

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

VÂNIA FERNANDES RABELO

O Controle da Tuberculose no Parque Indígena do Xingu: Protagonismo
dos Profissionais Indígenas e Vulnerabilidade

SÃO PAULO

2016

VÂNIA FERNANDES RABELO

O Controle da Tuberculose no Parque Indígena do Xingu: Protagonismo
dos Profissionais Indígenas e Vulnerabilidade

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária
em Saúde no Sistema Único de Saúde

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Francisco Oscar de Siqueira França

SÃO PAULO

2016

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTA TRABALHO,
POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E
PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ___/___/___

Catálogo na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Rabelo, Vânia Fernandes

O controle da tuberculose no Parque Indígena do Xingu:
protagonismo dos profissionais indígenas e vulnerabilidade / Vânia
Fernandes Rabelo. São Paulo, 2016.

175p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Oscar de Siqueira França

Área de concentração: Enfermagem em Saúde Coletiva

1. Tuberculose.
2. Índios.
3. Vulnerabilidade.
4. Enfermagem. I. Título.

Nome: Vânia Fernandes Rabelo

Título: O Controle da Tuberculose no Parque Indígena do Xingu: Protagonismo dos Profissionais Indígenas e Vulnerabilidade

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovado em: ___/___/___

Banca Examinadora

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

*À minha família,
Pelo amor dito e sentido.*

Aos senhores,
que cuidaram do corpo e da alma de muitos no Xingu:

Professor Dr. Roberto Baruzzi

e

Pajé Prepori Kaiabi.

Meu imenso respeito!



Fonte: Camila Gauditano



Fonte: Instituto Socioambiental

AGRADECIMENTOS

Aos agentes de saúde e auxiliares de enfermagem indígenas: meus companheiros, colegas e professores queridos. Durante a construção do presente trabalho foram os responsáveis por lágrimas (de saudade e orgulho). Ao ler os depoimentos, as lembranças do “nosso trabalho” se fizeram presentes.

Às lideranças indígenas pelo apoio, presença e trabalho conjunto. Através das pessoas do Mairawe Kaibí, Tinínin Yudja, Kamaní Trumai, Matareiup Kaibí, Macarea Trumai, Pablo Kamaiura, Kumaré Ilepeng recebam meus agradecimentos.

Às comunidades das aldeias, pelo acolhimento e respeito sentidos durante os anos em que a minha “casa” foi o Xingu.

A TODOS os amigos e colegas “branquígenas” que estiveram comigo no Xingu. Agradeço pelos momentos de cumplicidade e parceria.

Ao Projeto Xingu, através das pessoas da Sofia Mendonça, Douglas Rodrigues e Lavínia Oliveira, por me aproximar dos povos indígenas. Grata pelas oportunidades de conhecimento, experiência e convivência ao longo desses 11 anos.

Aos meus amigos e colegas de trabalho do Projeto Xingu/Ambulatório do Índio com os quais trabalho atualmente e vivencio novas experiências.

Ao meu orientador, professor Francisco Oscar de Siqueira França pela ajuda, respeito, confiança e por compartilhar reflexões importantes para minha prática profissional.

À professora Maria Rita Bertolozzi por ser um exemplo de profissional, por instigar nos alunos o exercício do pensamento crítico e pela importante ajuda durante a construção desse trabalho.

A todos os professores e colegas/amigos da EEU SP com os quais pude aprender e trocar experiências.

(...) A sociedade brasileira deve aprender a escolher melhor seus representantes no congresso e no governo, como fazemos quando escolhemos nossos líderes onde o compromisso é com nossas aldeias, nossas famílias e nossas comunidades. Um mal dirigente significa prejuízo para o povo e para a terra. Rezamos ao Grande Espírito, pois o Brasil de nossos antepassados merece grandes Chefes.

Carta da sabedoria indígena - Pajés

Agora você já sabe que ninguém passa incólume pela experiência de ver o mundo pelos olhos de um índio. Você nunca mais vai ser a mesma pessoa. Darci Ribeiro

Fonte imagem: Hélio Mello

Rabelo VF. O Controle da Tuberculose no Parque Indígena do Xingu: Protagonismo dos Profissionais Indígenas e Vulnerabilidade [dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2016.

RESUMO

Introdução: Há inúmeros documentos que confirmam o papel da tuberculose na depopulação de vários povos indígenas no mundo. No Brasil a disseminação da doença foi atribuída aos portugueses e missionários jesuítas, a partir de 1500. Há algumas particularidades no cenário sociocultural da Saúde Indígena que acabam se configurando facilitadoras para o adoecimento por tuberculose, desafiando o seu controle. No Brasil, pode-se encontrar incidência até 10 vezes maior que a população não indígena. **Objetivo:** A investigação teve como objetivo analisar o trabalho dos profissionais indígenas de saúde, que atuam nos territórios do Médio, Baixo e Leste Xingu, nas ações de controle da tuberculose e propor medidas para o aperfeiçoamento do Programa de Controle da Tuberculose do Distrito Sanitário Especial Indígena Xingu (DSEI Xingu). **Método:** Para a realização do estudo optou-se pela utilização da abordagem metodológica qualitativa. Foram realizadas entrevistas, utilizando um instrumento não estruturado para coleta dos dados. A análise do material empírico foi feita à luz do marco teórico da vulnerabilidade e do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, através da técnica de análise de discurso que permitiu a definição das categorias analíticas. **Resultados:** Os resultados evidenciam protagonismo dos profissionais indígenas nas ações de controle da tuberculose, influenciado pela experiência de formação profissional ofertada no local de estudo. Por outro lado, identificam-se aspectos de vulnerabilidade programática no processo de trabalho das equipes locais e da gestão do DSEI Xingu no que se refere às atividades do programa de controle da tuberculose. **Conclusões:** Os resultados mostram que há necessidade de reestruturação do programa através de intervenções no âmbito gerencial e assistencial, possibilitando a integralidade das ações. Nesse contexto, torna-se essencial o foco na organização do processo de trabalho, nas necessidades do território e na educação permanente para os profissionais indígenas e para os demais membros da equipe de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Tuberculose. População Indígena. Vulnerabilidade.

Rabelo VF. The Tuberculosis Control in the Xingu Indigenous Park: Protagonism of the Indigenous Professionals and Vulnerability. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2016.

ABSTRACT

Introduction: There are numerous documents that confirm the role of tuberculosis in the depopulation of various indigenous peoples in the world. In Brazil, the spread of the disease has been attributed to the Portuguese and Jesuit missionaries from 1500. There are some particularities in the socio-cultural setting of the Indigenous Health that end up setting itself as facilitators to illness for tuberculosis, challenging its control. In Brazil, it can be found incidence up to 10 times greater than the non-indigenous population. **Objective:** The research aimed to analyze the work of indigenous health professionals who work in the Medium, Low and East Xingu territories, in the control actions of tuberculosis and propose measures to improve the Tuberculosis Control Program of the Special Indigenous Sanitary District Xingu (DSEI Xingu). **Method:** For the study it was chosen the use of the qualitative methodological approach. Interviews were conducted using a non-structured instrument for data collection. The analysis of the empirical material was performed in the light of the theoretical framework of vulnerability and the National Program for Tuberculosis Control, through the discourse analysis technique, which allowed the definition of analytical categories. **Results:** The results showed the protagonism of the indigenous professionals in control actions of tuberculosis, influenced by the training experience offered at the study site. On the other hand, aspects of programmatic vulnerability are identified in the work process of the local teams and in the management of the DSEI Xingu with regard to the activities of the tuberculosis control program. **Conclusions:** The results show that there is necessity to restructure the program through interventions in the management and care framework, enabling integrality of actions. In this context, it is essential the focus on the organization of the work process, the needs of the territory and permanent education for indigenous professionals and other members of the health team.

Key words: Tuberculosis. Indigenous Population. Vulnerability.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa das Terras Indígenas do Brasil, 2011.	38
Figura 2 - Recuperação demográfica dos povos indígenas do Brasil, 1500-2010.	41
Figura 3 - Histórico da assistência à saúde indígena no Brasil.....	44
Figura 4 - Mapa dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.....	45
Figura 5 - Organização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.....	46
Figura 6 - Municípios priorizados pelo PNCT para ações de controle da TB entre as populações indígenas no Brasil, 2012.....	54
Figura 7 - Incidência de tuberculose 2004 a 2013, Brasil.....	57
Figura 8 - Mortalidade por tuberculose 2004 a 2013, Brasil.....	58
Figura 9 - Mapa do Parque Indígena do Xingu, 2011.	77

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Depopulação pós-contato e as principais causas de morte.....	39
Quadro 2 - Trajetória de trabalho e formação profissional dos participantes da pesquisa	87
Quadro 3 - Número de casos de TB acompanhados pelos participantes da pesquisa	88

LISTA DE SIGLAS

AEI	Auxiliar de Enfermagem Indígena
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
AIS	Agente Indígena de Saúde
AISAN	Agente Indígena de Saneamento
APIB	Articulação dos Povos Indígenas do Brasil
BCG	Bacillus Calmette-Guérin
CASAI	Casa de Saúde Indígena
CEBES:	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CI	Coeficiente de Incidência
CIMI	Conselho Indigenista Missionário
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CM	Coeficiente de Mortalidade
CONDISI	Conselho Distrital de Saúde Indígena
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DIASI	Divisão de Atenção à Saúde Indígena
DOTS	Direct Observed Treatment Short-Course
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
DS-TB	Determinante Social da Tuberculose
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
EMSI	Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena
EPM	Escola Paulista de Medicina
EVS	Equipe Volante de Saúde
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
HSP	Hospital São Paulo
ILTB	Infecção Latente da Tuberculose
MS	Ministério da Saúde
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PECT	Programa Estadual de Controle da Tuberculose
PIX	Parque Indígena do Xingu
PMCT	Programa Municipal de Controle da Tuberculose
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose

RT-TB	Responsável Técnico pelo controle da Tuberculose
SasiSUS	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde
SESAI	Secretaria Especial da Saúde Indígena
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SPDM	Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
SPI	Serviço de Proteção aos Índios
SPILTN	Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais
SR	Sintomático Respiratório
SUCEN	Superintendência de Controle das Endemias
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSA	Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas
TB	Tuberculose
TBMDR	Tuberculose Multidrogarresistente
TBXDR	Tuberculose Extensivamente Resistente
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDO	Tratamento Diretamente Observado
UAE	Unidades Aéreas Especiais
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

APRESENTAÇÃO

Há 11 anos o objeto da minha prática profissional tem sido a saúde indígena. Vem daí a motivação para o desenvolvimento deste estudo que agrega minha experiência de seis anos de trabalho assistencial neste campo de atuação. Durante este período atuei como membro do Projeto Xingu da UNIFESP no Parque Indígena do Xingu/Mato Grosso. O meu trabalho estava diretamente ligado às ações de atenção básica e às atividades de formação (em serviço) de profissionais indígenas.

Atualmente, mantenho o vínculo com o Projeto Xingu desenvolvendo atividades de tutoria e docência no Curso de Especialização em Saúde Indígena direcionado à equipe multiprofissional que operacionaliza as ações de atenção básica nas áreas de abrangência dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, participação em ações matriciais dentro do território do Parque Indígena Xingu (PIX) e atividades de enfermagem no Ambulatório do Índio, serviço que recebe indígenas provenientes de todo o território nacional.

As ações de vigilância da saúde, incluindo as de controle da tuberculose, faziam parte do meu cotidiano. No território de saúde do PIX houve uma experiência importante no que se refere ao controle da tuberculose, iniciada antes da criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – SasiSUS - que ocorreu em 1999.

Desde o início da minha atuação no território do Xingu presenciei relatos dos “velhos¹” e dos profissionais de saúde sobre as estratégias para o controle da tuberculose, utilizadas na ocasião em que havia um maior número de casos e uma menor estrutura para o desenvolvimento do trabalho da saúde. Além disso, o protagonismo dos profissionais indígenas, na operacionalização das ações, despertou atenção.

¹ expressão usada pelas comunidades do Xingu para se referir aos idosos.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	37
1.1	POVOS INDÍGENAS NO BRASIL: A RESISTÊNCIA E AS PERMANENTES AMEAÇAS	37
1.2	ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL: UM HISTÓRICO DE AVANÇOS E RETROCESSOS.....	43
1.3	TUBERCULOSE: UM PROBLEMA ATUAL DE SAÚDE PÚBLICA.....	48
1.4	PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE	51
1.5	A TUBERCULOSE E OS POVOS INDÍGENAS	55
1.6	A TUBERCULOSE NO PARQUE INDÍGENA DO XINGU.....	59
2	JUSTIFICATIVA.....	67
3	OBJETIVO	71
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	75
4.1	REFERENCIAL TEÓRICO.....	75
4.2	CAMPO DE ESTUDO	76
4.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	78
4.4	CRITÉRIOS DE ESCOLHA DOS PARTICIPANTES.....	79
4.5	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	79
4.6	PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS	80
4.7	PROCEDIMENTOS ÉTICOS	81
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	85
5.1	A DESCRIÇÃO DO PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA	85
5.2	A CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE ASPECTOS RELACIONADOS À TUBERCULOSE E SEU CONTROLE.....	89
5.2.1	CONCEPÇÃO SOBRE A TUBERCULOSE	89
5.2.2	CONCEPÇÃO SOBRE O TRATAMENTO.....	92

5.2.3	CONCEPÇÃO SOBRE A PREVENÇÃO	93
5.2.4	CONCEPÇÃO SOBRE A SITUAÇÃO ATUAL	94
5.2.5	CONCEPÇÃO SOBRE O TRABALHO DOS PROFISSIONAIS INDÍGENAS NO CONTROLE DA TUBERCULOSE	95
5.3	O CONHECIMENTO SOBRE A TUBERCULOSE	97
5.4	O PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE	104
5.5	A SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA LOCAL	112
5.6	NECESSIDADES	113
5.7	VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA	114
6	IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	121
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	127
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	133
9	APÊNDICE	151
10	ANEXOS	169

1 INTRODUÇÃO

1.1 POVOS INDÍGENAS NO BRASIL: A RESISTÊNCIA E AS PERMANENTES AMEAÇAS

Todo o meu trabalho como médico entre os índios do Brasil foi orientado por uma única idéia: que o processo rápido de civilizar o índio é a forma mais eficaz de matá-lo.

