCG. Os valores encontrados são inferiores àqueles evidenciados por Basta (2005), de 33,5% (IC95% 29,9%-37,3%), ao aplicar o mesmo método (convencional - reações ≥10 mm) na avaliação da hipersensibilidade à PT. Embora não tenhamos utilizado a mesma metodologia com estímulo vacinal prévio ao teste, foi feita averiguação de cicatriz da vacina BCG.

Vale a pena ressaltar que, o quadro de endemicidade da TB no país levou à adoção de medidas de controle de forma universal, dentre elas a vacinação com BCG logo após o nascimento, o que certamente, concorreu para a prevalência de vacinados encontrada nas aldeias estudadas (91,9%). Entretanto, o tempo decorrido entre o estímulo vacinal e a testagem com a PT pode ser considerado um fator importante para comparação dos achados.

Nas aldeias estudadas, chama a atenção a grande percentagem de leituras inferiores a 5 mm, correspondente a 62,7% que, se forem somadas às leituras ditas duvidosas, entre 6 mm e 9 mm, alcançam 78,0%, em pessoas com prevalência de vacinados com BCG na ordem de 91,2% (807/885). Achados aproximados constam em estudo realizado junto a escolares no Estado de São Paulo, com valores de 64,7% para as mesmas faixas de leituras (RUFFINO-NETTO, 1976).

Amarante et al (1999) em estudo realizado nas etnias Karajá e Tapirapé, encontraram prevalência de 54,0% em leituras inferiores a 5 mm, com cobertura vacinal de 87,0%. Da mesma forma, Escobar et al (2004), em investigação junto aos Pakáanova de Rondônia identificaram 58,4% de reações abaixo de 5 mm, em período posterior à vacinação com BCG.

Os achados deste estudo, à guisa de outras pesquisas, conforme dito anteriormente, sugerem que a sensibilidade encontrada pode ser atribuída à infecção natural, e não à vacina BCG, embora fique registrado que tal fato não questiona a eficácia da imunização.

Como exame complementar de rastreamento da TB, foi realizado raios x de tórax naqueles identificados com sintomas respiratórios e/ou resultado de PT ≥ 10mm, cuja análise revelou a presença da doença nas aldeias, expressa pelas lesões em atividade e pelas sequelas, configurando doença atual e doença pregressa. Dentre os diversos achados a maior frequência

foi para as lesões nodulares (30,6%), diferente dos resultados encontrados nos Suruí (BASTA et al, 2006b; BASTA et al, 2010) em que houve predominância das condensações não homogêneas, infiltrados e calcificações.

O caso confirmado MTB apresentou padrão radiológico com infiltração em lobo superior direito, corroborando o diagnóstico clínico. Em relação aos dois possíveis casos de micobactérias não tuberculosas, somente um realizou o exame radiológico, com resultado de lesões múltiplas em ambos os pulmões.

6.2 A CONVIVÊNCIA COM A TUBERCULOSE

A explicação Munduruku para o adoecimento se deu de forma múltipla, permeada pela cultura local e pelo saber adquirido com a convivência interétnica, sustentado na biologia, na cultura e na crença nativa. Esse entrelaçamento de saberes retrata a subjetividade humana e a objetividade do mundo social e cultural (HALL, 2002) que caracteriza o modo de vida nas aldeias. Para Helman (2009), o sentido da doença é determinado pelo contexto de sua ocorrência, do qual fazem parte as “dimensões sociais, culturais e psicológicas do problema de saúde” (p. 115).

As explicações no plano biológico, identificadas quando os indígenas relacionaram sinais/sintomas com determinada doença, coadunam-se com estudos que vem sendo desenvolvidos por pesquisadores da área da saúde e da antropologia (LANGDON, 1995; CANESQUI, 2003; HELMAN, 2007, 2009), em que apontam o reconhecimento de doença, por indivíduos ou grupos, a partir das manifestações corporais. Portanto, embora os depoentes não tenham expressado a TB como uma doença, a reconhecem nos sinais/sintomas característicos, a exemplo de tosse e dor no peito.

Não raro no meio Munduruku, é a atribuição ao adoecimento, a alterações orgânicas que não exibem nenhuma relação com a doença, como “dor nas pernas”, com a interpretação de que esta dor seja capaz de fazer um movimento ascendente no corpo, alcançar o peito e desencadear a tosse, fazendo surgir a doença. Essa é uma forma de retratar o adoecimento com sobreposição dos aspectos culturais aos biológicos, uma abordagem presente nos estudos de Kleinman (1980) ao explicar a doença como um processo, que ao ser experimentado tem seu significado elaborado em bases culturais e sociais, relegando o caráter biológico para um segundo plano.

Nesse sentido, Canesqui (1998, 2007), considera que a doença pode ser reconhecida a partir de um conjunto de sensações corporais e pela construção dos significados no grupo social. Esses significados são resultantes das diversas interpretações estabelecidas a

partir de uma experiência de vida real.

Diferente da interpretação biomédica, nas sociedades indígenas, o adoecimento, como algo resultante de processos biológicos, não acontece isoladamente, mas sim como uma sucessão de fatos que se originam dentro do próprio grupo, envolvendo a cultura, as relações sociais e as forças externas, que ao interagirem causam desordens físicas, psicológicas e econômicas. Langdon (1995) considera que a pessoa adoece em razão de uma somatória de fatores que incluem as relações interpessoais, a organização social, o meio ambiente, que são desencadeados principalmente pelo contato, extrapolando os limites da biologia. Entende a doença como um processo subjetivo retratado na experiência vivenciada pela pessoa, com forte vínculo ao contexto cultural.

Essa subjetividade está presente nos Munduruku ao reconhecerem a TB no sofrimento desencadeado pelo processo patológico sem, entretanto, identificar qualquer sinal ou sintoma no organismo. Atribuem-na a um sentimento de dor profunda, caracterizando o que Lins (2008) chama de doença-sujeito, presente em situações nas quais a doença passa a ser relacionada com a vivência subjetiva do sofrimento.

Nos Munduruku, ainda se faz presente a crença espiritual nativa, embora pouco expressiva, com a explicação de que a pessoa pode contrair a TB pela ação dos espíritos ou do "pajé brabo", portanto, uma construção feita no imaginário (LINS, 2008), sem demonstrar compreensão da transmissibilidade da doença. Situação semelhante foi encontrada em estudo a respeito das representações, práticas e demandas de saúde, realizado junto aos Baníwa, em que atribuíram a tuberculose à ação de inimigos, relacionando-a com a colocação de substâncias venenosas em alimento, bebida, objetos pessoais ou orifícios do corpo, ou então, a cânticos/rezas enviadas pelos inimigos com o intuito de causar o mal (GARNELO; WRIGHT, 2001).

Resultados distintos foram encontrados junto aos Xavánte (WELCH; COIMBRA Jr, 2011), em que a tuberculose foi explicada pela crença nativa e pela etiologia microbiana. Os Xavánte acreditam que seja possível uma pessoa "ser enfeitiçada e, depois, passar a doença para outra por meio de micróbios" (p. 191). Embora considerem o feitiço como o agente causador da doença, admitem a presença de um agente etiológico, diferente dos Munduruku que atribuem o adoecimento aos espíritos ou ao "pajé brabo", sem reconhecer o mecanismo de contágio.

As explicações míticas dos depoentes fortaleceram o entendimento dicotômico espírito-corpo e a crença nas forças espirituais do mal. Na cultura local o "pajé brabo" é um inimigo que causa doenças, dentre outros malefícios que podem atingir um indivíduo, um

grupo ou mesmo, à coletividade. Essa dissociação entre corpo e espírito deve ser compreendida e respeitada pela equipe de saúde, essencialmente pela enfermagem, de modo a prestar cuidados em harmonia com os valores e crenças do grupo (LEININGER, 1988). Nesses casos, a intervenção é, prioritariamente, dos especialistas locais, a exemplo do pajé. Essa dualidade é da mesma forma presente na medicina ocidental, com práticas separatistas de corpo e mente (HELMAN, 2009).

Embora se identifique semelhança na interpretação dicotômica pessoa/corpo, tanto pelo pajé como pelos profissionais da biomedicina, as explicações para o adoecimento são estabelecidas de forma distinta nos sistemas popular e profissional, respectivamente, resultando em tratamentos diferenciados, tendo em vista que o pajé é um especialista local e os profissionais da biomedicina constituem a equipe formal de saúde.

Explicações de cunho mágico-religioso também estão presentes nas situações de negação de qualquer possibilidade de adoecimento em que, na cultura indígena, a doença é uma manifestação negativa das forças sobrenaturais. Portanto, é uma ação de inimigos, jamais atribuível a familiares.

A tuberculose é uma doença transmissível, causada pelo MTB, cuja principal fonte de disseminação é o doente bacilífero, apresentando maior incidência nas camadas mais pobres da população, acometendo preferentemente pessoas que vivem em situação de maior pobreza e exclusão social, sob maior risco nutricional, em ambientes aglomerados e sem acesso aos cuidados adequados de saúde (HELMAN, 2007, 2009; RUFFINO-NETTO, 2004).

Nas aldeias estudadas, é quase que imperceptível o entendimento da tuberculose como uma doença infectocontagiosa, o que deve ser levado em consideração no desenvolvimento das ações educativas junto a esses povos, especialmente pela enfermagem, por serem os únicos profissionais da equipe de saúde que permanecem nas comunidades indígenas.

As várias explicações Munduruku para a TB fortalecem dois aspectos importantes: o processo de transformação que vem ocorrendo na etnia ao longo dos tempos e a individualidade no reconhecimento da doença. Essa forma de conceber o adoecimento a partir da individualidade é defendida por Kleinman (1980) ao ressaltar a necessidade de valorizar a ótica do doente. Do mesmo modo, Helman (2007, 2009) afirma que, dentro de um determinado grupo, sob as mesmas influências, os comportamentos são individualizados, visto que as pessoas reagem de forma diferente, tanto para expressar as alterações orgânicas como para relacioná-las a determinada patologia.

O processo de transformação ao qual estão sendo submetidos os Munduruku

acredita-se, ser fruto da forte influência do contato com a população urbana do município, pela freqüência com que visitam a cidade de Jacareacanga por motivos diversos. Denota-se um movimento de interculturalismo, com a substituição gradativa das explicações para o adoecimento, visível na apropriação de conceitos da medicina ocidental em detrimento daqueles de sua cultura. Esse processo de mudança observável é explicado por Hall (2002) pelo diálogo contínuo estabelecido com mundos culturais diversos, capaz de modificar o que ele chama de "eu real". É perceptível uma transicionalidade já descrita para outros grupos rurais amazônicos, a exemplo de ribeirinhos, quilombolas e até mesmo, as populações caboclas (SILVA, 2006).

Os múltiplos entendimentos se refletem nas opções de cura, ou seja, nos itinerários terapêuticos em que buscam solução para suas inquietações. É uma trajetória de busca estabelecida a partir da constatação da doença, defendida por Alves e Souza (1999, p.134) como uma "coleção sintética de projeções individuais", na qual está implícito o curso do tratamento futuro. Para estabelecimento dos itinerários terapêuticos há uma decisão e posteriormente, uma ação. A decisão nada mais é que o diagnóstico definido por si próprio, pela família ou com a ajuda de especialistas dos setores informal e profissional. E a ação são as opções de cura que podem ter seu início no âmbito familiar, com a participação dos parentes mais velhos nas escolhas terapêuticas, ou com a consulta às autoridades locais, ou ainda, na busca de soluções junto aos profissionais da equipe de saúde. Este processo de tomada de decisão é determinante para o desfecho favorável em caso de adoecimento, devendo a enfermagem, por meio de cuidados culturais, ajudar às pessoas ou grupos a identificarem suas necessidades (LEININGER, 1988).

Alves e Souza (1999), consideram que os grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de tratamento, sustentado na premissa de que cada pessoa ou mesmo cada grupo resolve seus problemas de saúde de forma singular, de forma única, com base em uma realidade, em um contexto sociocultural. Destaca ainda que, as escolhas estão intimamente relacionadas com o nível de complexidade do meio social, tendo em vista que nas sociedades mais modernas e mais complexas, os indivíduos têm mais possibilidades de escolha em razão da maior diversidade na oferta de serviços de saúde e do maior acesso ao tratamento de doenças.

Diferente da trajetória explicitada por Kleinman (1980), os achados desta pesquisa revelaram que os Munduruku estabelecem seus itinerários terapêuticos, preferencialmente, em dois setores: o popular e o profissional. O popular é evidenciado quando, por ocasião do adoecimento, elegem o pajé e o puxador do peito como os agentes de cura, que são os

especialistas locais presentes nas aldeias, considerados por Leininger (1978) como cuidadores que integram o sistema de saúde e bem estar tradicional. E o setor profissional é caracterizado quando buscam, prioritariamente, o enfermeiro, o técnico/auxiliar de enfermagem, o ACS ou o AIS.

Os indígenas que têm seus itinerários terapêuticos iniciados no setor popular, ao reconhecerem a necessidade de outras opções terapêuticas migram para o profissional. Essa atitude comprova que as práticas da biomedicina são utilizadas para tratamento da tuberculose, independente de serem escolhidas de prontidão ou *a posteriori*. A busca por outros tratamentos não significa perda de credibilidade nas práticas nativas de cura, reflete os significados construídos a partir da realidade local. É nesse contexto que se dão o tratamento e a cura, podendo ser permanentemente negociados.

Considerando ser a tuberculose uma doença transmissível, a procura inicial pelo pajé, certamente irá retardar o diagnóstico da doença, postergando o início do tratamento e mantendo assim, por mais tempo, uma fonte de infecção na comunidade. Desse modo é essencial a ação da equipe de enfermagem no sentido de não permanecer como expectadora aguardando o momento de decisão do indígena, mas, ser capaz de intervir, para abreviar o diagnóstico e, consequentemente, o início do tratamento e a recuperação do doente, e dessa forma proteger as demais pessoas do seu convívio. Essa intervenção deverá se dar num nível de *negociação* sem negar os valores culturais, a crença e o modo de vida (LEININGER, 1978).

Os Munduruku não fazem superposição de tratamentos, não utilizam recursos terapêuticos de dois sistemas, concomitantemente, quando são acometidos pela TB. Comportamento diferente foi encontrado por Conklin (1994) ao estudar o povo Wari' (Pakaanóva), concluindo que fazem uso de medicamentos ao mesmo tempo em que seguem as recomendações do xamã, porque não vêem antagonismo entre os sistemas médico tradicional e ocidental. A atração pela medicina ocidental foi apontada por Langdon (1994), ao considerar que a partir do momento em que os índios têm acesso aos recursos da biomedicina, ficam fascinados de tal forma que, não mais utilizam as práticas simplificadas para redução dos danos no organismo.

No presente estudo, apesar da busca preferencial pelo setor profissional proposto por Kleinman (1980), muitas limitações se impõem na condução de um caso com suspeição de tuberculose nas aldeias, envolvendo uma série de questões culturais e de logística. As culturais se devem a formação biomédica da equipe de enfermagem, e as de logística, à falta de suporte laboratorial para realização da baciloscopia do escarro, ou mesmo para coleta de material nas aldeias, obrigando o deslocamento do doente e sua família para a Casai Jacareacanga, onde

permanecem durante todo o período de tratamento.

A eficácia comprovada do esquema terapêutico leva os indígenas a reconhecerem o quadro de melhora clínica logo após o início do tratamento, tendo em vista que fazem a modalidade TDO, uma estratégia que assegura a realização do tratamento de forma regular, diferente da situação identificada em estudos junto aos Suruí de Rondônia (BASTA, 2004), em que o indígena fica responsável pelo seu tratamento, sem que a equipe consiga se certificar se realmente tomou todas as doses. Portanto, em que pese à retirada do doente da aldeia durante todo o período do tratamento, fica-lhe assegurado o cumprimento do esquema terapêutico, muito embora, certamente, com muitos danos culturais.

Nesse sentido, Leininger (1988) alerta para a necessidade de agregar cuidados humanísticos aos cuidados científicos, de modo a valorizar as experiências vivenciadas, o comportamento e os sentimentos das pessoas. Aliado ao cuidado cultural devem ser asseguradas as recomendações técnicas para o cumprimento das normas protocolares previstas pelo PNCT.

Um aspecto preocupante que remete à ação da enfermagem é o fato de os depoentes não conseguirem mencionar qualquer orientação que receberam ou deveriam ter recebido durante o tratamento. É uma questão que merece análise cuidadosa, visto que, reconhecidamente, os discursos dos profissionais de saúde “produzem sentido para as classes populares, apesar de sua reinterpretação” (CANESQUI, 2003, p.120). É, portanto, uma lacuna que evidencia a ausência do enfermeiro como educador; na atenção básica em saúde só terá sentido uma prática educativa com o respeito à diversidade cultural, conferindo autonomia aos indígenas para decidirem sobre suas condutas, sem imposições das práticas higienistas. Trata-se de medidas importantes e até decisivas para a recuperação do doente, assim como para proteção dos que com ele convive.

O processo de educação em saúde aos Munduruku deve atentar não só para os aspectos técnicos e operacionais do PCT, tais como regularidade na tomada das drogas, período de tratamento, controle laboratorial, exame de contatos e hábitos saudáveis de vida, mas também, para a especificidade cultural. Este é um grande desafio para os profissionais que têm o modelo clínico presente “no pensar e no fazer” saúde (TEIXEIRA, 2001, p. 134), criando uma visão reducionista do processo de adoecer e ter saúde. Nesse sentido, devem adotar como ponto de partida para a ação educativa, a realidade vivida nas aldeias, tornando-se necessário acercarem-se de subsídios teóricos para compreender o significado dos discursos verbalizados e mesmo das comunicações não verbalizadas, de modo a discernir o nível em que se encontra a fala da pessoa (HIGGINS, 1988).

A estratégia adotada pelo Dsei de manutenção do doente durante todo o período do tratamento na Casai não exclui a necessidade de orientá-lo, assim como aos seus familiares. A ida do doente para a Casai não é sinônimo de isolamento, mas uma alternativa para suprir a fragilidade do sistema de saúde local, que até então, não foi provido das condições necessárias de estrutura e recursos humanos para realização do tratamento nas unidades de saúde localizadas dentro das aldeias.

O desafio de cuidar nessas circunstâncias pode ser apoiado em Leininger (1988) que aponta a necessidade de manutenção do cuidado de enfermagem, com ações que sejam capazes de ajudar os indígenas no processo de adaptação pessoal e familiar durante todo o tempo em que permanecem fora da aldeia, preservando os hábitos alimentares, o modo de se relacionar e interagir e etc, evitando assim que, sejam seduzidos pelo estilo de vida urbanizado e ao retornarem para a aldeia, levem novos hábitos, especialmente alimentares.

A retirada do doente das aldeias e o pouco conhecimento dos Munduruku a respeito da transmissibilidade da TB, acredita-se, são fatores determinantes para a ausência de atitudes discriminatórias no interior das comunidades, visto que o medo de adoecer poderá constituir um fator desencadeante de preconceito individual ou coletivo. O preconceito em relação à tuberculose tem raiz na história da doença, que remonta ao período do desconhecimento científico do agente etiológico e, consequentemente, à forma de combate. Nesse sentido, Bertolli Filho (2001) considera que o medo da doença foi grandemente alimentado pela literatura, que fomentou a discriminação dos doentes sob rótulos diversos, como por exemplo, “enfraquecidos do peito”, “tísicos”, ao mesmo tempo em que disseminou representações negativas sobre os que tinham seus corpos e suas trajetórias de vida afetadas pela tuberculose.

Um achado interessante foi a percepção de alguns depoentes de atitudes contraditórias entre aldeados e urbanizados, apontando para uma possível influência do meio social na incorporação de novas condutas e valores. Entretanto, Heller (2000) defende a ideia de que o preconceito esteja vinculado ao contexto histórico e se constitui uma alternativa, uma livre escolha, determinada pela visão de mundo da pessoa ou grupo, independente do seu grau de universalização. E mais ainda, responsabiliza cada um, individualmente, por suas atitudes preconceituosas.

No decorrer do estudo algumas limitações foram evidenciadas, porém, sem comprometer os resultados. Uma foi a amostra, visto que as aldeias que se constituíram cenário da pesquisa foram escolhidas em razão de serem as mais populosas, portanto, de conveniência. Considerando que a tuberculose é transmitida pelo contato direto a partir de uma fonte de infecção, os aldeados com menor grau de contato poderão apresentar um quadro

epidemiológico da doença diferente do encontrado. Há que se ressaltar ainda a inclusão no estudo somente de indígenas que se encontravam presentes nas aldeias por ocasião da coleta dos dados, podendo resultar num viés de seleção.

Outra limitação se refere aos sujeitos, falantes da língua Munduruku, configurando barreira linguística, tendo em vista que parte das entrevistas foram mediadas por intérpretes, comprometendo a plena interação entre o entrevistado e o entrevistador. A necessidade foi maior no caso das mulheres, que têm mais dificuldade para se comunicar na língua portuguesa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E ENCAMINHAMENTOS

Abrigo às margens do rio Tapajós

A magnitude da TB nas aldeias estudadas se expressa pelo alto percentual de sintomáticos respiratórios identificados, acima do previsto operacionalmente pelo MS, pela presença da tuberculose latente e pela confirmação de caso da doença em atividade. O cenário encontrado nas aldeias corrobora a singularidade cultural esperada.

O modo de vida particular dos Munduruku remete à histórica relação da TB com as condições socioeconômicas da população. A realidade encontrada nas aldeias se mostrou favorecedora para a disseminação da doença, com habitações fechadas, escuras e úmidas, desprovidas das condições mínimas de salubridade, baixa renda, difícil acesso à alimentação e, acima de tudo, desconhecimento a respeito das medidas de controle, essencialmente, do mecanismo de transmissão da doença. Fortalece esse quadro o hábito de vida gregária, com ajuntamento de famílias em um único domicílio, além da intensa mobilidade espacial favorecendo o contato.

A presença da TB em populações indígenas, assim como a precariedade de vida nas aldeias têm se mostrado de forma semelhante nas várias etnias que vêm sendo estudadas. As elevadas taxas de adoecimento e o ambiente que concorre para a perpetuação da doença têm sinalizado para as autoridades sanitárias em nível nacional, regional e local a necessidade de rever as estratégias de identificação de SR, diagnóstico e tratamento de doentes e controle de sadios nas comunidades indígenas.