Noel Nutels

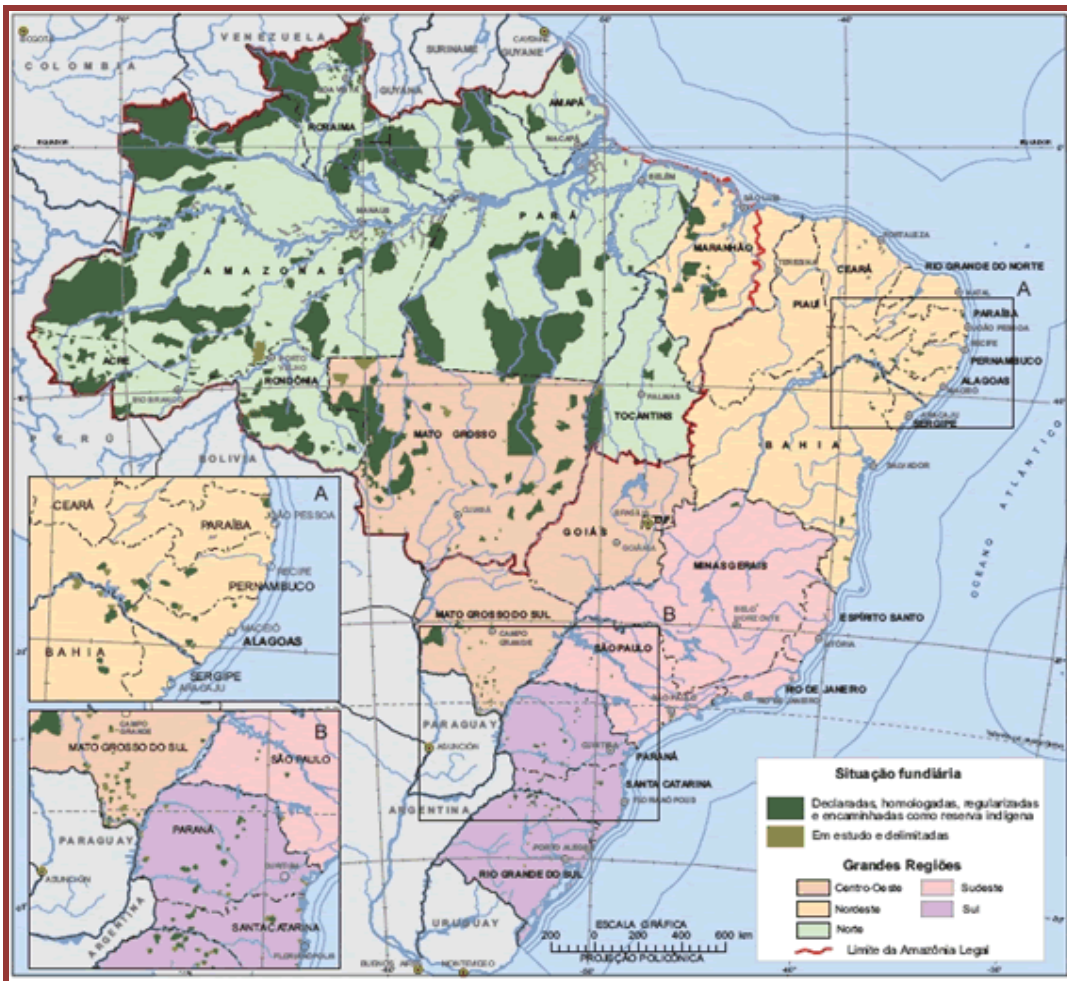
De acordo com Darci Ribeiro e Lévi Strauss (1955, 1974 apud Rodrigues, 2015) em vários momentos do século passado os indígenas brasileiros foram considerados extintos ou em processo de extinção.

Para Hemming e Nimuendaju (1978, 1987 apud Rodrigues, 2015) os números mostram um milhão de vidas perdidas em cada século de contato. Na ocasião da chegada dos colonizadores portugueses havia cerca de cinco milhões de pessoas pertencentes a 1.000 povos.

A população indígena do Brasil atual é de 896.917 pessoas que representam 305 povos, falantes de 274 línguas. Essa população representa, portanto, 0,44% da população do país e vive em 505 terras indígenas reconhecidas, o que corresponde a 12,5% do território nacional (IBGE, 2010).

Há 101 referências de grupos isolados na Amazônia brasileira, sendo 23 confirmadas (FUNAI, 2013). O mapa a seguir mostra a localização das terras indígenas onde habitam os povos indígenas aldeados.

Figura 1 - Mapa das Terras Indígenas do Brasil, 2011.



Fonte: <http://www.funai.gov.br/index.php/comunicacao/noticias/1757-ibge-divulga-resultado-do-censo-2010-sobre-populacao-indigena?start=1>

A depopulação dos povos indígenas do Brasil foi consequência da escravização, matança em guerras de extermínio e espoliação do território (Rodrigues, 2015a).

Os povos indígenas foram perseguidos e escravizados por homens que se especializavam em ataques às aldeias, os bandeirantes, que utilizavam as trilhas abertas pelos indígenas para penetrar no interior do país. Nestas incursões os bandeirantes descobriram as primeiras jazidas de ouro e diamante, principalmente em Minas Gerais e Mato Grosso, o que intensificou a vinda de mais portugueses ao território brasileiro e maior violência contra os indígenas. (Troncarellia, 2015, p. 3)

Além da violência, o genocídio dos povos indígenas foi atribuído às epidemias “naturais” e intencionais. As doenças trazidas da Europa, como a gripe, o sarampo, a tuberculose e a varíola, entre outras, mataram milhares de indígenas durante e após o processo de colonização. (Troncarelli, 2015a, p. 5)

O quadro a seguir retrata a depopulação de alguns povos, mostrando o ano em que ocorreu o contato e as principais causas das mortes:

Quadro 1 – Depopulação pós-contato e as principais causas de morte.

Povo	Contato oficial (ano)	População no Contato	Tempo decorrido (anos)	População pós contato	Depopulação (%)	Principais causas de morte
Aikawara	1960	126	4	34	73,0	gripe, varíola
Asurini Tocantins	1953	190	9	35	81,6	gripe, malária
Assurini do Xingu (Awaete)	1971	100	11	52	48,0	Gripe
Panará	1973	450	6	79	83,0	gripe, malária
Cinta Larga	1969	1981	12	500	74,8	violência, gripe, malária
Gavião Parakêjê	1956	580	10	176	69,7	gripe, sarampo
Suruí	1972	1200	3	165	86,2	tuberculose, outras

Fonte: Adaptado de Rodrigues, 2015

O encontro entre os europeus e as sociedades originárias foi marcado pelo conflito e a oposição. Os indígenas do Brasil são vistos pela sociedade envolvente como Povos que intercedem negativamente no desenvolvimento do país. Também são marcados por rótulos, preconceitos e discriminação da sociedade brasileira. A relação de poder que se estabeleceu, caracterizada pela profunda desigualdade de forças, gerou uma série de fatores que determinaram condições de subordinação e dependência. Entre esses fatores está o acesso à assistência à saúde (Rodrigues e Mendonça, 2015a).

Historicamente, a preocupação do Estado Brasileiro com a saúde indígena só teve início no princípio do Século XX quando, em 1910, foi criado o Serviço de Proteção ao Índio e Localização dos Trabalhadores Nacionais– SPILTN vinculado ao Ministério da Agricultura. Este foi o primeiro órgão indigenista do Brasil presidido, inicialmente, pelo Marechal Rondon, um militar de origem indígena que foi responsável pelas expedições de ocupação territorial no interior do país. E, posteriormente, em 1963, pelo médico sanitário e defensor dos indígenas, Noel

Nutels. Acreditava-se, nesse período, que os indígenas se integrariam à população nacional, aderindo aos seus hábitos. Mais tarde, o SPILTN passou a ser direcionado somente aos povos indígenas.

Segundo Gomes (2012), a principal contribuição do Serviço de Proteção ao Índio - SPI ao indigenismo nacional está na efetivação de uma política de respeito à pessoa do índio, de responsabilidade histórica por parte da nação brasileira pelos destinos dos povos indígenas que habitam o território nacional.

Porém, com o passar dos anos, a instituição se envolveu em escândalos de corrupção e violência, as verbas se tornaram escassas e, conseqüentemente, as atividades desenvolvidas nos territórios indígenas foram se desestruturando, até sua extinção.

Meu pai sofreu muito nos seis meses em que estive à frente do SPI. Era um órgão sugado pela corrupção, onde fazendeiros subornavam funcionários para tomarem posse de terras indígenas onde haveria minérios. Havia até latifundiários que pediam proteção dos indígenas, justamente o povo que o órgão deveria defender (Bertha Nutels, 2013).

Por outro lado, essa política excluiu o acesso à informação e formação, que garantiria o diálogo e interlocução com a sociedade nacional. Ao contrário, muitas vezes a “pacificação” acarretava em desestruturação social, fome, miséria. Além disso, nesses encontros eram levados presentes, doenças e remédios (Rodrigues e Mendonça, 2015a).

Posteriormente, em 1967, foi criada a Fundação Nacional do Índio – FUNAI, órgão indigenista oficial até os dias de hoje. Antes, ligada ao Ministério do Interior e, atualmente ao Ministério da Justiça, o novo órgão veio com o ímpeto burocrático de resolver a questão indígena de uma vez por todas. Isso significaria, efetivamente, transformar os indígenas em brasileiros, integrá-los à nação e assimilá-los culturalmente ao seu povo (Gomes, 2012). A FUNAI desenvolveu atividades ligadas à saúde de maneira esporádica, além de ter feito a regulamentação da legislação brasileira sobre os indígenas, mediante a lei 6.001, de dezembro de 1973, conhecida como o Estatuto do Índio.

Assim como o SPI, a FUNAI se localiza em um cenário de fragilidades e críticas em relação ao seu papel como órgão indigenista. A insatisfação, por parte dos povos indígenas, indigenistas, antropólogos e profissionais de diversas áreas fez com que, na década de 80, houvesse uma maior organização dessas partes para reivindicar os direitos dos povos indígenas.

A edição especial da Revista Saúde em Debate do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES publicada no ano de 1988 dedicou suas páginas à saúde do índio. No editorial, o sanitarista Noel Nutels evidencia as vulnerabilidades das populações indígenas do Brasil na década de 80 e os seus determinantes. Nos dias de hoje, esses povos ainda vivem imersos no mesmo cenário de ataques morais e físicos tendo como pano de fundo o interesse do grande capital sobre as terras onde os indígenas habitam e os recursos que elas guardam.

Porém, a década de 80 foi um marco pelo fato de ter havido a abertura para a participação dos indígenas e dos movimentos indígenas nas discussões da Assembléia Constituinte. A partir disso, vários artigos relacionados aos povos indígenas foram contemplados na Constituição Federal de 1988. O documento reconhece os indígenas como cidadãos que possuem direitos a terra, a educação, a saúde. Além do direito a viver de acordo com seus hábitos e costumes (Rodrigues e Mendonça, 2015b).

Em relação à saúde, desde a década de 80 já se discutia a necessidade de uma atenção diferenciada para os povos indígenas. A importância da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) para a mudança de rumos na saúde brasileira não excluiu a discussão da saúde indígena. Esse acontecimento político-sanitário, que delineou o Sistema Único de Saúde – SUS, foi palco de reflexões sobre a necessidade de uma assistência à saúde para os povos indígenas que considerasse a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política, questões contempladas na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas - PNASPI de 2002.

Ao longo dos anos houve avanços significativos, inclusive no que se refere à recuperação demográfica dos povos.



Fonte: Rodrigues, 2015

No Xingu, a população começa a aumentar nas décadas de 70 e 80, como resultado do atendimento de saúde, vacinação e formação de agentes indígenas de saúde e de auxiliares de enfermagem, desenvolvidos principalmente pelo Projeto Xingu da UNIFESP (Troncarelli, 2015).

Porém, os produtos da luta travada na década de 80 estão ameaçados neste cenário de invisibilidade, intolerância e conflitos de várias ordens. Há um discurso de respeito às diferenças que não se operacionaliza nesse *lócus* em que há um modo de produção que não reserva espaço para a organização social dos indígenas.

Os pactos de governabilidade com a bancada ruralista e da mineração e com a estratégia de desenvolvimento focada em um modelo primário exportador, que lembra os tempos coloniais, além de impactar a maioria dos povos e territórios indígenas, fomenta o discurso de “muita terra para pouco índio”, retomando o argumento de que os indígenas são empecilhos ao desenvolvimento do país e que são obstáculos a serem removidos (Rodrigues, 2015, p.23b).

1.2 ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL: UM HISTÓRICO DE AVANÇOS E RETROCESSOS

A saúde para os povos indígenas é uma construção coletiva, e se conquista através da participação e do fortalecimento do seu protagonismo e poder de decisão.

CIMI

A primeira tentativa organizada que objetivava levar ações de saúde aos indígenas e às populações rurais de difícil acesso surgiu na década de 50, ocasião em que foi criado, no Ministério da Saúde, o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), liderado pelo médico sanitarista Noel Nutels. As atividades do SUSA concentravam-se na vacinação, controle de tuberculose e outras doenças transmissíveis trazidas pelo contato (Rodrigues, 2013). A preocupação de criar uma infraestrutura de atendimento à saúde das populações indígenas surgiu a partir do trabalho realizado por Noel Nutels e os irmãos Villas Boas durante a Expedição Roncador Xingu, da Fundação Brasil Central (Costa, 1987).

Sob a gestão da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), foi estabelecido um modelo de prestação de serviços de caráter campanhista e eventual, por meio de Equipes Volantes de Saúde (EVS), que se deslocavam para as áreas indígenas para executar ações de assistência à saúde. No Ministério da Saúde, o SUSA, renomeado como Unidade de Atendimento Especial (UAE), passou a trabalhar apenas com o controle da tuberculose e somente em algumas áreas indígenas (Rodrigues, 2013).

Em alguns casos foram feitos convênios com instituições de saúde como a Escola Paulista de Medicina que, desde 1965, vem monitorando a saúde dos indígenas do PIX. (Gomes, 2012).

Porém, somente em 1999, a partir da implantação do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (SasiSUS), criado pela Lei Arouca, o Ministério da Saúde assume, de fato, a responsabilidade sobre a saúde dos povos indígenas. Três anos depois, em 2002, foi aprovada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI).

Inicialmente, a gestão do SasiSUS era de responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Em 2010 houve a transferência da gestão para a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), nível central do Ministério da Saúde, que tinha como missão *“implementar um novo modelo de gestão e de atenção no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o Sistema Único de Saúde, descentralizado, com autonomia administrativa, orçamentária, financeira e responsabilidade sanitária dos 34 Distritos Sanitário Especiais Indígenas”* (SESAI, 2016).

A figura a seguir mostra a linha do tempo referente ao histórico da assistência à saúde aos povos indígenas do Brasil.

Figura 3 - Histórico da assistência à saúde indígena no Brasil



Fonte: Brasil, 2015

O Subsistema é formado por uma rede de serviços estruturada no interior das terras indígenas, e é responsável pelo provimento de ações e serviços de atenção básica à saúde para a população indígena, baseando-se no modelo de vigilância à saúde (PNASPI, 2002). A continuidade da assistência deve ser realizada nos outros níveis de atenção, dentro do SUS.

No nível local, a gestão é realizada pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) que executam as ações de saúde nos territórios indígenas. Os DSEI são territórios etnogeográficos, não correspondendo à mesma divisão administrativa dos estados e municípios e estão localizados em 34 regiões do país, conforme ilustrado no mapa a seguir:

Figura 4 - Mapa dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas



Fonte: SESAI, 2014

Nas aldeias, as ações da atenção básica são realizadas pelas Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI) formadas por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem indígenas (a presença desses profissionais não é uma realidade em todos os DSEI) e agentes indígenas de saúde. Como retaguarda para os pacientes que necessitam de atendimento nos níveis secundário e terciário, a estrutura dos DSEI conta com as Casas de Apoio à Saúde do Índio – CASAI que oferecem hospedagem, alimentação e serviço de enfermagem.