Assim, os dados epidemiológicos encontrados nesta pesquisa eram, de certa forma, esperados, e no conjunto dos povos indígenas, deixa de constituir um achado inusitado, embora pioneiro na etnia e no Estado. Os resultados nos levaram à constatação de que a TB é, à semelhança do que ocorre em outros povos, um problema presente entre os Munduruku, com possibilidades evidentes de alcançar taxas bem mais elevadas, em razão da vulnerabilidade social e da fragmentação operacional nas ações de controle da doença.

Dessa forma, os objetivos estabelecidos para esta pesquisa foram alcançados, confirmando-se a tese de que o contexto cultural influencia no adoecimento, assim como na recuperação dos doentes de tuberculose, dadas as condições de vida nas aldeias e os itinerários terapêuticos mediados pela crença nativa e pela biomedicina.

O expressivo número de sintomáticos respiratórios identificados e examinados, inclusive crianças ratifica a necessidade de repensar a operacionalização do serviço nas aldeias, de modo a priorizar a busca sistemática por toda a equipe de saúde. Esta é uma ação prioritária para detecção de casos, recomendada pelo MS, a ser desenvolvida rotineiramente, tanto na demanda espontânea, por ocasião dos atendimentos no posto de saúde, como nas visitas domiciliares ou mesmo em atividades comunitárias.

Muito embora as ações de controle da TB estejam implantadas no âmbito do Dsei, identifica-se uma contradição, visto que a equipe de saúde não faz busca ativa de SR na rotina do serviço. São identificados por procura espontânea ou em situações de casualidade, o que é uma prática temerosa porque a motivação para o indígena buscar atendimento é, principalmente, a inquietação resultante da tosse e dor no peito, nem sempre reconhecida como suspeição da doença, podendo ainda passar despercebido pela equipe de saúde. Em ambas as situações a consequência é a demora para realização do exame e, consequentemente, a identificação de casos, fazendo-se essencial a presença atenta da equipe de saúde.

A procura espontânea representa uma ameaça ao controle da doença, tendo em vista que as explicações Munduruku para a TB são diversificadas. Relacionam com a tosse e a dor no peito, mas também explicam pela crença nativa. E nestes casos, a opção primeira para solução do problema é o pajé ou puxador do peito em detrimento do atendimento no posto de saúde. É presente aqui uma situação desfavorável, duplamente fortalecida: a identificação do SR pela procura espontânea, portanto assistemática, potencializada pelo fato de ser um seguimento da sociedade com grande peculiaridade cultural em que as pessoas demonstram entendimentos diversos a respeito da doença.

Soma-se a essa situação o agravante da não realização de pesquisa de BAAR, ou mesmo coleta de escarro nas aldeias, obrigando ao deslocamento do indígena para a cidade de Jacareacanga. Este é um fato que ocasiona alguns desdobramentos desfavoráveis, tais como, o retardamento do diagnóstico, a possibilidade de intensificação do contágio, além das alterações na rotina de toda a família e no padrão cultural, tendo em vista que a saída da aldeia se dá, em companhia dos familiares.

A identificação do SR é uma ação que não se esgota em si. A não incorporação da busca ativa de forma prioritária nas atividades rotineiras nas aldeias compromete, inclusive, a consecução das demais ações. Trata-se de uma cadeia de procedimentos que devem ser desenvolvidos conforme norma ministerial para assegurar o controle da doença. Para tanto, faz-se necessário compreender que identificar SR significa não apenas investigar a presença de tosse com expectoração, mas, assegurar as etapas que se sucedem, correspondentes à coleta do material e realização dos exames.

Um aspecto positivo favorecedor ao exame de SR é o fato de os Mundururku se mostrarem receptivos à coleta de escarro, pois participam de forma colaborativa, mesmo nos casos que exigem maior independência para obtenção da amostra. Identifica-se ainda, que embora tenham demonstrado pouco conhecimento sobre a TB, a relação que estabelecem com a tosse e a dor no peito é algo importante a ser explorado em ação educativa, e assim obter

colaboração efetiva dos indígenas quando acometidos por sintomas respiratórios, podendo ainda tornarem-se vigilantes com parentes e vizinhos. Não se trata de transferência de responsabilidades, mas, de uma somatória de esforços, para melhor controle da doença. O trabalho educativo junto aos indígenas poderá levar à mudança de conduta, no sentido de procurarem o posto de saúde ante a menor suspeição da doença, tornando-os autocuidadores de sua saúde, o que não substitui a ação da equipe de profissionais.

Nas aldeias estudadas, a TB se confirmou pela identificação do bacilo após seu isolamento em cultura bacteriológica. Houve positividade para BAAR em três amostras, com confirmação para MTB em apenas uma, as outras duas permaneceram inconclusivas, com indícios de tratar-se de micobactérias ambientais. Nessa situação, duas questões importantes devem ser valorizadas: a primeira diz respeito ao fato de serem SR, devendo ser melhor investigada a ocorrência de sintomas na presença dessas micobactérias, após descartar a presença de MTB. A segunda se refere à coexistência de MTB e outras micobactérias não tuberculosas, um quadro que deve ser observado atentamente, em razão da possibilidade de estabelecerem um novo perfil epidemiológico nas aldeias estudadas.

O reconhecimento da TB pelos Munduruku é correspondente a um sistema cultural particular, que revela o momento histórico vivido, com associação de saberes nativos e saberes adquiridos. Há um misto de explicações para a doença, com predominância do conhecimento biomédico. Demonstram credibilidade à crença nativa, porém pouco a utilizam para explicar a doença.

São fortemente atraídos pelos recursos oferecidos pela medicina ocidental, especialmente, os remédios. Mesmo as pessoas mais velhas que demonstraram maior conhecimento e vínculo com as práticas nativas, se renderam à biomedicina. Este é um fator importante para o tratamento da tuberculose em que a ingestão diária das drogas é fundamental para o alcance da cura. Muito embora seja insuficiente para o controle da doença no âmbito das aldeias, carecendo de associação às medidas educativas subsidiadas pelo cuidado cultural de enfermagem para produzir um estado de saúde favorável, tendo em vista serem os únicos profissionais de nível superior que permanecem nas aldeias.

A convivência Munduruku com a TB remonta a décadas passadas, comprovada nos registros, de modo particular na Aldeia Missão São Francisco, onde nos anos 70, em razão da ocorrência de um surto da doença, foi desenvolvida uma ação verticalizada, numa parceria do Estado com o MS para diagnosticar casos, iniciar tratamento e avaliar o grau de infecção tuberculosa nos aldeados.

A realização de exame complementar por meio de radiografias do tórax permitiu

identificar lesões sugestivas tanto de doença em atividade como de doença do passado, ratificando que a tuberculose se faz presente nessas aldeias desde tempos remotos. A análise radiológica revelou ainda imagens características de outras doenças pulmonares, que devem ser valorizadas em investigação clínica. Os raios x de tórax são importantes para auxiliar no diagnóstico de TB, essencialmente, em crianças e sintomáticos respiratórios negativos ao exame baciloscópico. O acesso limitado a esse recurso constitui um entrave na detecção de casos, devendo ser assegurado na rotina do serviço em razão do alto percentual de BAAR negativo encontrado.

Embora as diretrizes do PNCT sejam claras e amplamente divulgadas não são operacionalizadas na sua totalidade nas aldeias Munduruku. A não observação às ações estabelecidas e estratégias preconizadas, dicotomiza a prática em saúde e fragiliza o cuidado de enfermagem. Uma realidade potencializada pela falta de alinhamento do trabalho em saúde às bases culturais da etnia. Muito se tem dito a respeito da necessidade de contemplar a diversidade étnica nas práticas de saúde aos indígenas, entretanto, efetivamente, não se tem observado avanços. A autonomia conferida ao Dsei para planejar as ações de saúde em consonância com o diagnóstico local, ainda está longe de responder satisfatoriamente.

A infecção tuberculosa latente se mostrou mais prevalente nas pessoas com idade mais avançada, possivelmente, pelos hábitos de vida Munduruku, visto que os adultos têm maior convivência fora da aldeia por motivos diversos. Há que se ressaltar as condições de moradia favoráveis à disseminação do MTB, podendo contribuir para o aumento dessa prevalência, essencialmente, na presença de uma fonte de infecção. Os resultados apontam ainda para uma situação capaz de alterar esse panorama, que é o expressivo percentual de testes negativos encontrados, passíveis de não corresponderem ao quadro de infecção latente real em razão da avaliação ter sido feita de forma pontual.

No que se refere aos itinerários terapêuticos estabelecidos pelos Munduruku, estes, em sua maioria, perpassam pelos subsistemas popular e profissional do Modelo proposto por Kleinamn sem, entretanto, ocorrer nessa linearidade. A partir do momento em que identificam as alterações orgânicas, buscam alternativas que oscilam entre a crença nativa e os recursos do sistema formal de saúde disponíveis nas aldeias. A procura pelo pajé e pelo puxador do peito constitui atitude de fortalecimento da religiosidade e das práticas tradicionais, além de legitimar o saber desses líderes, reconhecendo-os socialmente.

Não há regra estabelecida para a definição dos itinerários terapêuticos. Cada indígena constrói o seu em função das suas concepções, sua visão de mundo, seu acúmulo de informações. Assim, alguns percursos são mais aproximados da biomedicina, enquanto que

outros valorizam mais o saber local. Tudo isso determinado pelo grau de envolvimento com a sociedade envolvente e pelo nível de acesso à informação inclusive, no sistema formal de ensino. Os Munduruku com maior escolaridade exibem um discurso mais distanciado de sua cultura étnica, um fato importante para subsidiar a avaliação da política educacional, que contempla em suas diretrizes o fortalecimento dos valores e crenças nativas.

Desse modo, é possível visualizar um sistema de saúde local constituído por especialistas leigos e profissionais da EMSI, essencialmente o enfermeiro, reconhecido pelos indígenas como uma referência na assistência à saúde. Essa credibilidade deve servir de estímulo aos enfermeiros para pensarem um corpo de conhecimentos sobre o fenômeno de cuidar Munduruku, capaz de alcançar a promoção da saúde dos sadios, a prevenção do adoecimento, principalmente dos contatos, e a recuperação da saúde daqueles já diagnosticados como portadores de TB. O cuidado para manutenção da saúde deve contemplar hábitos saudáveis de vida, a vacinação como medida de proteção à saúde, a evolução da doença, o período de tratamento, a tomada das drogas, a transmissibilidade, além das medidas de proteção para os contatos, tudo isso vinculado à perspectiva cultural sem imposição de medidas higienistas.

Na atualidade, as práticas de saúde nas aldeias são desenvolvidas a partir de uma demanda direcionada pelo Dsei, com forte preocupação de alcance de metas, dificultando maior investimento às necessidades de saúde dos aldeados. O trabalho ainda é permeado por ações verticalizadas, nos moldes das campanhas sanitárias, inclusive para identificação de casos de TB. Os cuidados de enfermagem são desvinculados da singularidade cultural Munduruku. O enfrentamento da TB nas aldeias exige o desenvolvimento de práticas assistenciais/educativas, que sejam resolutivas, com o manejo adequado do doente, seus contatos e toda a coletividade. Para tanto, a EMSI, de modo especial o enfermeiro, deve se apropriar de saberes, que lhe permita conhecer melhor os indígenas em todas as suas dimensões, em busca de uma ação mais integradora, com alcance no plano social e humano, portanto, além do biológico e da clínica.

O enfermeiro deve abraçar o desafio de desenhar sua ação com foco no cuidado cultural, e dessa forma estará inaugurando uma nova modalidade de assistir à saúde desses povos, distanciada das práticas verticalizadas e atitudes impositivas que caracterizam o atual modelo. O trabalho em saúde constitui um espaço importante para preservação cultural, e a ação da enfermagem é decisiva, na medida em que atua quase com exclusividade nas aldeias.

Deve o enfermeiro atentar para um fato importante na dinâmica dos itinerários terapêuticos identificados, que é a participação dos especialistas locais, o pajé e o puxador do

peito, nos processos de cura. Esses líderes podem ser inseridos nas ações de controle do PCT, necessitando para isso, serem orientados para identificação do SR e encaminhamento ao Posto de Saúde, reduzindo o tempo para diagnóstico da doença. Essa é uma ação que exige estratégia de abordagem adequada para capacitação desses agentes de cura. Não se trata de tentativa de negação da crença local, mas abreviar o tempo decorrido entre a busca pelo setor informal e a migração para o profissional.

Após o estabelecimento do diagnóstico de TB, os indígenas se afastam do sistema tradicional de cura, e seus percursos passam então, a serem definidos pelo sistema formal de saúde, com o enfermeiro à frente do processo. Esse afastamento pode não ser intencional, mas imposto pela política vigente no âmbito do Dsei de deslocamento do indígena portador da doença para a Casai, onde permanece, pelo menos, durante os seis meses de tratamento.

Muito embora permaneçam em um espaço físico restrito, numa situação quase de confinamento, a ação de enfermagem tem priorizado o cumprimento da terapêutica medicamentosa, em detrimento das práticas educativas em saúde. Essa é, pois uma conduta que tem raiz na formação profissional, distanciada da realidade das aldeias e das necessidades regionais de saúde, fortalecida pela ausência de uma política de capacitação específica no âmbito do serviço, que privilegie o relacionamento interétnico e a singularidade cultural.

Entretanto, essa não é uma questão inusitada, mas algo ansiado e debatido há bastante tempo, sempre acompanhada de severas críticas ao processo de formação na área da saúde, especialmente, na enfermagem e na medicina. E remete à urgente necessidade de repensar as estruturas curriculares, essencialmente, da região norte do país, de modo a contemplar a realidade da Amazônia brasileira com seus principais problemas de saúde. Deve, ainda, orientar à formação, o perfil socioeconômico da população, o quadro nosológico, os diversos grupos étnicos e à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, tendo em vista a existência de pessoas vivendo em comunidades com número reduzido de moradores, e que, por sua vez, se encontram distanciados, consideravelmente, uns dos outros e dos centros urbanos.

Soma-se a esse cenário o modelo de atenção à saúde vigente, que não privilegia as características socioculturais da demanda e reflete a própria formação biologicista hegemônica presente no setor, tornando-se necessário, repensar o SUS no atendimento às demandas de saúde desses povos.

É vital para uma prática resolutiva em saúde coletiva, o entrelaçamento das várias disciplinas das ciências sociais, entre si, e com as outras que fazem interface, não cabendo mais a ação especializada e dicotômica que desqualifica a assistência na sua integralidade. A antropologia da saúde deve se constituir na base de conhecimentos para direcionar não só as

ações de controle da tuberculose, mas também, o planejamento do setor saúde, assegurando o diferencial necessário para assistir esses povos. E o aporte teórico de Leininger é fundamental para o cuidado cultural de enfermagem. Para tanto, é imperioso aliar o perfil epidemiógico da tuberculose encontrado nas aldeias à diversidade étnica e regional, e assim alcançar maior qualidade nas práticas de saúde indígenas.

A ilustração seguinte (Figura 17) oferece subsídios para o desenvolvimento do cuidado de enfermagem culturalmente significativo.

FIGURA 17- Proposta esquemática para subsidiar o cuidado cultural de enfermagem nas ações controle da TB.

Fonte: Elaborado pela autora da pesquisa.

Para fins de contribuição apresento alguns encaminhamentos: prover as unidades de saúde das aldeias de infraestrutura necessária para coleta de escarro e realização de BAAR no local; implantar a busca ativa de SR na rotina do serviço com envolvimento do AIS, ACS;

implantar a cultura para BAAR no âmbito do município ou mesmo do Dsei; inserir os especialistas locais nas ações do PCT, visando à identificação de SR e encaminhamento ao Posto de Saúde; prover as aldeias de equipes multidisciplinares de saúde; estabelecer um programa de capacitação profissional nas ações do PCT para toda a equipe de saúde permeado pela antropologia da saúde.

Estudos complementares precisam ser desenvolvidos, a exemplo das estratégias a serem adotadas nas práticas educativas em saúde, com o suporte das tecnologias; a interrelação do saber local com o modelo clínico; e o acesso às ações de saúde na atenção básica, na média e alta complexidade, vislumbrando melhor qualidade de vida, assim como à autonomia dos indígenas nos processos decisórios em saúde.

Referências

ALBERT, B. A fumaça do metal: história e representações do contato entre os Yanomami. **Anuário Antropológico** 89: 151-189,1992.

ALCÓOLICOS ANÔNIMOS, 2010. Disponível em: <http://www.alcoolicosanonimos.org.br/modules.php?name=Conteudo&pid=6.> Acesso em: 22 nov. 2010.

ALVES, P.C.; SOUZA, I.M. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M.C.M.; ALVES, P.C.; SOUZA, I.M.A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

AMARANTE, J. M.; COSTA, V.L.A.; SILVA, F.A. Sensibilidade tuberculínica e vacina BCG entre os índios do Araguaia – MT/1997. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v. 7, n. 1 p. jan./jun. 1999.

ARANTES,G.R.; RUFFINO-NETTO, A.; NASSAR, J. Interpretação da sensibilidade tuberculínica em população do interior do Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública,** v.10, n. 3, p. 219-226, 1976.

BANÍWA, G. Desafios da escolarização diferenciada. In: RICARDO, B.; RICARDO, F. (Eds.). **Povos indígenas no Brasil:** 2001-2005. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006.

BARTOLOMÉ, M.A. As etnogêneses: velhos atores e novos papéis no cenário cultural e político. **MANA**:estudos de antropologia social**,** v. 12, n. 1, p. 39-68, 2006.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** 4 ed. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARBOSA, F. **Mercúrio e chumbo afetam dieta das populações ribeirinhas do Pará.** Biblioteca Virtual em Saúde Pública Brasil. Disponível em: < http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/materia/index.php?origem=5&matid=22610.> Acesso em: 13 nov.2010

BARUZZI, R.G. et al. Saúde e doença em índios Panará (Kreen-Akarôre) após vinte e cinco anos de contato com o nosso mundo, com ênfase na ocorrência de tuberculose (Brasil Central). **Cadernos de Saúde Pública,** v. 17, n. 2, p. 407-412, mar./abr. 2001.

BASTA, P.C. et al. Aspectos epidemiológicos da tuberculose na população indígena Suruí, Amazônia, Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 37, n. 4, p. 338-342, 2004.

BASTA, P.C. et al. Detection of Mycobacteirum tuberculosis in sputum from Suruí Indian subjects, Brasilian, Amazon. **Memória do Instituto Oswaldo Cruz**, v. 101, n. 6, p. 581-584, Sept. 2006 a.

BASTA, P.C.; ALVES, L.C.C.; COIMBRA JUNIOR, C.E.A. Padrões radiológicos da tuberculose pulmonar em Indígenas Suruí de Rondônia, Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 39, n. 2, p. 221-223, mar./abr. 2006 b.
BASTA, P.C. et al. Estudo Cínico-Radiológico de crianças e adolescentes indígenas Suruí,

Região Amazônica. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 43, n. 6, p. 719-722, nov./dez., 2010.

BASTA, P.C. **A tuberculose entre o povo indígena Suruí de Rondônia, Amazônia, Brasil.** 2005. Tese (Doutorado em Saúde Pública)– Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://servicos.capes.gov.br/capesdw/resumo.html?idtese=20057903101001600 2P6>. Acesso em: 09 maio 2008.

BECK, C.L.C.; GONZALES, R.M.B.; LEOPARDI, M.T. Técnicas e procedimentos de pesquisa qualitativa. In: LEOPARDI, M.T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Florianóplois: Pós-graduação em Enfermagem/ UFSC, 2002.

BERTOLLI FILHO, C. **História social da tuberculose e do tuberculoso:**1900-1950. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

BRABO, E.S. et al. Níveis de mercúrio em peixes consumidos pela comunidade indígena de Sai Cinza na Reserva Munduruku, município de Jacareacanga, Estado do Pará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 325-331, abr./jun. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena-SIASI. 2010 a. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/internet/desai/sistemaSiasiDemografiaIndigena.asp.> Acesso em: 20 dez. 2010.

_____ . Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. 2010 b. Disponível em: www.saude.gov.br/svs). Acesso em: 30 jan. 2011.

_____ . Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2010 c. Disponível no site: http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1. Acesso em: 09 fev. 2011.

_____ . Ministério da Saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: DF, 2010 d.

_____ . Ministério da Saúde. **Tratamento Diretamente Observado (TDO) da Tuberculose na Atenção Básica:** protocolo de enfermagem, 2010 e. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/original_tdo_enfermagem_junho_2010.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2011.

_____ . Ministério do Desenvolvimento Social, 2010 f. Disponível em: http://www.mds.gov.br/bolsafamilia. Acesso em: 25 nov. 2010.

_____ . Lei nº 5.371, de 05 de dezembro de1967. **Fundação Nacional do Índio**. Brasília, DF, 1967.

_____ . Lei nº 6001, de 19 de dezembro de 1973. **Estatuto do Índio**. Brasília, DF, 1973.

_____ **.** Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado, 1988.

_____ . Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Brasília, DF, 1990.

_____ . Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde-SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.** Brasília, DF, 1990.

_____ . Lei 9836, de 24 de setembro de 1999. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília, DF, 1999.

_____ . Resolução nº 3, de 10 de novembro de 1999. **Fixa diretrizes nacionais para o funcionamento das escolas indígenas e dá outras providência.** Brasília, DF, 1999.

_____ . Lei 10.836, de 9 de janeiro de 2004. **Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências**. Brasília: DF, 2004.

_____ . Presidência da República. **Decreto nº 6.878, de 18 de junho de 2009**. Brasília, DF, 2009.

_____ . Presidência da República. Decreto, 26 de fevereiro de 2004. **Demarcação de território Munduruku.** Brasília, DF, 2004.

_____ . Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2009. Disponível em: <http//www.funasa.gov.br/internet/desai/diretrizes Estratégicas.asp>. Acesso em: 28 set 2009.

_____ . Conselho Nacional de Saúde. **Revista da Saúde**, Brasília, Ano I , nº 1, 2000.

_____ . Ministério da Saúde. **Manual de capacitação para enfermeiros na técnica de aplicação e leitura da prova tuberculínica**. Brasília, DF, 2001.

_____ . Minsitério da Saúde. **Manual nacional de vigilância laboratorial e outras micobactérias**. Brasília, DF, 2008.

_____ . Ministério da Saúde. Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002. **Aprovar a política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas**, Brasília, DF, 2002.

_____ . Ministério da Saúde. Portaria nº 650, de 28 de março de 2006. **Define valores de financiamento do PAB fixo e variável**, Brasília, DF, 2006.