Segundo a SESAI, o número de contratados entre o período de 2009-12 aumentou 40%. Dados oficiais não estão disponíveis, mas estima-se que haja cerca de 20 mil trabalhadores contratados pelo subsistema, entre médicos, enfermeiros, dentistas e em menor número assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos e farmacêuticos. Os

profissionais de nível superior estão em torno de 4 mil. Do outro lado há um contingente expressivo, de cerca de 6 mil Agentes Indígenas de Saúde - AIS e Agentes Indígenas de Saneamento - AISAN, sem o devido preparo e reconhecimento para atuar profissionalmente (Oliveira, 2015).

Figura 5 - Organização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas



Fonte: SESAI, 2014

O SasiSUS, norteado pela PNASPI, é responsável pela preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural, gestão das ações de saúde executadas para os povos indígenas, promoção do uso racional de medicamentos, articulação entre a biomedicina e a medicina tradicional, entre outras diretrizes, tendo como princípio a realização de uma atenção diferenciada que garanta a equidade (FUNASA, 2002).

No que se refere à atenção diferenciada, Pontes et al. (2015) chama a atenção para questões presentes na PNASPI:

[...] Segundo a PNASPI há três princípios organizativos do modelo de atenção que se relacionam com a atenção diferenciada. O primeiro deles se refere a levar “em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos”, o que pode ser operacionalizado mediante o desenvolvimento e uso de “tecnologias apropriadas por meio da adequação das formas ocidentais convencionais de organização de serviços”. O segundo princípio sustenta a

proposição de que, para a organização do modelo, deve-se levar em consideração os “sistemas de representações, valores e práticas relativas ao adoecer e buscar tratamento dos povos indígenas, bem como seus próprios especialistas”. Assim, indica, como estratégias operacionais, a preparação dos profissionais de saúde para a atuação em contexto intercultural e a articulação com os sistemas tradicionais de saúde. Considera-se como terceiro princípio a participação das lideranças e organizações indígenas e indigenistas na formulação, gestão e execução do sistema de saúde indígena por meio da estruturação de conselhos e conferências. Para além da realização do controle social, essas estruturas pretenderiam garantir a especificidade e adequação cultural das políticas e ações executadas nos Distritos.

De acordo com Rodrigues (2011), do ponto de vista teórico, a PNASPI e a concepção do SasiSUS são inovações pioneiras na América Latina. Porém, considera que há uma dificuldade em mudar as práticas na saúde indígena. Nessa direção, outros autores fazem críticas à gestão da saúde indígena e ao insucesso na busca do princípio da atenção diferenciada, conceito pouco sistematizado até o momento e bastante genérico no documento da PNASPI (Langdon e Diehl, 2007; Ferreira, 2013; Rodrigues, 2015b).

Segundo publicação da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil – APIB o SasiSUS, desde a sua constituição, sinalizou fragilidades e equívocos:

O chamado Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Sasi-SUS) desde os seus primeiros passos no início da década de noventa sempre esteve imerso em um ambiente institucional burocrático, tecnicista e autoritário (Moraes, 2013).

O Conselho Indigenista Missionário – CIMI em uma de suas publicações reforça aspectos da crise da saúde:

Não há uma política orgânica, que respeite os preceitos constitucionais e permita que os povos indígenas recebam uma atenção diferenciada, eficaz e respeitosa para com seus modelos e concepções de cura (Altini, et al, 2013, p. 21).

Ainda chama a atenção para colocações do Ministério Público Federal sobre a vulnerabilidade encontrada nos territórios:

“São comuns os relatos de morte de pacientes nas aldeias em razão da demora nas remoções, ausência de

medicamentos básicos nos postos de saúde, inexistência de médicos e odontólogos para o atendimento nas comunidades, falta de estrutura nas Casas de Saúde Indígena (Casai), que muitas vezes estão em situação de completo abandono, e a enorme quantidade de motores e barcos quebrados, entre tantos outros fatores evitáveis de óbito”.

Nesse contexto, evidencia-se, como prática, o que Cardoso chama de “normatização inclusiva”, uma modalidade homogeneizante de gestão e de prestação de serviços que ignora tanto as desigualdades sociais e sanitárias entre indígenas e não indígenas quanto a diversidade, inerentes ao modo de vida indígena e ao processo colonial instituído ao longo do contato interétnico. Assim, o SASI parece avançar às cegas, tendo pouco sucesso em efetivar as premissas que orientam sua concepção e se limitando a uma retórica que pouco se traduz em ação efetiva no interior das terras indígenas (Garnelo, 2014).

1.3 TUBERCULOSE: UM PROBLEMA ATUAL DE SAÚDE PÚBLICA

E mais, é minha opinião que a pobreza deve ser erradicada.

Cato

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa transmissível, que acomete os seres humanos desde o período pré-histórico. No século XVIII, principalmente na Europa ocidental, as taxas da doença eram extremamente elevadas. Vários estudos foram realizados com o objetivo de conhecer melhor a doença. Com isso, no século XIX, em 1882, o médico Robert Koch descobriu o bacilo causador da tuberculose.

Há relatos de que Robert Koch esteve otimista em relação à viabilidade da erradicação da doença. Porém, mais de um século após a descoberta do agente etiológico, a tuberculose ainda é considerada um grave problema de saúde pública no Brasil e em várias regiões do mundo (Daniel, 2006; Keshavjee et al, 2012; Lienhardt et al, 2012). É uma das doenças que atende os critérios das enfermidades prioritárias que se apresentam como um agravo de saúde pública devido a sua magnitude, transcendência e vulnerabilidade (MS, 2011). A tuberculose se equipara ao HIV/AIDS como principal causa de morte entre as doenças infecciosas do planeta (ONU, 2016a).

Apesar de usualmente curável, há casos onde a cura da tuberculose ocorre após tratamento muito longo, extremamente caro, com mais de sete drogas, como é o

caso da Tuberculose com Resistência Extensiva (TBXDR). A TBXDR é causada por bacilos que apresentam resistência à rifampicina, à isoniazida, a qualquer fluorquinolona e a qualquer droga injetável: a amicacina, a capreomicina e a canamicina. Também merece consideração a ocorrência cada vez mais frequente da Tuberculose Multidrogaresistente (TBMDR) caracterizada por doença causada por bacilo simultaneamente resistente à rifampicina e à isoniazida.. A resistência decorre, principalmente, do tratamento irregular, o que coloca em destaque a importância do rápido diagnóstico e do início imediato do tratamento (Dheda et al, 2012; Chiang et al, 2013), sendo particularmente fundamental a adesão ao tratamento, ou seja, a regularidade da tomada da medicação (Bertolozzi et al., 2014).

Além da explosão na prevalência de resistência a múltiplas drogas, a co-infecção TB/HIV, o envelhecimento da população e a pobreza contribuem para o triste cenário da tuberculose no mundo. A doença possui um vínculo indissociável com a pobreza e essa constatação está expressa na grande maioria das publicações que abordam a doença. (Ruffino-Netto, 2002; Waaler, 2002; Hino, et al. 2011, Santos, 2007). É indubitável que a tuberculose é um marcador social importante de iniquidade e um enorme desafio para muitos países, incluindo o Brasil.

Diante disso, o enfrentamento da situação da tuberculose deve considerar uma abordagem que extrapola o setor saúde. Porém, nas últimas décadas, as ações estão centradas quase que exclusivamente nas ações biomédicas (Ortblad et al., 2015).

A abordagem biomédica tem enfatizado, principalmente, as intervenções que dependem fortemente de funcionamento dos sistemas de saúde. No entanto, a tuberculose permanece profundamente enraizada na pobreza e más condições de vida. Aí reside a dificuldade: uma abordagem biomédica combate apenas uma parte do problema. Um modelo biossocial que combina abordagens biomédicas e sociais é crucial para vencer a batalha contra a tuberculose. (Ortblad et al., 2015).

É necessário e urgente, portanto, a busca pela melhoria das condições socioeconômicas, da segurança alimentar e de cuidados de saúde das populações mais vulneráveis para reduzir a carga da tuberculose no mundo.

Dos nove milhões de indivíduos diagnosticados com tuberculose por ano no mundo, um terço não é assistido pelos sistemas de saúde. Muitas destas três milhões de pessoas vivem em comunidades pobres e tem alta vulnerabilidade. Frequentemente a doença acomete populações marginalizadas, como os trabalhadores migrantes, refugiados e pessoas deslocadas internamente, exemplificadas pela população carcerária, por povos indígenas, minorias étnicas e usuários de drogas (Zumla et al, 2013; WHO, 2014; The Lancet, 2015).

Em 1993, como resposta à situação da tuberculose, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a doença uma emergência mundial. Apesar da mortalidade por tuberculose ter caído mais de 45% em todo o mundo desde 1990 e a incidência apresentar declínio, os desafios para se alcançar as metas estabelecidas em todo o mundo, que visam diminuir a incidência e fazer com que a doença deixe de ser um problema de saúde pública são significativos (Ditiu, 2011, WHO, 2014)

Em 2014, a tuberculose matou 1,5 milhões de pessoas (1,1 milhões de HIV-negativos e 0,4 milhões de pessoas HIV-positivo). O número é composto de 890 000 homens, 480 000 mulheres e 140 000 crianças (WHO, 2015).

A agência da Organização das Nações Unidas - ONU destacou progressos observados em diversos países, incluindo Índia, África do Sul, Rússia, Brasil e Vietnã. Apesar disso, em 2016, calcula-se que haverá 9,6 milhões de casos e 1,5 milhões de mortes pela doença incluindo homens, mulheres e crianças (Rádio ONU, 2016).

A partir de 2016, com a implementação da Estratégia End TB pretende-se acabar com esta epidemia mundial. Adotada pelo mundo na Assembléia da Saúde em maio de 2014, e com metas ligadas aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável - ODS recentemente adaptadas, a estratégia serve como um modelo para os países para reduzir o número de mortes por tuberculose em 90% e a detecção de 80% dos casos estimados até 2030, além de garantir que nenhuma família seja sobrecarregada com custos catastróficos devido à TB (Organização Mundial da Saúde, 2015).

Em relação às informações disponíveis sobre a tuberculose há diversas publicações que enfatizam a fragilidade dos dados e a necessidade de melhorar a confiabilidade

das informações (Meireles, 2000; Santos, 2007). Porém, a quantidade e a qualidade dos dados disponíveis para estimar a carga da doença vêm melhorando de acordo com a última publicação da OMS (WHO, 2015).

1.4 PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

A gente, na verdade, não tem muito o que celebrar.
Carlos Basília

O Brasil compõe a lista dos 22 países que concentram 80% dos casos de tuberculose, ocupando a 18ª posição (Boletim Epidemiológico, 2016).

Em 2013, foram diagnosticados 71.123 casos novos de tuberculose, perfazendo um coeficiente de incidência (CI) de 35,4/100.000 habitantes e houve 4.577 mortes. Em 2014 foram diagnosticados 67.966 casos novos - CI: 33,5/100.000 habitantes e 4.400 mortes (Boletim Epidemiológico, 2015).

De acordo com dados do Boletim Epidemiológico da Situação de Tuberculose do Estado do Mato Grosso, em 2013, a taxa de incidência da doença foi de 49/100.000 hab. (acima da média nacional), colocando o estado no 3º lugar no ranking do país (Secretaria Estadual de Saúde/Mato Grosso, 2013).

Nos últimos 10 anos, a incidência de casos de tuberculose no Brasil foi reduzida em 20,2%, passando de 38,7 casos/100 mil habitantes em 2006 para 30,9 casos/100 mil habitantes em 2015. Já a taxa de mortalidade passou de 2,2 óbitos para cada 100 mil habitantes, em 2014, sendo que havia 2,6 registrados em 2004 (Boletim Epidemiológico, 2016).

Somente a partir de 2003 o agravo se tornou uma prioridade no país e o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) da Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS) passou a integrar as ações de controle e vigilância da doença.

O PNCT tem como meta a detecção anual de 90% dos casos estimados de TB e a cura de 85% dos casos diagnosticados. O tratamento supervisionado, recomendado

desde 1996 no Plano Emergencial para Controle da TB, está entre os cinco componentes da estratégia DOTS (Direct Observed Treatment Short-Course). Essa estratégia pode ser entendida como um conjunto de boas práticas para o controle da TB (Ministério da Saúde, 2011). A Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) já utilizava o tratamento supervisionado como estratégia de controle da TB desde 1962 (Ruffino-Neto, 2002).

Em 2006, a estratégia Stop-TB/OMS reforçou a importância da estratégia DOTS, inserindo-a entre os seus componentes. O Stop-TB surge para potencializar o alcance das metas globais de controle da tuberculose no mundo. Neste contexto, as pesquisas operacionais surgem como parte da estratégia com foco nas necessidades dos programas de controle (Stop-TB, 2006).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) inclui as ações de controle da tuberculose com uma das áreas estratégicas para a operacionalização deste nível de atenção em todo o território nacional (PNAB, 2007). A horizontalização do combate à tuberculose faz parte das estratégias do PNCT. Apesar das análises sugerirem o aumento na cobertura da Estratégia Saúde da Família e no tratamento diretamente observado (Boletim Epidemiológico, 2016), os estudos mostram um baixo desempenho da atenção básica e a incorporação insatisfatória do TDO, havendo relatos de que menos de 60% dos casos são diagnosticados neste nível de atenção (UNASUS, 2015).

Algumas barreiras e desafios se colocam para o PNCT: baixa adesão, demora no diagnóstico, coinfeção TB/HIV e os casos de TB resistente.

Dentre as várias recomendações, o PNCT orienta que sejam realizadas ações estratégicas de controle da doença entre os grupos com maior vulnerabilidade. As populações indígenas estão incluídas nestes grupos que são representados também pelas pessoas privadas de liberdade, pessoas em situação de rua e pessoas vivendo com HIV/AIDS.

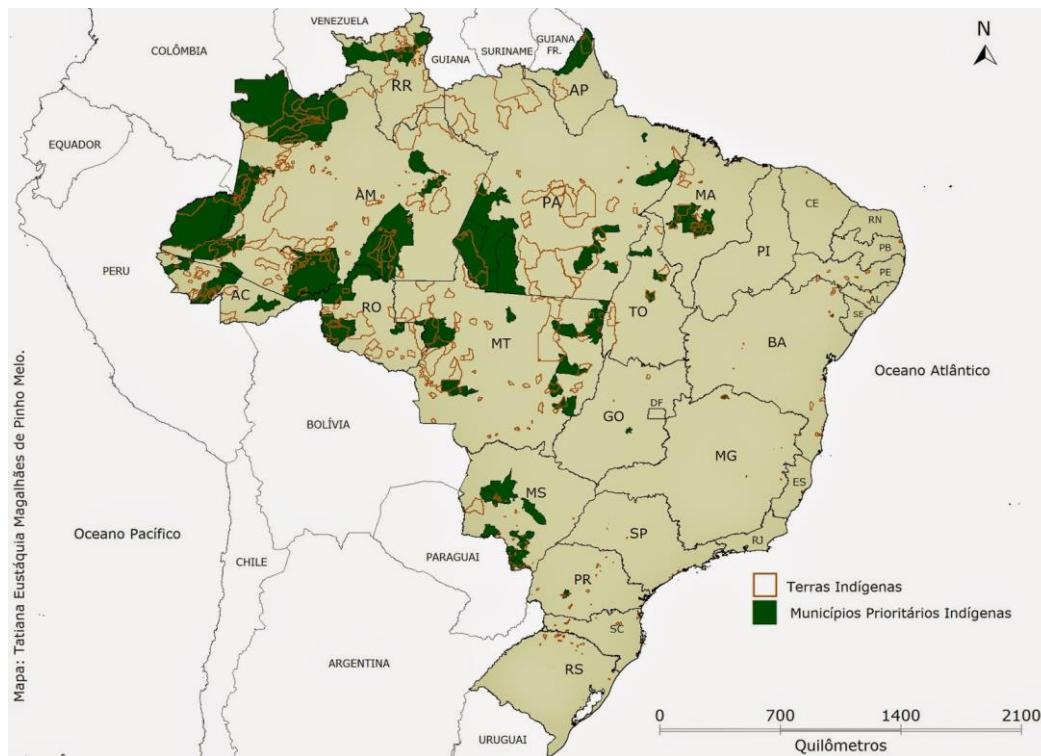
Em 2015, o Brasil aderiu ao compromisso global de redução de 95% dos óbitos e 90% do coeficiente de incidência da doença até 2035. As estratégias têm como norte a prevenção e o cuidado integrado e centrado no paciente; políticas arrojadas e sistemas de apoio; e a intensificação da pesquisa e da inovação. Estas metas e

estratégias foram aprovadas na Assembléia Mundial de Saúde para a *Prevenção, Atenção e Controle da Tuberculose pós-2015 – Estratégia pelo Fim da Tuberculose, que tem como visão “Um mundo livre da tuberculose: zero morte, adoecimento e sofrimento devido à tuberculose”, e como objetivo o “fim da epidemia global da doença”*. Neste momento, um Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose 2016-2020 está em construção no país para operacionalizar as estratégias, baseado no Plano Global (que estabelece prioridades e recursos financeiros através da OMS) e Regional (que propõe linhas estratégicas de ação através da OPAS). Este último *ênfatiza as populações vulneráveis e grupos de risco* (Boletim Epidemiológico, 2016).

Em 2012, os 67 municípios responsáveis por 79,8% dos casos de tuberculose notificados na população indígena residente em área rural foram priorizados pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) para o aperfeiçoamento das ações de controle desenvolvidas pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e pelos Programas Estaduais e Municipais de Controle da Tuberculose (PECT e PMCT)². O mapa a seguir ilustra esses municípios e evidencia a localização das terras indígenas.

² <http://tuberculose-populacoes-vulneraveis.blogspot.com.br/p/populacao-indigena.html>).

Figura 6 - Municípios priorizados pelo PNCT para ações de controle da TB entre as populações indígenas no Brasil, 2012.



Fonte: <http://tuberculose-populacoes-vulneraveis.blogspot.com.br/p/populacao-indigena.html>

Para as ações de controle da tuberculose desenvolvidas nas aldeias, os indígenas contam com as equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI), que atuam conforme as atribuições da atenção básica. Além disso, os DSEI possuem responsáveis técnicos pelo controle da tuberculose (RT-TB) que trabalham em articulação com os PECT e PMCT para as ações de controle da doença. O PNCT e os PECT e PMCT atuam em articulação com a SESAI (sede) e os 34 DSEI do país para o controle da tuberculose nas áreas indígenas. Nos municípios, as ações de controle da tuberculose são desenvolvidas pela rede do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da atenção básica, secundária e terciária (Boletim Epidemiológico, 2014).

Nesse contexto, ainda que o Brasil tenha obtido avanços significativos em relação ao controle da tuberculose, para o psicólogo social Carlos Basília, coordenador do Observatório Tuberculose Brasil, o governo federal distraiu-se diante o combate ao vírus zika e aos casos de microcefalia. Para ele, com o surgimento das novas emergências, a tuberculose, que é igualmente grave, corre o risco de ter cada vez menos recursos.

1.5 A TUBERCULOSE E OS POVOS INDÍGENAS

*"Eu não clínico, não tenho consultório. Fazia Malária e
agora faço Tuberculose. Minha mania: o índio."
Noel Nutels*

Há inúmeros documentos que confirmam o papel da tuberculose na depopulação de vários povos indígenas no mundo.

Buchillet (2000) traz informações importantes sobre a realidade da tuberculose em alguns povos. Nos Estados Unidos e Canadá, por exemplo, essa doença foi responsável pela morte de milhares de indivíduos de origem autóctone. Entre os anos de 1928-1932, a mortalidade entre os indígenas Inuit da Alaska era de cerca de 650 óbitos por 10.000 pessoas. Nos anos 1960, os Inuit do Canadá apresentavam uma taxa de incidência altíssima, uma das maiores jamais reportadas na literatura médica mundial (cerca de 950 casos por 100.000 indígenas). Na Austrália a população aborígine apresenta também taxas de incidência de tuberculose superiores à da população não-indígena.

Nas Américas, com a chegada dos europeus, a tuberculose se manifestou de forma grave e aguda entre os ameríndios. No Brasil a disseminação da doença foi atribuída aos portugueses e missionários jesuítas, a partir de 1500 (Ruffino-Neto, 2002; Barreira et al, 2007). Porém, os dados existentes não são suficientes para afirmar a ausência da tuberculose na América pré-colombiana. Há evidências consistentes de tuberculose vertebral (Mal de Pott) e pulmonar na população da América pré-colombiana (Prat & Souza, 2003).

Portanto, não é possível saber a quanto tempo a tuberculose está presente no Brasil. Porém, desde a década de 50 há registros de casos da doença entre os indígenas (Nutels, 1961).

Apesar da dificuldade de se realizar análises fidedignas sobre o perfil epidemiológico dos povos indígenas, já que os dados existentes possuem pouca confiabilidade (Souza et al., 2007) os documentos e os estudos disponíveis evidenciam o impacto da doença entre as comunidades indígenas, seus determinantes, vulnerabilidades e especificidades.

Atividades de mineração, extração de madeira, agropecuárias, aliadas à falta de demarcação de grande parte do território indígena e ao intenso intercâmbio de pessoas entre as cidades e as aldeias, incumbem-se, ainda hoje, de disseminar a tuberculose entre os indígenas. (Amarante, 2005, p. 5).

Há algumas particularidades no cenário sociocultural da Saúde Indígena, em especial nas áreas de difícil acesso, que acabam se configurando facilitadoras para o adoecimento por tuberculose, desafiando o seu controle. O contato colaborou para a disseminação da TB e, hoje, o trânsito dos indígenas nas cidades e a presença dos não indígenas nas aldeias também continuam colaborando para a disseminação de muitas doenças. Algumas questões relacionadas ao modo de vida, como a característica das moradias (ventilação e luz solar insuficientes) e o grande número de pessoas dormindo muito próximas uma das outras também devem ser considerados. A presença de fogo e fumaça dentro das casas para o preparo dos alimentos e para se aquecerem é muito comum.

Além disso, alguns territórios estão situados em áreas remotas, dificultando a presença das equipes de saúde e a chegada de estrutura para o diagnóstico e assistência à saúde. Outros na periferia das cidades ou muito próximos delas, em locais com condições sanitárias muito ruins e muita pobreza.

Os fatores genéticos particulares (susceptibilidade genética específica) também compõem as várias explicações dadas às taxas de morbimortalidade excessivas encontradas entre as populações indígenas (Buchillet, 2000).

De acordo com o relatório do Banco Mundial, os povos indígenas, incluindo os brasileiros, estão entre os mais pobres da América Latina. (ONU, 2016).

O quadro epidemiológico também é desfavorável, sendo comum, entre vários grupos a desnutrição grave e o alcoolismo. Em alguns grupos, o diabetes já se configura como epidemia (Baruzzi, 2001; Amarante, 2004; Marques & Cunha, 2003; Platonow, 2008).

A distribuição da tuberculose entre os grupos indígenas é heterogênea como entre a população não indígena (Basta, 2006). Ainda hoje a incidência é bastante elevada em vários grupos.

Com o objetivo de entender as disparidades da TB nos Estados Unidos entre os grupos raciais e étnicos, com foco particular nos indígenas americanos nativos do Alaska, nativos havaianos e de outras ilhas do Pacífico, Bloss et al. (2011) identificaram que as taxas de TB para esses grupos foram de cinco a treze vezes maior do que para os não hispânicos brancos.

No estado de Oaxaca, México, cerca de 68% das mortes por TB ocorrem em áreas indígenas (Romero, 1999).

No Peru, o percentual de tuberculose drogarresistente (TBDR) na população indígena é inferior a 1%, no entanto, a situação torna-se preocupante ao considerar que a população indígena possui condições culturais e geográficas que dificultam o seu acesso aos serviços de saúde (Culqui et al., 2010).

No Brasil, pode-se encontrar incidência até 10 vezes maior quando comparada a população não indígena (Amarante & Costa, 2000; Marques & Cunha, 2003; Melo, 2012).

Figura 7 - Incidência de tuberculose 2004 a 2013, Brasil.

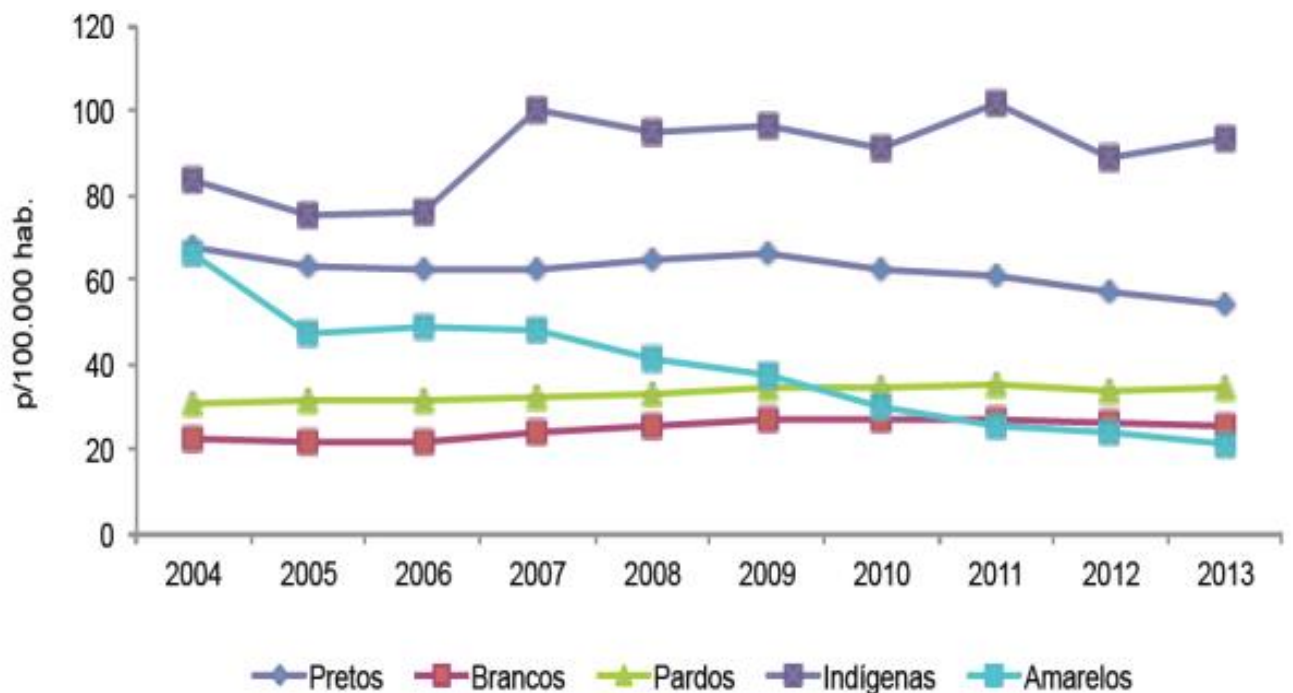
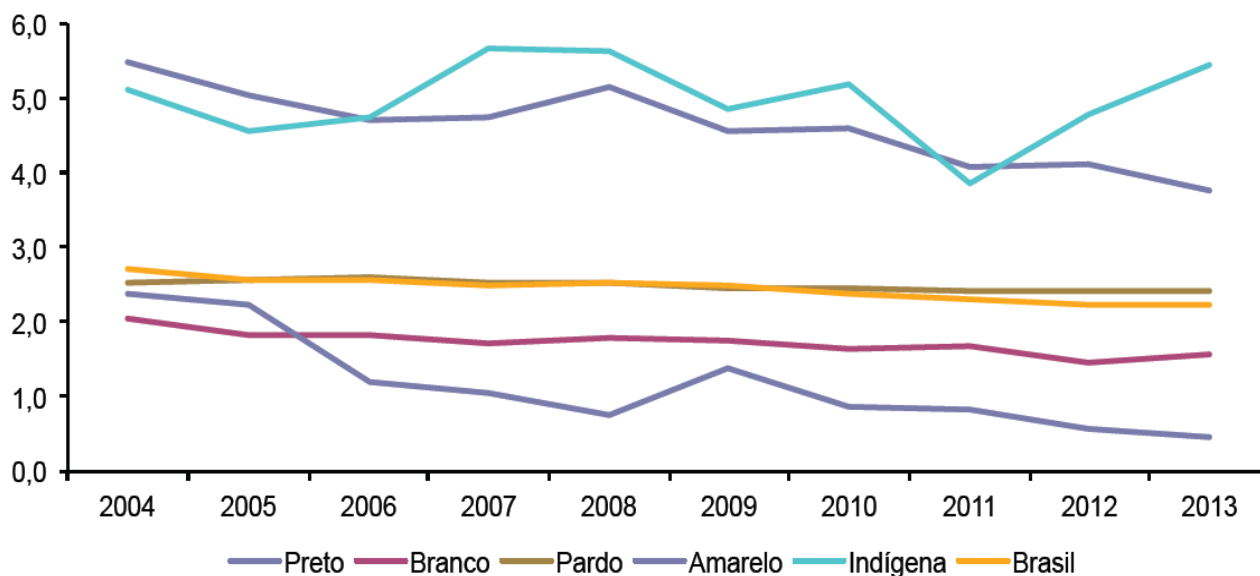


Figura 8 - Mortalidade por tuberculose 2004 a 2013, Brasil.

Fonte: SVS/MS.

a) Dados provisórios para 2013, sujeitos a revisão.

Em 2010 o coeficiente de incidência (CI) foi de 94,9/100 mil habitantes, valor 2,5 vezes maior quando comparado ao CI de TB da população geral que, naquele ano foi de 37,6. O coeficiente de mortalidade (CM) foi de 5,4 óbitos por 100 mil habitantes, mais de duas vezes superior ao verificado na população geral, que neste período foi de 2,4 óbitos por 100 mil habitantes (Boletim Epidemiológico, 2014).

As intervenções para o controle da tuberculose entre as populações indígenas brasileiras iniciaram-se na década de 50, ocasião em que as ações de assistência à saúde nos territórios foram operacionalizadas de forma mais organizada, tendo como protagonista o sanitarista Noel Nutels. Em 1952, Nutels elaborou o “Plano para uma campanha de defesa do índio brasileiro contra a tuberculose” e, em 1961, publicou o “Cadastro tuberculínico na área indígena”. Essas informações foram utilizadas na produção do relatório confeccionado pela Organização Panamericana de Saúde em 1968. Neste documento a gravidade da situação da TB foi explicitada.