_____ . Fundação Nacional do Índio. 2ª Delegacia Regional. **Relatórios administrativos.** Anos 1970, 1973, 1974, 1975 e 1979.

_____ . Fundação Nacional do Índio. Portaria nº 645, de 27 de março de 2006. **Institui o Certificado Hospital Amigo do Índio, a ser oferecido aos estabelecimentos de saúde que fazem parte da rede do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília, DF, 2006.

_____ .Presidência da República. Decreto nº 7336, de 19 de outubro de 2010**. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde e dá outras providências**. Brasília, DF, 2010.

BUCHILLET, D. **Medicinas tradicionais e medicina oriental na Amazônia.** Belém: CEJUP, 1991.

BUCHILLET, D.; GAZIN, P. A situação da tuberculose na população indígena do alto rio Negro (Estado do Amazonas, Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 1, p. 181-185, jan./mar. 1998.

CANESQUI, A.M. Notas sobre a produção acadêmica e saúde na década de 80. In: ALVES, P.C.; MINAYO, M.C.S. (Orgs.). **Saúde e doença:** um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

CANESQUI, A.M. Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 8, n. 1, p. 109-124, 2003.

CHAIMOWICZ, F. Age transition of tuberculosis incidence and mortality in Brazil. **Revista de Saúde Pública,** v. 35, n. 1, p. 81-87, 2001.

COIMBRA JUNIOR, C.E.A.; SANTOS, R.V. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In: COIMBRA JUNIOR, C.E.A; SANTOS, R.V.; ESCOBAR, A.L. (Orgs.). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas do Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

COIMBRA JUNIOR, C.E.A. et al. Sistema em Transição. In: RICARDO, B.; RICARDO, F. **Povos indígenas no Brasil:** 2001-2005. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006.

CONKLIN, B.A. O sistema médico Wari' (Pakaanóva). In: SANTOS, R.V.; COIMBRA JUNIOR, C.E.A. **Saúde e povos indígenas**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1994.

CRESWELL, J.W. **Projeto de pesquisa:** métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

EASON, R.J. Sensibilidade tuberculínica. **Annals of Tropical Paediatrics,** v.7, p. 87-90, 1987.

ESCOBAR, A.L. **Epidemiologia da tuberculose na população indígena Pakaánova (warí')**, Estado de Rondônia. 2001. Tese (Doutorado em Saúde Pública)- Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em : <http://servicos.capes.gov.br/capesdw/resumo.html?idtese=20001448310100160 02P6>. Acesso em: 09 maio 2008.

_____ . et. al.Tuberculin reativity and tuberculosis epidemiology in the Pakáanova (Wari') Indians of Rondônia, Southwestern Brazilian Amazon. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 8, p. 45-51, 2004.

ESPINAL, M.A. et al. Standard short-course chemotherapy for drug-resistant tuberculosis: treatment outcomes in 6 countries. **Journal of the American Medical Association**, v. 283, p.

2537-2545, 2000. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10815117>. Acesso em: 11 jan. 2011.

FERREIRA, J. O corpo signico. In: ALVES, P.C.; MINAYO, M.C.S. (Orgs.). **Saúde e doença:** um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

FERREIRA, A.B.H. **Miniaurélio**: o minidicionário da língua portuguesa. 7. ed. Curitiba: Positivo, 2008.

FIGUEROA, A. et. al. Um estudo sobre o quadro epidemiológico indígena. **Revista da Saúde,** Ano I, n. 1, 2000.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FOSTER, G.M.; ANDERSON, B.G. **Medical antropology**. Chichester: Wiley, 1978.

GARNELO, L.; MACEDO, G.; BRANDÃO, L.C. **Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil.** Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003.

GARNELO, L.; WRIGHT, R. Doença, cura e serviços de saúde. Representações, práticas e demandas Baníwa. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 273-284, mar./abr. 2001.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

_____ . **Nova luz sobre a antropologia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

GERHARDT, T.E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, 2006.

GIL, L.P. Políticas de saúde, pluralidade terapêutica e identidade na Amazônia. **Saúde e sociedade,** v. 16, n. 2, p. 48-60, 2007.

GONÇALVES, H. A tuberculose ao longo dos tempos. **História, ciências, saúde**, v. 7, n. 2, p. 303-325, jul./out. 2000.

GONZÁLEZ, D.L. Buscando un modelo de cuidados de enfermería para um entorno multicultural. **Gazeta de Antropologia**, nº 22, 2006. Disponível em: <http://www.ugr.es/~pwlac/welcome.html>. Acesso em: 17 nov. 2010.

GUALDA, D.M.R.; HOGA, L.A.K. Pesquisa etnográfica em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 31, n. 3, p. 410-422, dez. 1997.

HALL, S. **A identidade cultural na pós-modernidade.** 7. ed. Rio de Janeiro: PD&A, 2002.
HELLER, A. O cotidiano e a história. 6. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

HELMAN, C. **Cultura, saúde e doença.** 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

_____ . **Cultura, saúde e doença.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HIGGENS, M.J. Care, culture, and práxis. In: LEININGER, M. **Caring, an essential human need:** proceedings of three National Caring Conferences. Detroit: Wayne State University Press, 1988.

HIJJAR, M. et. al. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. **Revista de Saúde Pública.** v. 41, p. 50-58, 2007. Suplemento 1.

INSTITUTO SÓCIO-AMBIENTAL, 2010. Disponível em: <http://socioambiental.org/pt/povo/Munduruku/799>. Acesso em: 17 maio 2010.

JAMAL, L.F.; MOHERDAUI, F. Tuberculose e infecção pelo HIV no Brasil: magnitude do problema e estratégias para o controle. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, p. 104-110, 2007. Suplemento 1.

KLEINMAN, A. **Patientes and healers in the context of culture**. [S.l.]: University of California Press, 1980.

KRITSKI, A.L.; SOUZA, G.M.; CONDE, M.B. **Tuberculose**: do ambulatório a enfermaria. 3.ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

LANGDON, E.J. A doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica. Palestra ministrada na Conferência 30 Anos Xingu, **Escola Paulista de Medicina,** São Paulo, 1995. Disponível em: <http://www.cfh.ufsc.br/~nessi/A Doenca como Experiencia.htm>. Acesso em: 04 set. 2010.

_____ . Representações de doença e itinerário terapêutico do siona da Amazônia colombiana. In: SANTOS, R.; COIMBRA JUNIOR, C. (Orgs.). **Saúde e povos indígenas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

LEININGER, M. Cross-Cultural hypothetical functions of caring and nursing care. In: LEININGER, M. **Caring, an essential human need:** proceedings of three National Caring Conferences. Detroit: Wayne State University Press, 1988.

_____ . **Transcultural nursing:** concepts theories and pratice. New York: John Wiley, 1978.

LEOPARDI, M.T. **Teorias em enfermagem:** instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

LEOPOLDI, J.S. **A guerra implacável dos Munduruku:** elementos culturais, sociais e ambientais alicerçados na caça aos inimigos, 2005. Disponível em: <http://www.ifch.unicamp.br/ihb/simposio.htm>. Acesso em: 20 jan. 2010**.**

LEVINO, A.; OLIVEIRA, R.M.. Tuberulose na população indígena de São Gabriel da Cachoeira, Amazonas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 23, n. 7, p. 1728-1732, jul. 2007.

LEWIS, G. Cultural influences on illness behaviour. In: EISENBERG, L.; KLEINMAN, A. (Orgs.). **The relevance of social science for medicine**. Dordrecht: Reidel, 1981.

LIMA, A.C.S. Os povos indígenas na invenção do Brasil: na luta pela construção do respeito à

pluralidade. In: LESSA, Carlos (Org.). **Enciclopédia da brasilidade:** auto-estima em verde amarelo. Rio de Janeiro: Casa da Palavra Produção Editorial, 2005, p. 218-231.

LINS, A.U.F.A. **Representações sociais e hanseníase:** um estudo de caso na Amazônia. 2008. 133 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)–Universidade Federal do Pará, Pará, 2008.

MACHADO-FILHO, A.C. Incidência da tuberculose em indígenas do município de São Gabriel da Cachoeira, AM. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 41, n. 3, p. 243-246, maio/jun. 2008.

MARCONI, M.A.; PRESOTTO, Z.M.N. **Antropologia:** uma introdução**.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MECHANIC, D. **Medical sociology**. New York: Ter Freee Press, 1968.

MINAYO, M.C.S. Construção da identidade da antropologia na área de saúde: o caso brasileiro. In: ALVES, P.C.; MINAYO, M.C.S. (Orgs.). **Antropologia da saúde:** traçando identidade e explorando fronteiras. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

MISHIMA, E.O.; NOGUEIRA, P.A. Tuberculose no idoso: estado de São Paulo, 1940-1995. **Boletim de Pneumologia Sanitária,** v. 9, p. 5-11, 2001.

NÓBREGA, R.G. et. al. A busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose, no cenário indígena potiguara, Paraíba, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 6, nov./dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18/n6/pt_18.pdf.> Acesso em: 20 abr. 2011.

OLIVEIRA, D.C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Revista Enfermagem Uerj**, v. 16, n. 4, p. 569-576, out./dez. 2008.

Organização Mundial de Saúde. **World Health Statistics**. 2005.

Organização Mundial de Saúde- OMS. **Estratégia alto a la tuberculosis:** construyendo e mejorando el DOTS para lograr los objetivos de desarrollo del milênio relacionados com la tuberculosis, 2006.

PARÁ. **Fundação Nacional de Saúde.** Coordenação Regional do Pará. Belém, 2010 a.
_____ . Secretaria Executiva de Saúde Pública. **Coordenação Estadual do Programa de Controle da Tuberculose.** Belém, 2011.

_____ . Universidade Federal do Pará. 2010 b. Disponível em: <htpp://www. portal.ufpa.br/imprensa/noticia.php?=3499>. Acesso: 28 jan. 2011.

_____ . Lei nº 5691, de 13 de dezembro de 1991. **Desmembra do municipio de Itaituba o distrito de Jacareacanga elevado à categoria de Município**. Belém, 1991.

PAHO. **Regional Plan for Tuberculosis Control**, 2006 – 2015. Washington, D.C.: OPAS,

2006.

PARSONS, T. **Social system**. London: Routledge & Kogan Paul, 1979.

PRAT, J.G. **A tuberculose nas populações indígenas das Américas**: com uma visão especial para as populações indígenas do Norte da Amazônia, uma revisão da literatura. 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)– Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://thesis.cict.fiocruz.br> Acesso em: 04 abr. 2009.

RAMOS, A. **Munduruku.** Instituto Sócio-Ambiental. 2003. Disponível em: <http://pib.socioambiental.org/pt/povo/munduruku/print> Acesso em: 08 mar. 2009.

RIBEIRO, D. **Os índios e a civilização:** a integração das populações indígenas no Brasil moderno. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

RIVERS, W.H. **Medicine, magic and religion**. New York: Harcourt Brace, 1924.

RUFFINO-NETTO, A.; ALMEIDA, M.C.P.; GOMES, D.L.S. Alergia tuberculínica pós-vacinação com BCG intradérmico e pós-infecção natural. **Revista da Divisão Nacional de Tuberculose.** 1º trim. p. 19-27, 1976.

_____ . A prova tuberculínica. **Revista da Associação Medica Brasileira,** v. 25, n.7, p. 257-259, jul. 1979.

_____ . Impacto da reforma do setor saúde sobre os serviços de tuberculose no Brasil. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v. 7, p. 7-18, 1999.

_____ . A carga da tuberculose: reflexos sobre o tema. **Jornal Brasileiro de Pneumologia,** v. 30, n. 4, 2004.

SALZANO, F.M.; HUTZ, M.H. Genética, genômica e populações nativas brasileiras: história e biomedicina. **Revista de Estudos e Pesquisas**, v. 2, n. 1, p. 175-197, jul. 2005.

SCATENA, L.M. et al. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. **Revista de Saúde Pública,** v. 43, n. 3, p.389-397, 2009

SILVA, H.P. Sócio-Ecologia da saúde e doença: os efeitos da invisibilidade nas populações caboclas da Amazônia. In: ADAMS, C.; MURRIETA, R.; NEVES, W. **Sociedades caboclas amazônicas:** modernidade e invisibilidade. São Paulo: Annablume, 2006.

SMITH, I. ¿Cuál es la carga económica, social y sanitaria de la tuberculosis? In: TOMAN, K. (Org.). **Tuberculosis:** detección de casos, tratamiento y vigilancia. Perguntas y respuestas. 2. Washington, D.C.: OPAS, 2006.

TEIXEIRA, E. **Travessias, redes e nós:** complexidade do cuidar cotidiano da saúde entre riberinhos. Belém: Grafia Gráfica, 2001.

TEIXEIRA-PINTO, Marnio. História e Cosmologia de um Contato: a atração dos Arara. In: ALBERT, Bruce; RAMOS, Alcida. (Orgs). **Pacificando o branco:** cosmologias do contato no

Norte-Amazônico. São Paulo: UNESP, 2002.

VILAÇA, A. **Quem somos nós. os Wari' encontram os brancos**. Rio de Janeiro. UFRJ. 2006.

WELCH, J.R. COIMBRA JUNIOR, C.E.A. Perspectivas culturais sobre transmissão da tuberculose entre os Xaváante de Mato Grosso, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 27, n. 1, p. 190-194, jan. 2011.

World Health Organization-WHO. **Global tuberculosis control**: epidemiology, strategy, financing. [S.l]: Report, 2009.

ZBOROWSKI, M. Cultural components in responses to pain. **Journal of Social Issues**, v. 8, p. 16-30, 1952.

APÊNDICES

APÊNDICE A - FORMULÁRIO

PESQUISA
A tuberculose no contexto cultural dos Munduruku do Pará na Amazônia Brasileira

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA DO ESTADO DO PARÁ
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY/UFRJ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA/FIOCRUZ
SECRETARIA EXECUTIVA DE SAÚDE PÚBLICA
FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE

1 DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Os itens 1.1, 1.2 e 1.3 poderão ser preenchidas antes do início da entrevista. O código será preenchido pela Coordenadora da pesquisa.

1.1 **Data da entrevista:**

1.2 **Aldeia:**

1.3 **Pólo-Base:**

1.4 **Nome / código:**

1.5 **Data de nascimento:**

1.6 **Idade aproximada:**

1.7 **Sexo:**

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino

1.8 **Anos de estudo:**

- ☐ Analfabeto
- ☐ 1 a 4 anos
- ☐ 5 a 8 anos
- ☐ 9 anos e mais

1.9 **Ocupação:**

- ☐ Servidor público
- ☐ Desempregado
- ☐ Autônomo
- ☐ Aposentado
- ☐ Outra ocupação

1.10 **Renda mensal aproximada da família (domicílio):**

- ☐ Sem renda
- ☐ De 1 a 2 salários mínimos
- ☐ De 2 a 3 salários mínimos
- ☐ De 3 a 4 salários mínimos
- ☐ De 4 a 5 salários mínimos
- ☐ De 5 a 6 salários mínimos
- ☐ Mais de 6 salários mínimos
- ☐ Não sabe informar

1.11 **Origem da renda utilizada no domicílio nos últimos 12 meses:**

Se houver diversificação na origem da renda, assinalar todos os quadrados correspondentes as informações.

- ☐ Trabalho remunerado (ano todo)
- ☐ Trabalho remunerado (temporário)
- ☐ Venda de produtos da agricultura, pecuária, pesca ou criação familiar (galinha, porco etc)
- ☐ Venda de produtos do extrativismo
- ☐ Aposentadoria
- ☐ Venda de artesanato ou produção cultural
- ☐ Benefícios sociais (bolsa família, auxílio maternidade, benefício por invalidez)
- ☐ Outra (especificar): _____

1.12 **Condições de moradia**

1.12.1 **Tipo de parede:**

- ☐ De palha
- ☐ De madeira
- ☐ De tijolo
- ☐ De taipa/barro
- ☐ De plástico/papelão/compensado
- ☐ Outro (especificar): _____

1.12.2 **Tipo de piso:**

- ☐ Chão batido
- ☐ Madeira
- ☐ Cimento
- ☐ Outro (especificar): _____

1.12.3 **Tipo de telhado:**

- ☐ De palha
- ☐ De zinco
- ☐ De madeira
- ☐ De telha de barro
- ☐ De plástico/lona
- ☐ Outro (especificar): _____

1.12.4 **Número de cômodos no domicílio:**

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ Mais de 2

1.12.5 **Número de pessoas que moram em casa:**

Perguntar quantas pessoas moram no domicílio de acordo com a faixa etária e assinalar nos quadrados correspondentes

Crianças até 5 anos:

- ☐ Nenhuma
- ☐ 1 a 2
- ☐ 3 a 4
- ☐ 5 ou mais

Crianças entre 6 e 15 anos:

- ☐ Nenhuma
- ☐ 1 a 2
- ☐ 3 a 4
- ☐ 5 ou mais

Maiores de 15 anos:

- ☐ Nenhum
- ☐ 1 a 2
- ☐ 3 a 4
- ☐ 5 ou mais

1.12.6 **De onde tira água para beber:**

- ☐ Poço artesiano
- ☐ Rio/igarapé
- ☐ Poço raso/cacimba
- ☐ Outro (especificar): _____

1.12.7 **Material mais utilizado para cozinhar:**

- ☐ Carvão ou lenha dentro de casa
- ☐ Carvão ou lenha fora de casa
- ☐ Gás
- ☐ Outro (especificar): _____

2 HISTÓRICO DE TUBERCULOSE:

2.1 **Fez tratamento anteriormente para tuberculose:**

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não Sabe

Se a resposta for NÃO ou NÃO SABE, passe para a questão 2.6.
Se a pessoa responder SIM na pergunta 2.1, prossiga com a questão 2.2.

2.2 **Há quanto tempo:**

- ☐ Até 1 ano
- ☐ De 1 a 3 anos
- ☐ De 3 a 5 anos
- ☐ Mais de 5 anos

2.3 **Tomou remédio durante quanto tempo:**

- ☐ 6 meses
- ☐ Mais de 6 meses
- ☐ Menos de 6 meses

2.4 **Como encerrou o tratamento:**

- ☐ Alta por cura
- ☐ Abandonou
- ☐ Outra (especificar): _____

Se a resposta for "ALTA POR CURA" ou "OUTRA" passe para a questão 2.6.

2.5 **O que levou a abandonar o tratamento:**

- ☐ Melhora dos sintomas
- ☐ Falta de medicamento
- ☐ Desconhecimento do tempo de duração do tratamento
- ☐ Dificuldade de acesso ao serviço de saúde
- ☐ Sentiu-se mal ao tomar o remédio
- ☐ Outros (especificar): _____

2.6 **Já teve contato com pessoas com tuberculose:**

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não Sabe

Se a resposta for "NÃO" ou "NÃO SABE", passe para a questão 3.1.

2.7 **Se sim, quem foi esse contato:**

- ☐ Pessoa da família que mora na mesma casa
- ☐ Pessoa da família que mora em outra casa
- ☐ Vizinho
- ☐ Outro (especificar): _____

3 DADOS CLÍNICOS:

3.1 **No momento apresenta algum dos sintomas abaixo:**

- ☐ Tosse seca
- ☐ Tosse com catarro
- ☐ Escarro com sangue
- ☐ Febre
- ☐ Fraqueza
- ☐ Cansaço
- ☐ Dor no peito
- ☐ Falta de ar
- ☐ Falta de apetite
- ☐ Perda de peso
- ☐ Nenhum
- ☐ Outros (especificar): _____

Se a resposta for "NENHUM", passe para a questão 3.3.

3.2 **Há quanto tempo:**

Tosse seca

- ☐ Menos de 1 semana
- ☐ Entre 1 e 3 semanas
- ☐ Mais de 3 semanas

Tosse com catarro

- ☐ Menos de 1 semana
- ☐ Entre 1 e 3 semanas
- ☐ Mais de 3 semanas

Escarro com sangue

- ☐ Menos de 1 semana
- ☐ Entre 1 e 3 semanas
- ☐ Mais de 3 semanas

Febre

- ☐ Menos de 1 semana
- ☐ Entre 1 e 3 semanas
- ☐ Mais de 3 semanas

Fraqueza
- ☐ Menos de 1 semana
- ☐ Entre 1 e 3 semanas
- ☐ Mais de 3 semanas

Cansaço
- ☐ Menos de 1 semana
- ☐ Entre 1 e 3 semanas
- ☐ Mais de 3 semanas

Dor no peito
- ☐ Menos de 1 semana
- ☐ Entre 1 e 3 semanas
- ☐ Mais de 3 semanas

Falta de ar
- ☐ Menos de 1 semana
- ☐ Entre 1 e 3 semanas
- ☐ Mais de 3 semanas

Falta de apetite
- ☐ Menos de 1 semana
- ☐ Entre 1 e 3 semanas
- ☐ Mais de 3 semanas

Perda de peso
- ☐ Menos de 1 semana
- ☐ Entre 1 e 3 semanas
- ☐ Mais de 3 semanas

3.3 **Realizou algum exame para diagnóstico da tuberculose:**
- ☐ Sim
- ☐ Não

Se a resposta for "NÃO" passe para questão 3.5.

3.4 **Qual/quais:**
- ☐ Baciloscopia do escarro
- ☐ RaioX do tórax
- ☐ PPD
- ☐ Cultura do escarro
- ☐ Outro (especificar): _____

3.5 **Presença de cicatriz de BCG:**
- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Duvidosa

3.6 **Se sim quantas:**
- ☐ 1 cicatriz
- ☐ 1 a 2 cicatrizes
- ☐ Mais de 2 cicatrizes

3.7 **Resultados dos Exames:**

As questões 3.7.1, 3.7.2 e 3.7.3 serão preenchidos por ocasião da realização do PPD conforme agendamento a ser feito pela Coordenadora da pesquisa

3.7.1 **Peso:**

3.7.2 **Estatura:**

3.7.3 **Teste tuberculínico (PPD):**

Data da aplicação:

Data da leitura:

Tamanho da enduração (em *mm*):

Tipo de reação (especificar):

As questões 3.7.4 e 3.7.5 serão preenchidos pela equipe de laboratório

3.7.4 **Baciloscopia do escarro:**

Informar o resultado em cruzes

Resultado da primeira baciloscopia:

Resultado da segunda baciloscopia:

Resultado da terceira baciloscopia:

3.7.5 **Cultura do escarro:**

Neste item pode haver mais de uma resposta. Informe todas.