O pesquisador Paulo César Basta, considera que a situação da TB entre as populações indígenas, descrita nas publicações de Nutels, se mantém atual nos dias de hoje. Os Estudos evidenciam uma contaminação maior do grupo em relação à população geral e indicam que o combate tem que considerar as causas estruturais.

É preciso entender que comprimidos não matam a fome; o trabalho termina e a vulnerabilidade continua. (Basta, 2013)

1.6 A TUBERCULOSE NO PARQUE INDÍGENA DO XINGU

Em expedições realizadas ao Xingu em 1896 e entre os anos 1947 e 1950, esta última com a participação do sanitarista Noel Nutels, não foram diagnosticados casos de tuberculose (Baruzzi, 2005).

Os primeiros casos de TB, relatados por Nutels, ocorreram em 1966. Um ano antes, a EPM iniciava um trabalho conjunto com o SUSA visando o controle da tuberculose.

A década de 80 foi catastrófica para o modelo assistencial do PIX (Mendonça, 1996). Até 1985, as ações de controle da tuberculose foram realizadas pelas UEA, anteriormente chamadas de SUSA, através das EVS. A partir daquele ano, com a extinção da referida Unidade, deixou de haver uma atividade sistemática de controle da tuberculose no PIX.

Em 1987, restavam apenas três atendentes de enfermagem, remanescentes do quadro que a FUNAI mantinha na área. A EPM encontrava sérias dificuldades para manter seu trabalho de campo que estava ameaçado pela falta de recursos financeiros. Após a saída dos últimos funcionários, a FUNAI passa então a enviar, esporadicamente, funcionários lotados em Brasília ou Goiânia, por pequenos períodos de permanência na área, respondendo às pressões das lideranças indígenas e da administração do PIX (Mendonça, 1996).

Os pacientes suspeitos passaram a ser encaminhados a centros de referência em Brasília, Goiânia ou São Paulo para o diagnóstico. Ao iniciarem o tratamento, retornavam às aldeias, sem que houvesse um acompanhamento adequado dos tratamentos e controle dos contatos. Com o decorrer dos anos a situação tornou-se crítica com vários casos distribuídos pelo PIX, sem perspectiva de uma ação mais específica dos órgãos responsáveis pela saúde indígena. (EPM, 1995).

Na prática, a perenidade das ações de saúde era garantida apenas pelo trabalho dos agentes de saúde, ainda relativamente despreparados para a tarefa. (Mendonça, 1996).

Em 1992, a EPM, através do Projeto Xingu, iniciou ações mais sistemáticas de controle da TB tendo como estratégia o exame clínico dos sintomáticos respiratórios, coleta de escarro para exame baciloscópico e cultura, além da radiografia do tórax dos casos suspeitos. Os exames eram realizados dentro do território do Parque sendo que a baciloscopia era confirmada no Instituto Adolfo Lutz, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Nesse período, de acordo com relatório técnico do Projeto Xingu, a tuberculose era considerada o principal problema de saúde enfrentado pelas comunidades xinguanas. (EPM, 1994).

As dificuldades encontradas para manter o controle da doença estavam relacionadas à questões operacionais, programáticas e à especificidades no que se refere ao modo de vida dos povos. O diagnóstico pela baciloscopia era dificultado por questões relacionadas à coleta de material. O controle dos contatos era um aspecto importante a ser considerado pelo fato de, tradicionalmente, as moradias serem bastante populosas e o caso índice era um dos membros residentes. A fragilidade da contra-referência dos casos diagnosticados nas cidades do entorno do parque também configurava como uma dificuldade.

De acordo com os relatórios da UNIFESP, os registros não especificavam a data do início do tratamento e a quantidade de medicação disponibilizada era insuficiente para a conclusão do tratamento, exigindo retornos mensais do paciente para a unidade de saúde que realizou o diagnóstico. Esse deslocamento frequente era praticamente impossível tendo em vista que o PIX se localiza em uma área de difícil acesso.

Outra atividade iniciada pelo Projeto Xingu, nessa ocasião, foram as ações voltadas para a formação de recursos humanos indígenas, visando a organização dos serviços de saúde nas aldeias (Oliveira, 2005). Alguns agentes foram treinados pela equipe local de saúde para os cuidados básicos e atendimento de doenças mais frequentes, incluindo a tuberculose.

Em 1983, a EPM chegou a promover o treinamento de alguns agentes, principalmente em laboratório de malária e tuberculose, em São Paulo, na Superintendência de Controle de Endemias (SUCEN) e no Hospital São Paulo (Mendonça, 1996). Neste período, a nível nacional, a responsabilidade do treinamento, monitoramento do tratamento e campanhas públicas no país foi descentralizada do nível federal para o estadual na tentativa de reerguer o PNCT (Ruffino-Neto, 2002).

Em 1992, o segundo curso modular versou sobre as Doenças Respiratórias Agudas e em especial a Tuberculose, temas demandados pelos indígenas (Mendonça, 1996). A conclusão dessa fase de formação ocorreu em 1995.

Após a criação do subsistema (1999) o PIX manteve a parceira com a EPM, hoje uma Escola de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Nessa ocasião a FUNASA não dispunha de pessoal e estrutura para a execução das ações de atenção básica e, como já existia uma universidade executando várias ações no território, foi firmado um convênio entre a EPM/UNIFESP em comum acordo com o DSEI e lideranças indígenas para que o Projeto Xingu fizesse a gestão da atenção básica. Alguns anos depois, o DSEI se estruturou e assumiu a gestão da atenção e o Projeto Xingu continuou como apoiador até os dias de hoje.

Atualmente, na organização do DSEI há a Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI) onde se concentram os profissionais que desempenham o papel de responsáveis técnicos (RT) dos programas do Ministério da Saúde, dentre eles o Programa de Controle da Tuberculose. A figura da RT para o PCT é recente e, no cotidiano do serviço, acumula outras atividades.

Historicamente, incluindo os dias de hoje, o DSEI conta com o apoio técnico do Projeto Xingu para o planejamento e execução de ações de controle da TB. Na prática, as ações em campo têm ocorrido, pontualmente, nos momentos em que são diagnosticados casos novos.

O protagonismo indígena fez parte da história da assistência à saúde no PIX e, conseqüentemente, da implantação do DSEI Xingu. Os profissionais indígenas que atuam no trabalho da saúde ocupam uma posição importante neste contexto.

O agente indígena passa a ser um elemento básico na viabilização de um sistema de saúde diferenciado para populações indígenas, seja na extensão das ações de atenção primária à saúde nas aldeias, seja na interface cultural necessária à implementação das ações de educação em saúde (Mendonça, 1996).

A formação dos profissionais indígenas das próprias comunidades, com destaque para a categoria dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), é o principal alicerce do novo modelo assistencial proposto, e o elo fundamental entre o conhecimento tradicional e o sistema oficial de saúde com vistas à comunicação intercultural (Altini, et al., 2013).

No Xingu, a formação de Agentes de Saúde e Auxiliares de Enfermagem Indígenas facilitou a busca ativa de casos e o tratamento supervisionado nas aldeias, assegurando maior adesão ao tratamento. O controle da TB foi satisfatório tendo sido observada a redução do número de casos nos anos 1999 a 2001 (Baruzzi, 2005).

Com a profissionalização dos Auxiliares de Enfermagem Indígenas houve um salto de qualidade no serviço de saúde. Juntamente com os Agentes Indígenas de Saúde, os mesmos têm uma função estratégica fundamental na área da saúde, incorporando o saber, a linguagem, os instrumentos e aos poucos a gestão de sistemas de saúde propostos para as áreas indígenas (Mendonça, 2005).

No banco de dados do Programa de Controle da Tuberculose, referente ao período de 1987 à 1995, há o registro de 448 pessoas examinadas, sendo diagnosticados e tratados 80 pacientes (UNIFESP, 1996).

O coeficiente de incidência da tuberculose no território do DSEI Xingu nos anos 2012, 2014 e 2015 é 127,25/100mil hab., 34,13/100mil hab. e 66,42/100mil hab., respectivamente (SESAI, 2014; DSEI Xingu, 2016).³

Conforme descrito no relatório do PCT do DSEI Xingu, o responsável técnico relata ter identificado várias fragilidades relacionadas ao programa desde que assumiu a área técnica, em julho de 2015:

³ Programa de Controle da Tuberculose, DSEI Xingu

Percebia-se que as equipes não conseguiam nos informar sobre o número de pessoas que fizeram uma baciloscopia de escarro (não havia o registro), o acompanhamento dos pacientes que estavam fazendo o tratamento para tuberculose ou para a infecção latente (ILTB) era realizado sem uma supervisão efetiva e minuciosa. Delegava-se essa supervisão ao agente indígena de saúde e esperava-se que ele fizesse essa tarefa com maestria. Nas ações de visitas nas aldeias para realizar o trabalho de vigilância em saúde, os pacientes que estavam em tratamento, não tinham seus medicamentos conferidos e se o tinha não era explicado sobre o uso e a importância da tomada da medicação. Em uma visita a uma aldeia, percebi que os pacientes que faziam uso de isoniazida, para o tratamento de ILTB, estavam com um estoque de medicamento. Isso representou claramente que o tratamento daqueles pacientes estaria comprometido se aquele cenário fosse mantido (DSEI Xingu, 2016)⁴.

Além disso, de acordo com o mesmo relatório, essa realidade não se restringia somente ao trabalho da EMSI, mas também estava presente no processo de trabalho das CASAI. Somando-se a isso, “*os sintomáticos respiratórios não estavam sendo identificados nas aldeias*”. Muitos dos SR recebiam tratamento para outras infecções respiratórias (que não a TB), porém, algumas pessoas mantinham sintomas sugestivos da doença, não percebidos pela equipe. A partir desse diagnóstico, deflagraram ações com o objetivo de minimizar a vulnerabilidade programática identificada. Relata-se a realização de uma capacitação em abril de 2016 para um total de 42 pessoas, dentre elas, médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde.

O responsável pelo programa avalia que há evidências de transformações positivas na prática das equipes, no que se refere à qualidade das ações de controle da TB. Relata que, entre os meses de abril e junho foram diagnosticados três casos novos da doença. Porém, ainda há um trabalho de reestruturação que precisa ser viabilizado.

⁴ informação obtida no relatório do Programa de Controle da Tuberculose do DSEI Xingu, junho de 2016

2 JUSTIFICATIVA

Em meados da década de 50, o sanitarista Noel Nutels, conhecido como o médico dos indígenas já realizava ações de controle da doença no PIX. A partir de 1965 o Projeto Xingu deu continuidade a essas ações de forma mais sistemática, juntamente com a execução das ações de imunização.

A tuberculose, de acordo com as publicações disponíveis, é um agravo que possui importância epidemiológica entre as populações indígenas. A incidência da doença é maior quando comparada à população não indígena. Por outro lado, ainda há uma carência de estudos que contemplem a diversidade dos grupos indígenas. A doença faz parte da relação de agravos da atual Agenda Nacional de Prioridade de Pesquisa em Saúde (MS, 2008). A tuberculose já foi considerada um dos maiores problemas no PIX (UNIFESP, 1995). Ao longo dos anos, o número de casos da doença diminuiu, consideravelmente. Porém, percebe-se uma tendência de aumento e um cenário de vulnerabilidade que pode colocar, novamente, a tuberculose como um agravo ameaçador neste território.

Talvez seja uma situação pouco percebida no cotidiano do serviço de saúde, que precisa ser investigada. Essa vulnerabilidade pode estar relacionada às particularidades socioculturais, mas também às especificidades do território do Xingu no que diz respeito às mudanças do modo de vida dos povos que ali habitam, às fragilidades do processo e trabalho da saúde e à intensificação do contato.

A expectativa é a partir dos referenciais teóricos apresentados, associá-los à minha experiência prática, possibilitando uma avaliação crítica e propostas de novas abordagens que auxiliem o trabalho dos profissionais das Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena - EMSI nas ações de prevenção e controle da tuberculose.

Algumas interrogações surgem durante as reflexões sobre o assunto:

- Como se dá a operacionalização das ações do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) no DSEI Xingu atualmente?

- Como é a participação dos profissionais indígenas na operacionalização do PCT no DSEI Xingu?
- Quais são as fragilidades do PCT do DSEI Xingu?
- Quais são as vulnerabilidades relacionadas ao controle da tuberculose no DSEI Xingu?

3 OBJETIVO

Analisar o trabalho dos profissionais indígenas de saúde nas ações de controle da tuberculose nas regiões do Médio, Baixo e Leste do Rio Xingu no PIX e propor medidas para o aperfeiçoamento do Programa de Controle da Tuberculose nesta região.

São objetivos específicos:

- Identificar as ações que compõem o trabalho dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Auxiliares de Enfermagem Indígenas (AEI) no controle da tuberculose;
- Identificar as fragilidades e potencialidades do programa de controle da tuberculose local;
- Identificar os aspectos de vulnerabilidade programática relacionadas ao controle da tuberculose.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A análise das ações de controle da tuberculose no contexto da saúde indígena na perspectiva do trabalho dos profissionais indígenas constitui o ponto central do presente estudo. A atuação desses atores sociais, que transitam entre o conhecimento de “dois mundos,” está carregada de significados. Assim sendo, verificou-se que a apreensão mais adequada do objeto poderia ser obtida através do uso da metodologia qualitativa que, segundo Minayo (1996,1999) permite o aprofundamento do mundo dos significados das ações e relações humanas, a compreensão dos valores e das representações de determinados grupos sobre temas específicos. Trata-se de um estudo exploratório.

4.1 REFERENCIAL TEÓRICO

O termo vulnerabilidade é oriundo da área de direitos humanos. No campo da saúde a sua utilização se amplia a partir da publicação do livro AIDS no Mundo, em 1992 nos United States of America - EUA. O objeto de estudo foi conduzido sob o marco teórico da vulnerabilidade proposto, no Brasil, por Ayres et al (1999).

A relevância do conhecimento sobre a vulnerabilidade aos agravos de saúde reside nas implicações que produz na saúde daqueles que são vulneráveis e, conseqüentemente, na identificação das suas necessidades de saúde, com o propósito de lhes assegurar proteção (Nichiata et al, 2008; Bertolozzi, et al, 2009). Ayres et al (2007) propõem que o conceito de vulnerabilidade esteja pautado nas dimensões: individual, social e programática. Há um trânsito constante entre as dimensões apontadas.

A **dimensão individual** relaciona os aspectos, do modo de vida dos indivíduos (crenças, conhecimentos, comportamentos, situação física) que podem contribuir para a exposição ou para a proteção contra o agravo à saúde. Além disso, refere-se ao grau e a qualidade da informação que as pessoas possuem e utilizam no seu cotidiano em relação ao agravo. Para o estudo da tuberculose este eixo é importante para a compreensão dos aspectos da vida das comunidades indígenas que as tornam, mais ou menos, susceptíveis ao adoecimento e morte pela doença.