Data da coleta

Data da leitura

- ☐ Positiva para Mycobacterium tuberculosis
- ☐ Contaminação fungica
- ☐ Contaminação bacteriana
- ☐ Positiva para MOTT. Qual: _____
- ☐ Negativa

3.7.6 **Radiografia do tórax:**

A questão 3.7.6 será preenchida pela Coordenadora da pesquisa mediante laudo emitido pelo médico pneumologista

Data da realização

Laudo:

- ☐ Normal
- ☐ Sugestivo de lesão ativa para TB
- ☐ Sugestivo de seqüela para TB
- ☐ Sugestivo de outra patologia (especificar): _____

3.7.7 **Realização de outros exames:**

A questão 3.7.7 será preenchida pela Coordenadora da pesquisa, se houver

Especificar:

Resultado:

4 Hábitos

4.1 **É fumante:**

- ☐ Sim
- ☐ Não

Se a resposta for "NÃO" passe para a questão 4.4.

4.2 **Há quanto tempo:**

- ☐ Até 1 ano
- ☐ Mais de 1 até 3 anos
- ☐ Mais de 3 até 5 anos
- ☐ Mais de 5 anos

4.3 **Quantos cigarros por dia:**

- ☐ Até 10
- ☐ Mais de 10 até 15
- ☐ Mais de 15 até 20
- ☐ Mais de 20

4.4 **Mora com alguém que fuma:**

- ☐ Sim
- ☐ Não

4.5 **Consome bebida alcoólica:**

- ☐ Sim
- ☐ Não

Se a resposta for "NÃO" passe para a questão 5.1.

4.6 **Já sentiu necessidade de diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber:**

- ☐ Sim
- ☐ Não

4.7 **Já se sentiu chateado por pessoas criticarem o seu modo de beber:**

- ☐ Sim
- ☐ Não

4.8 **Já se sentiu chateado consigo mesmo (a) pela maneira como bebe:**

- ☐ Sim
- ☐ Não

4.9 **Já bebeu álcool pela manhã para diminuir a ressaca:**

- ☐ Sim
- ☐ Não

5 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS

Somente para os casos que estão ou estiveram em tratamento para tuberculose.

O bloco de perguntas referentes ao itinerário terapêutico será preenchido pela Coordenadora da pesquisa, somente para os casos diagnosticados tuberculose.

5.1 **Pra você o que é a tuberculose e quais são os sintomas da doença:**

5.2 **Em caso de doença com você ou qualquer membro da sua família quem primeiro você(s) procura(m). Porque?**

5.3 **Quando se sente doente do peito quem você procura:**

- ☐ Pajé/Xamã
- ☐ Rezador/Benzedor
- ☐ Familiar
- ☐ Enfermeira
- ☐ AIS
- ☐ Médico
- ☐ Aux. /Téc.Enf.
- ☐ Outro (especificar): _____

5.4 **Quando você apresentou os sintomas da tuberculose quem você procurou:**

- ☐ Pajé/Xamã
- ☐ Rezador/Benzedor
- ☐ Familiar

- ☐ Enfermeira
- ☐ AIS
- ☐ Médico
- ☐ Aux. /Téc.Enf.
- ☐ Outro (especificar): _____

5.5 **Quais as orientações que recebeu:**

5.6 **Como está tratando (ou tratou) a tuberculose:**

- ☐ Com remédio do posto
- ☐ Com chá de plantas/raízes
- ☐ Com reza
- ☐ Com ritual do pajé
- ☐ Outro (especificar): _____

5.7 **Como se sente (ou se sentiu) após o início do tratamento:**

- ☐ Do mesmo jeito
- ☐ Um pouco melhor
- ☐ Muito melhor
- ☐ Curado

5.8 **Em caso de melhora no estado geral, a que você atribui:**

5.9 **Você tem alguma explicação para ter adoecido de tuberculose? Explique resumidamente:**

5.10 **Você sentiu algum tipo de discriminação ou preconceito por parte dos familiares/comunidade por ter adoecido de tuberculose?**

- ☐ Sim
- ☐ Não

Espaço para qualquer registro complementar que o entrevistador considerar importante:

6 DADOS A SEREM RETIRADOS DO PRONTUÁRIO

(Os dados a serem retirados do prontuário o serão pela coordenadora da pesquisa)

6.1 **Data de nascimento:**

6.2 **Data da última BCG:**

6.3 **Faz (fez) tratamento supervisionado:**

- ☐ Sim
- ☐ Não

6.4 **Medicamentos que está fazendo (fez) uso:**

- ☐ Rifampicina + Isoniazida
- ☐ Pirazinamida
- ☐ Etambutol
- ☐ Estreptomicina
- ☐ Etionamida

6.5 **Horário(s) de tomada dos medicamentos:**

	Manhã	Tarde	Noite
Rifampicina + Isoniazida	☐	☐	☐
Pirazinamida	☐	☐	☐
Etambutol	☐	☐	☐
Estreptomicina	☐	☐	☐
Etionamida	☐	☐	☐

6.6 **Fez quimioprofilaxia para tuberculose:**

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sabe

Se a resposta for "SIM", passe para a questão 6.7.

6.7 **Há quanto tempo:**

- ☐ Até 1 ano
- ☐ De 1 até 3 anos
- ☐ De 3 até 5 anos
- ☐ Mais de 5 anos

APÊNDICE B – CARTA DE ENCAMINHAMENTO AOS ESPECIALISTAS

Caro Profº

Sou aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, e desenvolvo estudo sobre a tuberculose junto a etnia Munduruku do município de Jacareacanga/Pará.

Ocorre que diante da indisponibilidade de um instrumento da coleta de dados devidamente validado que contemple o objeto em estudo, venho solicitar sua prestimosa colaboração no sentido de analisar e emitir opinião a respeito da proposta construída para obtenção dos dados.

A pesquisa tem como objeto a magnitude da tuberculose entre os povos indígenas da etnia Munduruku do Estado do Pará, e os seguintes objetivos:

Geral:

Estimar a magnitude da tuberculose dentre os indígenas da etnia Munduruku para melhor controle da doença.

Específicos:

Identificar os portadores de sintomas respiratórios de interesse para o diagnóstico da tuberculose na população residente;

Estimar a ocorrência da tuberculose ativa entre os sintomáticos respiratórios;

Caracterizar o perfil genotípico das cepas de *M. tuberculosis* isoladas;

Realizar *screening* radiológico para detecção de casos de tuberculose em atividade;

Descrever as formas clínicas observadas da doença;

Estimar a prevalência de infecção por *M. tuberculosis* na etnia sob investigação;

Descrever os itinerários terapêuticos no tratamento da tuberculose.

Os procedimentos metodológicos constarão de duas etapas: uma quantitativa e outra qualitativa. Os dados quantitativos serão obtidos através de um estudo seccional com as seguintes ações:

a) identificação de sintomáticos respiratórios
b) coleta de material biológico (escarro) para análise microbiológica: baciloscopia, cultura e genotipagem
c) inquérito tuberculínico para medir a infecção tuberculosa
d) raio x de tórax.

Os dados qualitativos serão obtidos por meio de uma entrevista a ser realizadas com os casos diagnosticados tuberculose (bloco 5 do Roteiro de Coleta de Dados), para conhecer os itinerários terapêuticos instituídos pelos indígenas.

Em anexo o Roteiro para Coleta de Dados que contém seis blocos distintos: Dados Sócio-demográficos, Histórico de Tuberculose, Dados Clínicos, Hábitos, Itinerários Terapêuticos, Dados a Serem Retirados do Prontuário.

O instrumento será aplicado nos domicílios, a todos os moradores, sendo que o bloco 2 somente será aplicado àqueles que já tenham se submetido à tratamento específico para tratamento de tuberculose anteriormente. O bloco 5 será aplicado exclusivamente às pessoas que fizeram ou estejam fazendo tratamento para tuberculose.

Belém, 11 de janeiro de 2010

Laura Maria Vidal Nogueira
Doutoranda

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS INDIOS MUNDURUKU DO DSEI TAPAJÓS

Título: A TUBERCULOSE NO CONTEXTO CULTURAL DOS MUNDURUKU DO PARÁ NA AMAZÔNIA BRASILEIRA.

Convidamos você a participar desta pesquisa que tem a finalidade de contribuir para aumentar conhecimento da tuberculose nas Terras Indígenas Munduruku do DSEI TAPAJÓS, e melhorar o controle da doença. O estudo será desenvolvido pela enfermeira Laura Maria Vidal Nogueira, doutoranda da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), sob orientação dos doutores Maria Catarina Salvador da Motta (EEAN/UFRJ) e Paulo Cesar Basta (ENSP/FIOCRUZ) e contará com a parceria da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e Secretaria Executiva de Saúde Pública (SESPA).
Toda e qualquer pessoa de Terras Indígenas Munduruku do DSEI TAPAJÓS, poderá participar deste estudo. Será aplicada uma pequena injeção no braço (teste tuberculínico-PPD) para verificar se está ou não com a infecção tuberculosa. Após a aplicação poderá surgir no local um caroço avermelhado que desaparecerá em torno de uma a duas semanas. Se você estiver com tosse e catarro há três semanas ou mais, receberá um vasilhame de plástico com tampa para escarrar dentro e entregar ao pesquisador. Depois será encaminhado para fazer uma chapa do peito (raio-x do tórax) na própria aldeia. Estes exames não causarão nenhum mal à sua saúde. O entrevistador lhe fará algumas perguntas e anotará as respostas no papel da pesquisa. Faremos também quatro perguntas cujas respostas serão gravadas em gravador digital de voz, com a sua permissão. Caso você não autorize escreveremos suas respostas no papel. Durante a entrevista, caso não saiba responder alguma pergunta ou não queira, terá a liberdade de não responder. A pesquisa não representará nenhum custo para você nem para os demais participantes. A qualquer momento você poderá desistir de participar da pesquisa e, todo o material será devolvido. A duração do estudo está estimada em doze meses e não haverá qualquer tipo de pagamento por sua participação, assim como os pesquisadores e as Instituições envolvidas também não receberão nenhuma espécie de pagamento. Logo, qualquer pessoa da comunidade poderá recusar-se a participar sem que ocorra nenhum prejuízo às pessoas ou à comunidade. Esclarecemos que durante a realização do estudo não será testado nenhum novo exame para descobrir a doença, nem outra forma para tratar a tuberculose. Todas as pessoas que apresentarem a doença vamos encaminhar para o Posto de Saúde onde receberão os remédios de acordo com o tratamento previsto pelo Ministério da Saúde e depois serão acompanhadas pela equipe de saúde local e pelos pesquisadores através de visita domiciliar. Por se tratar de um estudo que envolve uma doença que atinge grande parte da população brasileira, de modo especial as populações indígenas, espera-se como benefício principal um melhor controle da doença no Distrito e demais áreas indígenas. Para evitar preocupação de que seus dados sejam divulgados, deixamos claro que tudo o que você falar será utilizado somente nesta pesquisa, e guardado por cinco anos, e depois todo o material será destruído, fica também garantido

que seu nome não irá aparecer nos resultados, e estes poderão ser divulgados em revistas e palestras, assim como nas reuniões técnicas que tratem da saúde indígena e/ou da tuberculose. O pesquisador compromete-se a explicar cada parte da pesquisa, informando sobre as atividades que serão realizadas. Somente após ter entendido tudo o que foi lhe explicado, você decide se quer ou não participar da pesquisa, e caso aceite deverá assinar este documento, para podermos iniciar a pesquisa. Para mais algum esclarecimento poderá fazer contato com a Coordenadora da equipe, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará nos endereços abaixo.