A dimensão social considera aspectos que vão além da clínica e da biologia (referências culturais, relações raça/etnia, acesso à saúde, acesso à educação, participação política). É extremamente relevante neste estudo pelo fato da tuberculose ser considerada uma doença de cunho social e as populações indígenas estarem em um contexto social favorável para o adoecimento. Entre os povos indígenas a história de contato com a sociedade nacional, o perfil epidemiológico desfavorável, as condições de moradia (grandes grupos residindo na mesma área física que, na maioria das vezes, é pouco ensolarada e ventilada), transformam muitos territórios indígenas em cenários propícios para a tuberculose.

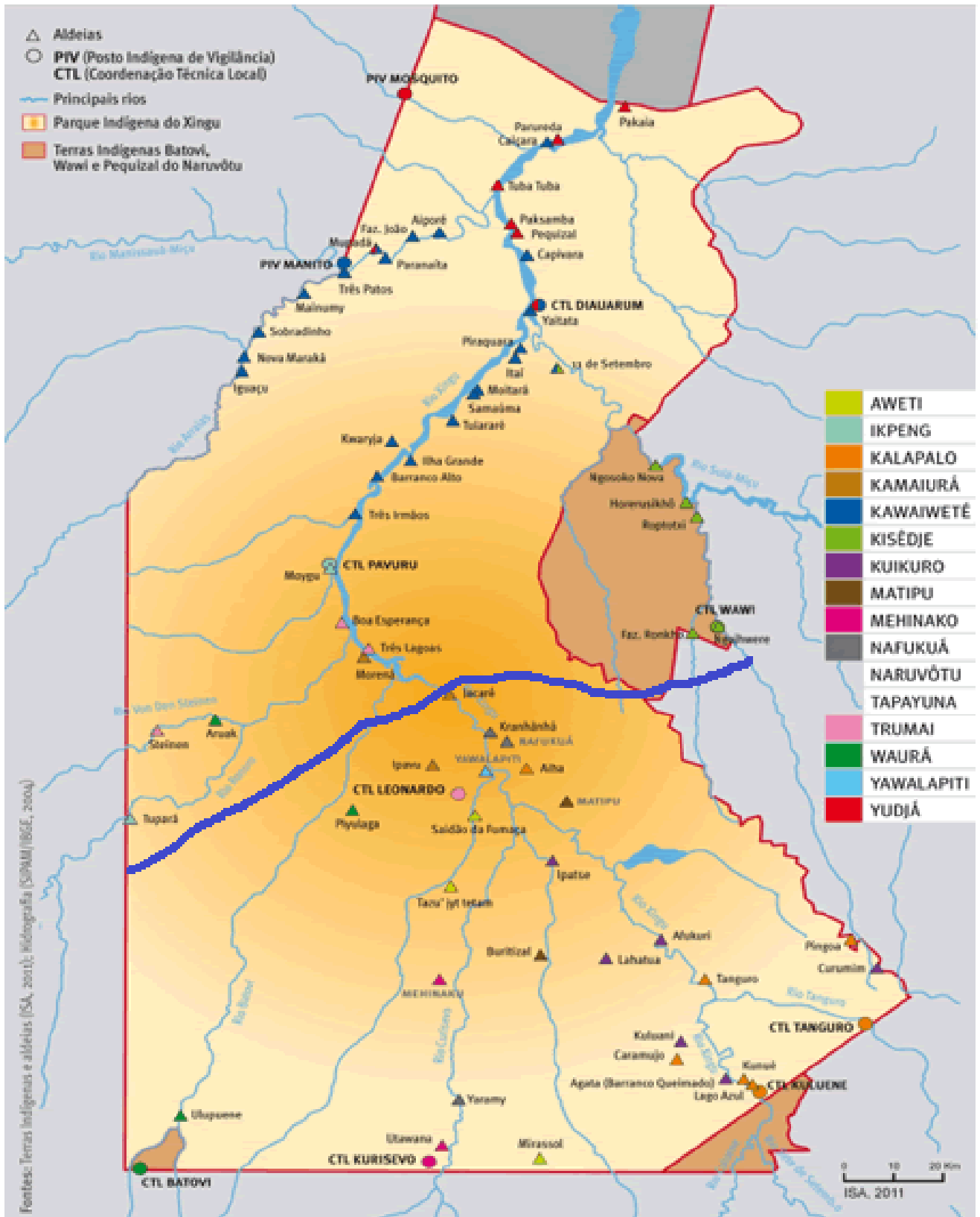
A **dimensão programática** contempla o acesso aos serviços de saúde, a forma de organização desses serviços, o vínculo que os usuários dos serviços possuem com os profissionais de saúde, as ações preconizadas para a prevenção e o controle do agravo e os recursos sociais existentes na área de abrangência do serviço de saúde. (Ayres et al, 2009; Bertolozzi et al, 2009 e Scatena, 2013). Contempla alguns componentes que configuram como potencialidades para o controle da tuberculose, mas são considerados desafios no contexto da saúde indígena.

4.2 CAMPO DE ESTUDO

O estudo desenvolveu-se no PIX, localizado no Nordeste do estado de Mato Grosso, primeiro território indígena demarcado no país. As regiões do Médio, Baixo e Leste do Rio Xingu, locais em que a pesquisadora atuou como membro da EMSI entre os anos 2005 e 2011, foram os escolhidos para a investigação. Nessas regiões vivem 3147 indígenas em 48 aldeias, predominando as etnias Kaiabi, Ikpeng, Yudja e Kisedje. Essa população pertence às famílias linguísticas Aruak, Macro-Jê e Tupi, além dos indígenas Trumai, de língua isolada. Este total de indivíduos compõe, aproximadamente, metade da população residente no PIX (Censo DSEI Xingu, 2014; ISA, 2015).

Esse território corresponde às áreas de abrangência de 03 polos base do DSEI Xingu: Diauarum, Pavuru e Wawi, onde estão situadas as unidades de saúde referência para as equipes de saúde (figura 9).

Figura 9 - Mapa do Parque Indígena do Xingu, 2011.



O DSEI Xingu é o responsável pela gestão local do SasiSUS na abrangência do Parque PIX. Foi criado, oficialmente, em agosto de 1999 e iniciou suas atividades por meio de um convênio estabelecido entre a FUNASA e a Escola Paulista de Medicina (EPM), que passou a ser executora das ações de atenção básica no território do PIX. Atualmente, a EPM/UNIFESP, através do Projeto Xingu, mantém atividades de apoio à gestão do DSEI e às lideranças indígenas.

A base de organização do distrito são os serviços de saúde nas aldeias. Cada aldeia possui um AIS e, algumas também contam com o trabalho dos AEI que, basicamente, atuam de forma semelhante no que se refere às atribuições. Nas aldeias em que há a presença das duas categorias profissionais o AEI desempenha o papel de referência para o agente de saúde e é considerado o “chefe da equipe indígena”. As atividades desses profissionais estão vinculadas em uma unidade de saúde. Essas comunidades contam com outras instâncias de atendimento que são os Polos-base (no caso do Xingu, diferente da maioria dos DSEI, encontram-se dentro do território do Parque), constituindo a primeira referência para os profissionais indígenas que atuam nas aldeias. Cada pólo base cobre um conjunto de aldeias e possui uma unidade básica de Saúde - UBS e acolhe uma equipe multiprofissional de saúde indígena, a EMSI.

Na EMSI, os agentes de saúde e auxiliares de enfermagem indígenas representam 52% da força de trabalho dos Polos Pavuru, Diauarum e Wawi⁵.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os profissionais indígenas (Agentes de Saúde e Auxiliares de Enfermagem) foram os participantes da pesquisa por exercerem um papel estratégico no cuidado à saúde junto às comunidades indígenas, desempenhando ações de Atenção Primária à Saúde juntamente com os demais membros das EMSI. O Universo do estudo foi composto de sete profissionais indígenas maiores de 25 anos de idade, residentes nos três pólos base pertencentes ao território em questão.

⁵ Dados fornecidos pela Associação Paulista para Desenvolvimento da Medicina - SPDM, conveniada responsável pela contratação da EMSI que atua no Parque Indígena do Xingu, dezembro de 2015

4.4 CRITÉRIOS DE ESCOLHA DOS PARTICIPANTES

O universo quantitativo de profissionais não foi definido a priori, sendo que o número de entrevistas foi baseado na compreensão de que, na pesquisa qualitativa, o critério de representatividade não é numérico. Segundo Minayo (1992), a amostra mais adequada, nesse tipo de pesquisa é aquela que permite refletir a totalidade em suas dimensões. Portanto, valoriza-se a repetição de informações, bem como as informações essenciais para o quadro explicativo da pesquisa (André, 1983). Porém, foram consideradas as seguintes variáveis: formação concluída, experiência de trabalho com a tuberculose, heterogeneidade do grupo entrevistado no que se refere ao trabalho em momentos diferentes da epidemiologia da tuberculose no local de estudo. Além disso, entrevistar profissionais pertencentes aos três pólos base que compõem o território de estudo porque essas microáreas possuem profissionais de etnias diferentes e processos de trabalhos diversos.

4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Os participantes da pesquisa foram abordados nas aldeias em que residem, localizadas na abrangência dos polos Pavuru, Diauarum e Wawi, regiões escolhidas para o estudo.

A pesquisadora acompanhou a ação de imunização em agosto de 2016, coordenada pelo Projeto Xingu, juntamente com o DSEI Xingu, para percorrer todas as aldeias pertencentes ao local do estudo, oportunizando a realização das entrevistas. Essa estratégia minimizou os problemas logísticos que são comuns nas áreas de difícil acesso. Durante a viagem, a pesquisadora não conseguiu abordar alguns profissionais residentes nas aldeias visitadas por um conjunto de motivos: alguns estavam envolvidos com o trabalho na unidade de saúde e outros com atividades particulares (pesca, roça, viagem para outra aldeia/cidade e por questões de doença).

Cabe ressaltar que esse processo foi gratificante para a pesquisadora, uma vez que os profissionais mostraram-se receptivos e motivados para conceder as entrevistas e orgulhosos pelo trabalho que desempenham. As entrevistas foram realizadas em espaços das aldeias escolhidos pelos participantes, que variaram

entre a área física da unidade de saúde, a casa do profissional, a casa da equipe de saúde e o entorno da aldeia, à sombra de uma árvore.

A entrevista não estruturada foi a técnica utilizada para a coleta de dados. A opção por essa técnica se deu com o objetivo de revelar a singularidade e a historicidade dos atos, concepções e idéias, levando o entrevistado a um processo de reflexão sobre o tema. Além disso, por pressupor que os profissionais indígenas possuem competência para exprimir com clareza a sua experiência. É uma técnica que potencializa a detecção de atitudes, motivações e opiniões dos participantes (Lakatos, 1995).

A questão norteadora da entrevista foi:

Conte uma situação de algum caso de tuberculose que você acompanhou desde a suspeita até o encerramento do caso. Algum caso que você acha importante contar, da sua experiência.

Uma vez esclarecidos os objetivos da investigação através da leitura (feita pelo pesquisador) do TCLE, procedeu-se à entrevista, tendo como regra a menor intervenção possível por parte do entrevistador, uma vez que assim maior será a riqueza do material recolhido, dado que por parte do entrevistado, surgirão respostas menos influenciadas (Guerra, 2006).

Os relatórios técnicos do acervo do Projeto Xingu/UNIFESP (referentes aos anos 1983, 1987, 1994, 1996 e 2012) e DSEI Xingu (ano 2016) foram utilizados como instrumentos complementares.

4.6 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

Após a transcrição na íntegra das entrevistas, procedeu-se a análise do material empírico, através da análise de discurso, técnica proposta por Fiorin e Savioli (1991) e adaptada por Car (1993), que está fundamentada na teoria de Greimás ou teoria da geração de sentido do texto, a qual permite a apreensão de frases temáticas (FIORIN, 1989).

Segundo FIORIN (1988), a análise vai mostrar a que formação discursiva pertence determinado discurso. O participante do discurso é efeito de sentido produzido pelo

próprio discurso, isto é, seus temas e figuras é que configuram a visão de mundo do sujeito (apud, Bertolozzi, 1998).

As figuras são os elementos concretos e os temas elementos abstratos. Fiorin e Savioli (1991) explicam que no texto todos os elementos se relacionam e o que dá sentido às figuras é o tema. Os temas evidenciam os sentidos e os significados de cada ação contida no discurso.

A teoria de Greimás está baseada na existência de uma gramática do discurso, ou seja, na existência de mecanismos que engendram o sentido do texto, ao que esse autor denomina de percurso gerativo de sentido. Na produção de um texto, realiza-se esse percurso partindo-se do mais concreto, em direção ao mais abstrato (Bertolozzi, 1998).

Os depoimentos foram analisados seguindo essa orientação, buscando-se identificar quais eram as concepções dos participantes em relação à tuberculose e seu controle, além das questões relacionadas ao conhecimento e à prática dos profissionais indígenas da saúde.

A categorização dos depoimentos obedeceu as seguintes etapas, além das transcrições: impressão e leitura dos textos, identificação dos temas relacionados ao objeto e objetivos do estudo; recortes; decomposição dos textos que apresentaram temas recorrentes pelos diferentes participantes do estudo; agrupamento dos textos que se referiam aos temas coincidentes, permitindo a formação de blocos de significados, os quais orientaram a construção das categorias empíricas.

Os participantes foram codificados de forma a garantir seu anonimato, bem como atender aos aspectos éticos e legais.

4.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

As falas foram gravadas e transcritas na íntegra com a autorização dos participantes do estudo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido, em cumprimento à Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

O projeto foi aprovado pelo Conselho Distrital de Saúde Indígena - CONDISI do DSEI Xingu, pelo coordenador do DSEI e pelo Coordenador da Divisão de Atenção a Saúde Indígena - DIASI para consulta dos dados através de um termo de anuência para acesso ao banco de dados do sistema local de informação. Também foi aprovado pelo chefe da Unidade de Saúde e Meio Ambiente do Departamento de Medicina Preventiva da UNIFESP. Os resultados serão discutidos com os representantes do conselho local e distrital de saúde do Xingu, gestão do DSEI Xingu, e equipe do Projeto Xingu.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP) e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/CNS), parecer número 1.533.657. O Projeto também foi autorizado pela Fundação Nacional do Índio - FUNAI e pelas lideranças indígenas.

Não houve necessidade de solicitar recurso financeiro à Instituição de Apoio à Pesquisa. A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora executante durante viagem de trabalho ao PIX.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das frases temáticas foi conduzida a partir das categorias analíticas: perfil dos participantes, concepção dos profissionais sobre aspectos relacionados à tuberculose e seu controle, conhecimento sobre a tuberculose, ações de controle da tuberculose que compõe o trabalho dos profissionais; programa de controle da tuberculose, situação epidemiológica local; necessidades e vulnerabilidade programática, as quais foram examinadas à luz do marco teórico da vulnerabilidade e das diretrizes do Programa Nacional de Controle da Tuberculose.

As frases extraídas dos depoimentos dos sujeitos pesquisados revelam diferentes dimensões de cada uma das categorias analíticas que, evidentemente, guardam em si articulação e dependência. A apresentação dos resultados que evidenciam cada uma delas será feita por blocos, sintetizando os conteúdos dos temas. No apêndice A podem ser encontradas as frases decompostas por entrevista e no apêndice B pode-se verificar o detalhamento do conteúdo dos temas em núcleos que os centralizam.