Declaro que li o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e compreendi as informações que me foram explicadas sobre a pesquisa, incluindo seus objetivos, a forma como será realizada, a garantia de que meu nome não irá aparecer e que posso pedir esclarecimentos a qualquer momento. Ficou claro também, que não receberei nenhum pagamento, e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento sem penalidades ou prejuízos.
Assim, assino o Termo de Consentimento aceitando participar da pesquisa.

Laura Maria Vidal Nogueira
Fones: (91) 3222-9826
(21) 2236-3394
Email: lauravidal@superig.com.br

Maria Catarina Salvador da Motta
Fone: (21) 2293-8098
Email: ma.catarina@gmail.com

Paulo Cesar Basta
Fone: (21) 2598-2503
Email: paulobasta@gmail.com

CEP do Curso de Enfermagem/UEPA
Av. José Bonifácio, 1289 – Bairro Guamá – Belém/Pará
Fone: (91) 3229-1131
cepenf@uepa.br

Jacareacanga, ____/_____/_____

Assinatura do participante _____

Assinatura do resp. por obter o consentimento do TCLE_____

APÊNDICE D – QUADRO SÍNTESE DO PERFIL DOS DEPOENTES DOS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS

QUADRO – Síntese do perfil dos depoentes dos itinerários terapêuticos

Depoente	**Aldeia**	**Sexo**	**Idade**	**Escolaridade**	**Ocupação**	**História de contato**	**Necessidade de intérprete**
MDK 1	Kato	M	39	Alfabetizado	Garimpo	Não	Não
MDK 2	M. S. Fco	M	84	S/ escolarização	Aposentado	Não	Não
MDK 3	Sai Cinza	M	32	Ensino médio incompleto	Servidor público	Sim	Não
MDK 4	M. S. Fco	F	46	S/ escolarização	Roça	Sim	Sim
MDK 5	M. S. Fco	M	70	S/ escolarização	Aposentado	Não	Sim
MDK 6	Sai Cinza	M	56	S/ escolarização	Garimpo	Sim	Sim
MDK 7	Kato	F	56	S/ escolarização	Doméstica	Não	Sim
MDK 8	Kato	F	64	S/ escolarização	Aposentado	Sim	Sim
MDK 9	Sai Cinza	M	53	S/ escolarização	Garimpo	Não	Não
MDK 10	Sai Cinza	F	55	S/ escolarização	Doméstica	Não	Sim
MDK 11	Kato	F	20	Ensino médio incompleto	Doméstica	Não	Sim

APÊNDICE E: QUADRO SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO

QUADRO: Síntese das unidades de registro

Núcleos de sentido	**Unidades de registros**	**N**	**%**
O imaginário frente a TB	Dor no peito	9	81,8
	Tosse	8	72,7
	Febre	3	27,3
	Catarro	3	27,3
	Escarro com sangue	3	27,3
	Gripe	2	18,2
	Emagrecimento	2	18,2
	Dor na cabeça	2	18,2
	Tontura	2	18,2
	Dor na costa	2	18,2
	Cansaço	2	18,2
	Falta de ar	1	9,1
	Fraqueza	1	9,1
	Calafrio	1	9,1
	Dói a garganta	1	9,1
	Rouquidão	1	9,1
	Vírus que pega	1	9,1
	Doença perigosa	1	9,1
	Doença contagiosa	1	9,1
	Doença que maltrata	1	9,1
Atitude frente ao adoecimento	Posto de saúde	8	72,7
	Pajé	6	54,5
	Enfermeira	2	18,2
	Remédio do posto	2	18,2
	Remédio do mato	2	18,2
	Puxador	1	9,1
	Defumar	1	9,1
	Compressa	1	9,1
	Hospital	1	9,1
Atitude frente ao adoecimento por TB	Posto de saúde	7	63,6
	Pajé	3	27,3
	Enfermeira	3	27,3
	Puxador do peito	1	9,1
	Hospital	1	9,1
	Foi Itaituba	1	9,1
	Foi Jacareacanga	1	9,1

O conhecimento sobre a transmissibilidade	Não sei	6	54,5
	Gripe	3	27,3
	Peguei do pai	1	9,1
	Cunhado doente	1	9,1
	Carregando tora de pau e lenha	1	9,1
	Torrar farinha no forno quente	1	9,1
	Pegou nas panelas e colheres	1	9,1
	Dor nas pernas que foi subindo	1	9,1
	Espírito, pajé brabo	1	9,1
Evolução do tratamento (orientações recebidas e auto-avaliação)	Não sabe	3	27,3
	Não lembra	3	27,3
	Não andar no sol	2	18,2
	Não pegar chuva	1	9,1
	Não fazer esforço	1	9,1
	Não pegar frio	1	9,1
	Usar prato e copo próprio	1	9,1
	Tomar remédio com leite	1	9,1
	Tratamento de seis meses	1	9,1
	Não comer certas comidas	1	9,1
	Fazer exame nas filhas	1	9,1
	Remédio do posto	11	100,0
	Boa alimentação	1	9,1
	Comer na hora certa	1	9,1
	Sentiu-se melhor	8	72,7
	Mais alegre	1	9,1
	Mais apetite de comer e trabalhar	1	9,1
	Ganhei peso	1	9,1
O preconceito	Não	3	27,3
	Ninguém se afastou	3	27,3
	Ninguém sabia	3	27,3
	Por parte do irmão	1	9,1
	Parentes e amigos civilizados	1	9,1

ANEXOS

ANEXO A – PARECER Nº 116/2010 - CONEP

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

PARECER Nº 116/2010

Registro CONEP 15597 (Este nº deve ser citado nas correspondências referentes a este projeto)

CAAE – 0039.0.321.000-09 **Processo nº 25000.585989/2009-96**

Projeto de Pesquisa: *A Tuberculose em populações indígenas do Pará*
Pesquisador Responsável: Elizabeth Teixeira
Instituição: Universidade do estado do Pará UEPA
CEP de origem: CEP/Campus-IVCCBS-UEPA
Área Temática Especial: População Indígena
Patrocinador: FAPESPA

Sumário geral do protocolo

Conforme consta no projeto, os estudos que vem sendo realizados junto às populações indígenas brasileiras, em especial as da Amazônia tem mostrado que os indígenas vêm passando por transformações culturais, resultado das incursões de contato com a sociedade envolvente, cujas conseqüências apontam para mudanças na rotina de vida desses povos, com destaque para o desencadeamento de novos processos patológicos. Dessa forma é possível que a história de contato experimentada por esses povos em muito contribuiu para a alteração do quadro epidemiológico, com o incremento das doenças infecto-contagiosas.

Por outro lado, o grupo das noologias que vem sendo estudadas pelos pesquisadores preocupados com a questão indígena, tem destacado a tuberculose, como doença infecto-contagiosa, disseminada pelo Mycobacterium tuberculosis através do ar após ser expelido pelo portador pulmonar bacilífero, se propagando no meio, sendo que sua transmissão se dá pelo contato direto com uma fonte de infecção.

Todo esse cenário tem alertado os profissionais que estudam a epidemiologia das doenças infecciosas nos povos indígenas, e o resultado das pesquisas tem ratificado a magnitude da patologia nesse grupo humano. Cita-se como exemplo os inquéritos tuberculínicos realizados junto aos Surui de Rondônia que revelaram que 1/3 da população já havia sido infectada pelo Mycobacterium tuberculosis. Achados adicionais da mesma pesquisa, mostraram incidência de 2.518,9/100.000 habitantes para o período de 1991-2002, e no estudo seccional, prevalência de 815,2/100.000 habitantes além da identificação de uma cepa resistente à rifampicina e à isoniazida, tornando a questão ainda mais preocupante em razão das peculiaridades, sociais e econômicas que levam os índios a maior exposição.

Nesse contexto a pesquisa em tela se apresenta como sendo uma iniciativa pioneira tendo em vista a inexistência de achados científicos da epidemiologia de tuberculose em povos indígenas habitantes de território paraense. E nessa perspectiva os resultados advindos poderão ser aplicados a outros povos, especialmente aqueles que exibem o mesmo perfil epidemiológico e habitam em condições ambientais semelhantes. Com tais incrementos será possível fortalecer o Programa de Controle da Tuberculose (PCT) no Estado, controlar melhor a doença no meio social e conseqüentemente produzir

hc

Nacional de Controle da Tuberculose expedidas pelo Ministério da Saúde. O acompanhamento e assistência aos doentes será feita pela equipe de saúde local e pelos pesquisadores, através de visitas domiciliares nos períodos em que estiverem presentes na aldeia. Após a saída da equipe de pesquisa do local, o acompanhamento do tratamento continuará sendo realizado pela equipe de saúde da aldeia/DSEI. Esclarecemos que os pesquisadores se comprometem a continuar acompanhando os casos diagnosticados de tuberculose durante todo o período de vigência da pesquisa através de contato telefônico via DSEI".

Análise: Pendência **atendida.**

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: **Protocolo aprovado.**

Brasília, 1º de março de 2010.

Gyselle Saddi Tannous
Coordenadora da CONEP/CNS/MS

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO PARA INGRESSO EM TERRA INDÍGENA

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO

AUTORIZAÇÃO PARA INGRESSO EM TERRA INDÍGENA	**Nº: 37 /AAEP/10**

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Elizabeth Teixeira	**Processo: nº.0724/2010**
Nacionalidade: brasileira	**Identidade: RG nº.3843334 SSP PA**
Instituição: Universidade do Estado do Pará	
Patrocinador:Edital nº.013/2009 Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde PPSUS-MS/CNPq/FAPESPA/SESPA	

OBJETIVO DO INGRESSO

Desenvolver o projeto de pesquisa intitulada "A Tuberculose em Populações Indígenas do Pará: a realidade dos Munduruku".

EQUIPE DE TRABALHO

Nome	**Nacionalidade**	**Identidade**
Laura Maria Vidal Nogueira	**brasileira**	**RG nº.1652931 SSP PA**

Terra Indígena: Sai Cinza, Kato, Caroçal do Rio das Tropas, Restinga, Waro Apompo, Missão São Francisco, Santa Maria, Teles Pires e Jacareacanga	**Etnia: Munduruku**
Coordenação Regional: Tapajós	**Coordenação Técnica:Sai Cinza**

VIGÊNCIA DA AUTORIZAÇÃO

Início: 01 de abril de 2010	**Término: 30 de abril de 2011**

OBSERVAÇÕES

*** Esta Autorização está condicionada a assinatura do Consentimento Livre e Esclarecido por parte dos representantes do povo Munduruku, a ser encaminhado a AAEP/Funai para fazer parte do Processo autuado em nome da coordenadora da pesquisa.**

*** Esta Autorização está condicionada ao comparecimento da equipe a FUNASA para vacinar-se contra a gripe Influenza A H1 N1.**

*** Remeter à Assessoria de Acompanhamento aos Estudos e Pesquisas/Funai, duas cópias da monografia, relatórios, artigos, livros, gravações, imagens e outras produções oriundas do trabalho realizado.**

*** Esta autorização não inclui cessão de uso de imagem e som de voz dos índios, nem de acesso ao conhecimento tradicional associado a biodiversidade.**

Autorizo:

Brasília, 05 de abril de 2010.

Presidente da FUNAI

Márcio Augusto Freitas de Meira