5.1 A DESCRIÇÃO DO PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

A totalidade dos participantes pertencia ao sexo masculino. A indicação de jovens do sexo masculino para a formação de agentes de saúde é um aspecto que está ligado ao papel social que ocupam nas aldeias: *“têm a responsabilidade da relação com o exterior, cabendo às mulheres as tarefas relacionadas a tudo que é interior, à manutenção da casa, o cuidado com os filhos e a manipulação do alimento”* (Mendonça, 1996). Porém, atualmente, percebe-se o aumento do número de indígenas do sexo feminino inserindo-se no trabalho da saúde.

Em relação à idade, estavam distribuídos da seguinte forma: uma pessoa menor de 30 anos, duas na faixa etária entre 30 e 40 anos, duas entre 40 e 49 anos, uma entre 50 e 60 anos e uma acima de 60 anos.

Quanto à etnia, dois profissionais pertenciam ao Povo Kisêdje, dois ao Povo Ikpeng, dois ao Povo Kaiabi (Kawaiwete) e um ao Povo Yudja (Juruna).

Quanto à procedência, todos residiam em aldeias localizadas no território do estudo, distribuídos da seguinte forma: duas pessoas na região do polo base Pavuru, duas na região do polo base Wawi e três na região do polo base Diauarum.

No que se refere à escolaridade, verificou-se que os sete participantes concluíram o ensino fundamental e dois avançaram até o ensino médio, porém ainda não concluído. O ensino fundamental foi trabalhado, concomitantemente, com a formação técnica.

Todos os profissionais moravam em um grupo familiar grande, comumente, chamado de família extensa⁶ que é a base da organização social, econômica e política das etnias entrevistadas.

No que toca à categoria profissional, três são agentes de saúde e quatro são auxiliares de enfermagem. Todos estavam atuando nas aldeias de moradia, na ocasião da entrevista.

Em relação ao tempo de atuação, todos iniciaram as atividades antes da formação profissional, desempenhando as funções de monitores de saúde (quatro pessoas) e agentes de saúde voluntários (três pessoas). O quadro a seguir ilustra a trajetória de trabalho dos participantes, segundo informações repassadas pelos mesmos:

⁶ grupos macro familiares que detêm formas de organização da ocupação espacial dentro das casas determinada por relações de afinidade e consangüinidade. É composta pelo casal, filhos, genros, netos, irmãos e constitui uma unidade de produção e consumo.

Quadro 2 - Trajetória de trabalho e formação profissional dos participantes da pesquisa

Participante	Ano do início da atuação na saúde	Ano do início do curso de formação profissional	Ano do término do curso de formação profissional
1	2002	2005	2012
2	1988	1998	2003
3	1988	1998	2003
4	1988	1998	2003
5	1980	1998	2003
6	1998	2005	2012
7	1998	2005	2012

Havia alguns participantes que possuíam experiência de trabalho na gestão dos polos base e/ou exerciam o papel de lideranças nas suas comunidades.

Em relação à experiência de trabalho com as ações de controle da tuberculose, os participantes quantificaram os pacientes que cuidaram de maneira longitudinal, ou seja, durante todo o processo de tratamento. Os pacientes que acompanharam, pontualmente, no dia a dia do atendimento na unidade de saúde e em visitas domiciliares esporádicas, não foram agregados nessa contagem. O número de pacientes acompanhados, por entrevistado, pode ser verificado no quadro a seguir:

Quadro 3 - Número de casos de TB acompanhados pelos participantes da pesquisa

Participante	Número de pacientes acompanhados
1	1
2	4
3	5
4	2
5	3
6	2
7	2

Durante as entrevistas duas pessoas relataram experiência pessoal de adoecimento por tuberculose.

É possível dizer, portanto que os participantes da pesquisa faziam parte de um grupo de profissionais que possuíam uma experiência de atuação no campo da saúde indígena bastante longa que, provavelmente, iniciou-se a partir de necessidades identificadas na comunidade. Com o passar dos anos, foi possível qualificar o trabalho através dos cursos de formação como podemos verificar na fala do profissional:

“ ... comecei a participar do 1º modulo de agente de saúde em 92. Que foi promovido pela UNIFESP. Conclui o curso de agente indígena de saúde em 1996 e quando foi em 98 comecei a participar de outro curso de auxiliar de enfermagem” (2.2).

Provavelmente, nessa trajetória, houve um acúmulo de habilidades e competências que colaboram para a operacionalização do modelo que orienta a gestão da saúde indígena, a vigilância em saúde.

Os indígenas, trabalhadores da saúde, são figuras institucionais fundamentais, principalmente pelo fato de conhecerem a realidade do território onde o trabalho se concretiza. Apesar do número de participantes ser limitado, a maturidade e a trajetória de vida e trabalho que veremos traduzidas nas entrevistas poderão revelar um discurso abrangente e esclarecedor.

“... até agora eu fico estudando. Eu tenho os livros, fico pegando e a minha família foi uma das pessoas que tiveram os casos. Então eu tenho que estudar. Se um dia aparecer, tomara que não apareça. Se um dia surgir eu vou saber o que é. Não é porque não têm que eu vou esquecer de estudar. De orientar minha comunidade” (7.3).

O próximo item tem por objetivo verificar a concepção que os profissionais indígenas possuem em relação a alguns aspectos relacionados às ações de controle da tuberculose no território em questão.

5.2 A CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE ASPECTOS RELACIONADOS À TUBERCULOSE E SEU CONTROLE

5.2.1 CONCEPÇÃO SOBRE A TUBERCULOSE

Os profissionais consideraram que a tuberculose era **“uma epidemia”**, havia **“muitos casos”**. O tratamento **“imediato”** teria sido o determinante para que não houvesse o aumento do número de casos (3.1).

A respeito da gravidade da doença, a tuberculose foi dita como **“complicada”** (3.1). A menção ao **“risco”** ocorreu mais de uma vez e pode ser traduzida em vulnerabilidade individual e social ao adoecimento (3.1; 3.3; 5.22). A possibilidade de ocorrência de morte também foi evidenciada (3.1).

Neste contexto, considera-se as chances que um conjunto de fatores, não apenas individuais – como é o caso do risco – mas também sociais e coletivos, tem de

influenciar no adoecimento de pessoas por determinado agravo à saúde (Ayres, 2012).

São vários os estudos que confirmam a situação preocupante da tuberculose entre populações indígenas. Além das altas incidências entre alguns povos, há casos de resistência às drogas, altas prevalências de infecção tuberculosa latente e elevada proporção de adoecimento entre crianças e adolescentes (Coimbra, 2007; Basta 2010; Marques, 2010; Basta , 2013).

Em relação aos sinais e sintomas acredita-se que **“primeiro as pessoas tosem, à noite. A tosse ataca mais quando a pessoa tá gripada , fica sem apetite, vai emagrecendo, um pouco arrepiado, fica desanimado (4.10) ... falta de ar, preguiça” (5.1).**

Para a prevenção foi dito que é muito importante que sejam feitas ações de controle da TB **“... Porque ninguém sabe se um dia aparece” (3.4).** Além disso, considerando a experiência pessoal de adoecimento por TB um dos participantes relata que: **“... quando eu tinha essa doença eu comia separado. Não podia tá tomando no copo para passar para minha família. Colher, prato, só eu mesmo. Não pode nem oferecer seu prato, copo, senão, a pessoa ficava doente também... não pode conversar perto dos outro” (4.10).**

Por outro lado, os profissionais indígenas lidam com concepções distintas à ocidental no cotidiano das suas práticas. Nesse contexto, são interlocutores importantes. Para ilustrar, a seguir, utiliza-se um exemplo descrito em uma das publicações de Buchillet:

Certas sociedades, embora considerando a tuberculose como doença contagiosa, não reconhecem a possibilidade de contágio entre os familiares em virtude dos laços de consubstancialidade, mas apenas entre pessoas estranhas à família biológica. Cabe ressaltar que essa concepção de um tipo de barreira epidemiológica compartilhada pelos membros de uma mesma família não é generalizável a todas as sociedades. Entre os Desana, por exemplo, os parentes de uma pessoa picada por jararaca estão proibidos de qualquer contato com a vítima, sendo também submetidos a rigorosas proibições alimentares (sobre a pimenta, o assado etc.), já que sua simples presença física, assim como o consumo de certos alimentos ou de outros cozidos de determinadas maneiras, podem aumentar a dor no local da picada, além de facilitar a disseminação do veneno pelo corpo do doente, em virtude justamente dessa comunidade de substância (Buchillet, 2001).

A possibilidade de ocorrência do aumento do número de casos no território, nos dias de hoje, foi atribuída ao deslocamento frequente dos membros da comunidade para as cidades do entorno do Parque, inclusive quando se hospedam nas CASAI (3.2; 3.17; 5.22; 6.16).

Diversos autores evidenciam que a grande mobilidade e os deslocamentos dos grupos indígenas para vários territórios é um hábito que contribui para a disseminação de diversas doenças transmissíveis, dentre as quais a TB (Prat, 2000; Basta et al., 2013; Belo et al., 2013; Rios et al., 2013).

No depoimento de um dos profissionais, sobre a experiência de ter acompanhado um familiar com TB, mencionou-se a existência de discriminação por parte da comunidade, ou seja, “**quase que discriminava a família**”. Segundo seu relato, a comunidade “**ficou assustada**” (7.5).

Apesar do relato anterior, neste estudo não se obteve elementos suficientes para uma reflexão no sentido de uma apreensão fidedigna da realidade em relação ao estigma e a rejeição social. Torna-se perigoso aferir semelhanças ou diferenças encontradas em outros estudos.

Por outro lado, “... *além da tosse, ela teve problemas espirituais, né? Tinha que buscar o pajé, ajudar a rezar. A dificuldade foi essa, porque tinha os dois lados. Esse tratamento que a gente fazia que as vezes fazia mal para ela. A gente orientava que ela tinha que comer. Mas a dificuldade grande é que o lado espiritual também estava junto fazendo mal para ela*”(6.10).

Para Nichter & Nichter certos sintomas evocadores da tuberculose, por exemplo, a tosse prolongada ou a febre vespertina, podem ser associados pelas populações a outras doenças, suscetíveis de serem tratados pelos curadores tradicionais (apud Buchillet, 2000).

Os significados atribuídos à tuberculose pelos profissionais indígenas permitiram verificar conhecimentos importantes sobre a doença. Permitiram, ainda, visualizar um conhecimento ampliado quando reportam à magnitude, à vulnerabilidade ao adoecimento e a importância da interlocução entre as medicinas.

5.2.2 CONCEPÇÃO SOBRE O TRATAMENTO

Em geral, os depoimentos revelaram que, para o sucesso do tratamento é imprescindível que o mesmo seja realizado corretamente. Além disso, o tempo prolongado do uso dos medicamentos foi explicitado pelos participantes: “*A minha sogra também foi assim, 6 meses. [...] “Se parar no caminho não dá efeito, né”* (4.9)

Os esquemas terapêuticos de longa duração, normalmente, estão associados à dificuldade de seguimento do tratamento (Terra et al., 2008). Com isso, a possibilidade de abandono torna-se real.

Diante disso, a atuação dos agentes comunitários de saúde para a garantia da continuidade da terapêutica é essencial (Ruffino et al., 2000). A valorização desse membro da equipe como figura estratégica na garantia da conclusão do tratamento se justifica pelo fato de que *a adesão, no cotidiano da assistência, deve considerar*

os modos de vida do indivíduo e sua dinâmica familiar, além de suas crenças, opiniões e conhecimentos sobre a doença e tratamento (Bertolozzi, 1998).

No campo da saúde indígena, os AIS e AEI são conhecedores desses aspectos e os vivenciam por ser parte da família e da comunidade.

Por outro lado, o tratamento dos pacientes com diagnóstico de tuberculose necessita ser compartilhado com os profissionais da medicina tradicional quando o paciente apresenta problemas espirituais.

Essa prática faz parte do cotidiano dos profissionais indígenas, de acordo com o depoimento de um dos participantes:

“... a gente já vem trabalhando com isso, o trabalho em conjunto. Aí a gente trabalhava mais na parte da medicação de acompanhar, observar e orientar, né? Espirituais era mais com o pajé, tirar erva, fazer ela tomar banho, passar erva, arranhar (6.11).

Para Mendonça (2015), no Xingu, às vezes é difícil conseguir essa articulação, mas sempre é possível o diálogo e o trabalho articulado (Mendonça, 2015).

Em estudo realizado por Welch & Coimbra (2011), entre indígenas Xavante acometidos pela tuberculose, identificou-se que no grupo abordado também é comum a busca dos dois tipos de terapia.

Para Langdon (1988) a medicina indígena e a ocidental não são antagônicas. Os sistemas de tratamento não estão em conflito. Podem operar lado a lado se houver respeito mútuo.

5.2.3 CONCEPÇÃO SOBRE A PREVENÇÃO

É importante evidenciar a concepção do profissional em relação à prevenção da TB: ***“... a prevenção ocorre, conversando com a comunidade, “...As***

comunidades têm que se cuidar, se proteger. Lavar a sua casa, cuidar do seu prato”(4.15).

A menção às abordagens na comunidade foi uma constante nos depoimentos. Evidencia-se que o grupo de participantes valoriza as ações de educação em saúde na comunidade e considera que essa abordagem confere resultados positivos no que se refere à prevenção da tuberculose. Essa prática empodera a comunidade para o autocuidado e minimiza os aspectos de vulnerabilidade.

As dimensões com enfoque na família e orientação para a comunidade constituem um novo paradigma para o SUS, sendo de fundamental importância para a reorganização dos serviços (...). Tal enfoque, obrigatoriamente, envolve um sistema de vigilância da saúde que priorize a vigilância do espaço/população/família/comunidade de ocorrência da doença e não mais da vigilância clássica, focada no indivíduo (Mendes, 1999; Ruffino, 2001; Oliveira et al., 2009).

Cabe ressaltar que a formação profissional dos trabalhadores da saúde nas regiões do Médio, Baixo e Leste Xingu proporcionou um processo de ensino-aprendizagem amplo, valorizando o território e o modo de vida das comunidades, a interlocução com as lideranças e famílias e a medicina tradicional.

5.2.4 CONCEPÇÃO SOBRE A SITUAÇÃO ATUAL

A história foi utilizada por um dos profissionais para retratar a sua concepção em relação à epidemiologia da tuberculose e outros agravos no tempo atual. Relembra momentos difíceis das epidemias, incluindo a tuberculose. Considera que o trabalho de instituições como a SUCAM, UNIFESP e DSEI foi determinante para a mudança do quadro epidemiológico anterior, repleto de mortes. Lembra que, na sua aldeia, não há casos de tuberculose. Além disso, a atuação dos indígenas no trabalho da saúde, ao longo do tempo, os faz protagonistas. O profissional ilustra a sua fala lembrando-se de uma conversa com seu avô, uma importante liderança da sua etnia:

“... quando eu conversei com o meu avô, uma coisa que me chamou atenção e me fez pensar. Foi assim: *Você nasceu no meio das pessoas que sofreu coqueluche. Graças à **SUCAM** tinha te salvado. Hoje você está vivendo porque existe muitas coisas boas que estão acontecendo.* Quais são as coisas boas? *Hoje você é profissional de saúde, você tem **apoio das pessoas que te formaram.** Temos a **cobertura de vacina ótima.*** Ele sempre fala, ótimo. Que diminuiu tantos casos de **tuberculose**, coqueluche e varicela, né? E ele fala: *nem por isso nós podemos dormir.* Fala: *continua trabalhando, acredita no seu serviço e nas pessoas que estão te formando, que vem nos ajudar.* Falou: **se não tivesse a vacina, você não estaria aqui trabalhando.** *Se não tivesse profissional de saúde você não estaria vivendo como está agora. Você viveu o momento que morria muitas crianças. **Agora você que está salvando as crianças...*** Então, tem essa comparação do passado para hoje. (...) eu fico feliz de ver a minha comunidade quando fala que **diminuiu a mortalidade.** Comparando do passado para agora. Então não tem mais caso de tuberculose. **É claro que vai aparecer de uma hora para outra, mas não como era antes.** (...) Eu sempre falo para minha família quando começam a falar que viveram em momentos difíceis. **Que morreu muita gente no ano que eu nasci. Eu não quero ver isso,** Eu não quero sofrer cuidando das crianças. A gente está vivendo um momento melhor. Tem o apoio da **UNIFESP.** Não só da UNIFESP também do **DSEI.** Tem os profissionais de saúde não indígenas, temos os **profissionais indígenas formados** que contribuem. Que fazem o trabalho conjunto". (7.21)

Porém, apesar do histórico privilegiado do PIX em relação à assistência à saúde, no momento atual, percebem-se situações de vulnerabilidade (algumas evidenciadas nesse estudo) capazes de provocar mudanças negativas no quadro epidemiológico do território relacionado à tuberculose e a outros agravos.

5.2.5 CONCEPÇÃO SOBRE O TRABALHO DOS PROFISSIONAIS INDÍGENAS NO CONTROLE DA TUBERCULOSE

A respeito do trabalho dos AIS um dos depoimentos nos traz uma importante reflexão que possui diversas facetas, por isso a opção de apresentá-lo na íntegra:

“... Quando eu comecei o meu trabalho era pegar medicamento e fazer. Hoje não. Hoje o povo reclama porque eu não medico (do verbo medicar). Eu tenho que **conversar**. Eu tenho que **perguntar** de onde veio, como pegou, **porque está doente**. Eu tenho que conversar, **como que se cuida, como se trata**. Tratar, eu vou tratar. Cuidar quem vai cuidar é a própria família, é o paciente. Muita gente reclama. Não vem aqui para conversar não. Vem para atender. Mas eu estou atendendo...Eu estou querendo **evitar a medicalização**. Eu não posso ficar medicando, medicando, porque não é bom” (7.22).

O uso das tecnologias leves e a possibilidade do seu impacto na atenção à saúde podem ser traduzidos no depoimento anterior. O acolhimento, o vínculo e as estratégias para estimular a autonomia e o autocuidado foram evidenciados.

Para Merhy (2002, 2008), a tecnologia leve diz respeito às relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho.

Além disso, o depoimento remete a importância da corresponsabilidade no cuidado e sobre o compromisso profissional em contribuir para a qualificação da prática, minimizando os equívocos encontrados no cotidiano de inúmeros serviços, incluindo aqueles do campo da saúde indígena.

Sobre a medicalização mencionada no depoimento, em geral, as auxiliares e atendentes da FUNAI que trabalhavam nas áreas indígenas não passavam por treinamentos ou reciclagens, o que deteriorava sobremaneira o trabalho em campo e exacerbava a medicalização (Mendonça, 1996).

No Xingu, ao longo dos anos, houve transformações na prática dos profissionais indígenas da saúde no que se refere às suas atribuições. Inicialmente, a inserção dos indígenas no trabalho estava relacionada, especialmente, a necessidade de intervenções curativas diante do quadro epidemiológico. Porém, nos últimos anos, com a diminuição da incidência das doenças infectocontagiosas e o surgimento das doenças crônicas não transmissíveis, além da necessidade de um olhar mais

atento aos determinantes sociais do processo saúde doença (diante do intenso contato e suas consequências para a saúde das comunidades), os agentes de saúde e auxiliares de enfermagem potencializaram sua prática, inserindo no conjunto de suas atribuições ações de prevenção e promoção da saúde.

5.3 O CONHECIMENTO SOBRE A TUBERCULOSE

Em relação ao processo de adoecimento, foi exposto que ***“...tuberculose não aparece assim fácil. Pode estar com a pessoa e demora (...) o que aprendi que a tuberculose tá presa no organismo. Pode passar 20 anos e começa crescer e vai espalhar”*** (3.23).

O depoimento refere-se à possibilidade de “hibernação” do bacilo no organismo e a tuberculose-doença aparecer a partir de focos tuberculosos quiescentes, consequência da infecção primária, após um período de tempo variável, frequentemente de vários anos (Buchillet, 2000).

É possível perceber também, no excerto anterior, a preocupação com a transmissão: ***“vai espalhar”*** (3.23).

Os trechos destacados a seguir traduzem o conhecimento sobre o agente etiológico, a transmissibilidade, o modo de transmissão, o tipo e a magnitude da TB (1.8; 2.4; 2.9; 2.11; 3.2; 3.12; 3.14; 5.19; 4.10; 5.4; 5.19; 6.3; 7.6; 7.8).

“... o tipo de bactéria que aparece na parede do microscópio e o nome, o bacilo de Koch” (3.14).

“Falei que a tuberculose era uma doença transmissível mais uma vez que começou o tratamento ela não é transmissível” (7.6).

“... o ar leva para as pessoas” (4.10).

“... se não tratar direito pode ter algum problema ou pode causar a morte” (2.9).

O conhecimento em relação à importância de investigar a história da queixa como subsídio para a realização do diagnóstico foi evidenciado “... **na sala de atendimento, primeira coisa tem que sair a pergunta para o paciente. Para suspeitar tem que saber tudo: quando começou a tosse, se tosse durante a noite e durante o dia, como é o jeito dela**” (5.12).

Em relação à descrição dos sinais e sintomas percebe-se uma grande facilidade para descrevê-los (1.21; 2.5; 4.1; 4.10; 5.1; 5.2; 5.12; 7.13).

Ao mesmo tempo, ainda sobre o diagnóstico lembrou-se da baciloscopia e do RX de tórax e afirmou-se que, em caso de TB, toda a família deverá ser submetida ao “**exame de escarro**” (1.12; 1.22; 2.6; 2.12; 3.15; 4.11; 5.13; 6.7).

A prova tuberculínica, como um dos exames para diagnóstico, foi mencionada somente em um dos depoimentos (5.13).

O curso de formação profissional foi determinante para a aquisição de informações que possibilitam o reconhecimento de um caso suspeito, de acordo com o depoimento a seguir: “... **O que eu tinha aprendido durante a minha formação eu tinha aplicado na minha comunidade: como a doença pega, quais são os sintomas, que existe os tipos de tuberculose. Não porque está tossindo está com tuberculose. Não porque está com gânglios está com tuberculose.**” (7.13).

Verificou-se, em relação ao tratamento, depoimentos que mostram o conhecimento sobre “**é prolongado**”, “**deve ser realizado corretamente** e que “**agora mudou o tratamento**”. A maior parte das falas evidencia o conhecimento em relação ao tempo do tratamento e ao nome dos medicamentos (1.5; 1.9; 3.10; 5.4; 5.5; 7.10), porém, foram observados alguns equívocos (4.3; 6.9).

Destaca-se ainda que o conhecimento sobre a transmissão da tuberculose é bastante valorizado, principalmente, pela relevância dessa informação para a interlocução com os familiares e comunidade no sentido de orientá-los. (1.8, 3.12,

6.3). As orientações repassadas, ao abordar sobre os casos em tratamento, foram relacionadas à separação dos utensílios e isolamento do paciente.

“... isolar a criança para não passar para outro... separar as coisas dele. Pratos, copo” (1.8)

Partindo do pressuposto de que a intensidade do contato é o fator principal para o contágio, essa preocupação em acompanhar e orientar os familiares possui extrema relevância na realidade das populações indígenas. Nas aldeias, a maior parte das casas é populosa, as famílias moram “... **todo mundo junto do lado da rede**” (6.12) e há pouca ventilação e luz.

No tocante à prevenção, foi mencionada a quimioprofilaxia (7.6) a vacina BCG (3.17; 5.25; 7.21) e a biossegurança relacionada ao profissional e à comunidade (3.6; 3,17; 5.22; 7.6).

“Falei de tratamento profilático, passei todos os meus conhecimentos”(7.6)

“Temos a cobertura de vacina ótima. (...) Que diminuiu tantos casos de tuberculose, coqueluche e varicela, né?” (7.21).

“Mas tem que ter cuidado. Não pode brincar com a tuberculose quando faz pesquisa, né? Tem que ter a máscara, protegido, né? Para não ser contaminado” (3.6).

“É por isso que quando a gente vai para qualquer lugar a gente tem que tomar cuidado, próprio nós tem que se cuidar” (5.22).

Entretanto, sobre os efeitos colaterais dos fármacos não foi possível inferir o conhecimento dos AIS e AEI. A ocorrência desses efeitos foi explicitada de forma superficial por um dos profissionais (6.10).

Para os profissionais, o conhecimento se traduz em resultados positivos no que se refere à atenção à saúde:

“Só foi a equipe mesmo acompanhar, fazer a medicação, orientar. Essa foi a maneira que minimizou a transmissão para outras pessoas...”. (6.3)

Alguns autores constataam a capacitação insuficiente dos agentes no que se refere ao conhecimento sobre a TB (Muniz, 2005; Maciel, 2008). Outros estudos também afirmam a falta de conhecimento dos profissionais de saúde em relação à tuberculose (Edginton, Sekatane, Goldstein, 2002; Terra, 2007). O presente trabalho, apesar de identificar fragilidades em relação ao conhecimento sobre a doença (como os relatos feitos por alguns profissionais sobre a transmissão através do compartilhamento de utensílios) e em relação à oferta de atividades de educação permanente pela gestão, contraria a tese dos estudos citados no sentido de identificar, de forma geral, um conhecimento satisfatório sobre a TB, por parte dos profissionais indígenas. Essa potencialidade é consequência do processo de formação que valorizou o trabalho como o princípio educativo e considerou o perfil dos alunos e a heterogeneidade do grupo.

Cabe ainda destacar que o conhecimento dos AIS e AEI potencializa uma prática qualificada, minimizando também as questões relacionadas à vulnerabilidade individual e social:

“O que a gente explica que a tuberculose não transmite pela contaminação do copo. É pelo ar. Você tá falando perto da pessoa, a pessoa tá jogando o vírus, a bactéria na sua frente, e você acaba respirando. Aí eles entendem.”
(3.12).

5.5 As Ações de Controle da Tuberculose que compõe o Trabalho dos Profissionais Indígenas

No controle da tuberculose espera-se, basicamente, que o agente de saúde seja capaz de identificar na comunidade, por meio de visitas domiciliares, sintomáticos

respiratórios e encaminhá-los para pesquisa de tuberculose. Além disso, que orientem a família e a comunidade e acompanhem a tomada dos medicamentos pelos pacientes e organizem reuniões com os membros da comunidade (FUNASA, 2002).

No que se refere à prática cotidiana, os AIS e AEI participantes do estudo realizam, juntamente com os demais membros da equipe (principalmente, os enfermeiros), os atendimentos nas unidades de saúde e/ou nos domicílios. Verificou-se que, nesses espaços os profissionais participam ativamente das abordagens aos pacientes e contribuem na investigação da história da queixa, trazida por eles ou pelos familiares (1.20; 2.5; 5.6; 5.12; 6.6). Em relação à tuberculose contribuem para a identificação de sintomáticos respiratórios (1.21).

Ao mesmo tempo, os depoimentos evidenciaram um conjunto de ações de controle da tuberculose praticadas pelos profissionais referentes à:

- Busca ativa de casos, incluindo a coleta de material para baciloscopia, preparo do material e leitura da lâmina (1.22; 3.4; 3.5; 3.6; 5.10; 7.2).
- Investigação de contatos (2.10; 6.12).
- Acompanhamento contínuo dos casos diagnosticados (2.3; 5.17; 7.16), principalmente no que se refere à prática do Tratamento Diretamente Observado (1.10; 3.8; 5.3; 5.14; 5.15; 6.8; 7.9).
- Orientações aos pacientes, familiares e comunidade, especialmente, em relação às questões que evitam o abandono do tratamento (2.9; 3.9; 7.7) e no que se refere às medidas de prevenção da transmissão intradomiciliar e entre os membros da comunidade (3.12; 5.19; 6.3; 6.12). Além disso, abordagens no sentido de alertar a comunidade sobre a vulnerabilidade ao adoecimento determinada pelos deslocamentos frequentes para as cidades e para outros territórios indígenas e lembretes sobre a importância da imunização contra TB (3.17; 5.25).
- A atitude de vigilância foi percebida nos depoimentos (3.2; 3.17; 5.24; 6.16; 7.19).
- As ações coletivas de educação em saúde sobre a tuberculose fazem parte da prática de alguns AIS e AEI (1.19, 1.23; 2.9; 7.14).

Outra característica que se evidencia é o protagonismo dos indígenas nas ações de controle da tuberculose (3.14; 3.27; 5.24; 6.21; 7.6):

“...a gente estando junto, a gente tem como explicar. Só assim o meu povo vai entender. A maioria do meu povo quase não entende o português. (...) Se a gente não tivesse junto talvez não estaria controlado”. (5.24)

“...porque ele é indígena. Fala a língua, a tradução é muito mais importante, orientar na língua, explicar. Essa é a contribuição muito maior. É claro que a contribuição dele também é fazer as medicações, mas o mais importante é explicar na língua, explicar, conversar na língua. Esse é o papel muito importante do agente de saúde, né? Por isso que ele é sempre presente, né? Qualquer ação ele está lá” (6.21).

Buchillet (2000) reporta a estudos que mostram que explicações dadas na língua dominante do país para populações étnica e culturalmente diferenciadas, frequentemente, lhes eram ininteligíveis. Além disso, as diferenças lingüísticas podem não apenas conduzir ao estabelecimento de um diagnóstico errôneo, como dificultar a colaboração do paciente no tratamento de sua doença.

“O filho mais velho da paciente foi me perguntando se eu sabia o que era tuberculose. Aí eu fui explicando. Quanto mais a gente ensina as coisas para as pessoas, mais a gente aprende. Eu falei: eu sei, acreditando em mim” (7.6)

A menção à capacitação sobre tuberculose e ao curso de formação profissional, ambos ofertados pela UNIFESP, através do projeto Xingu como potencializador para a atuação dos AIS e AEI nas ações de controle da doença fez parte de vários depoimentos (1.22; 2.5; 2.7; 3.14; 4.11; 5.7; 6.22; 7.4; 7.13). Um dos depoimentos refere-se a uma capacitação executada pela FUNASA.

No que se refere à adesão ao tratamento foi possível identificar que os profissionais indígenas possuem uma experiência positiva. Percebe-se sucesso na abordagem dos casos em que havia risco de abandono do tratamento.

Um estudo realizado na Reserva Pimentel Barbosa, em Mato Grosso, também identificou uma alta taxa de adesão à quimioterapia que foi atribuída à alta confiança dos Xavante na quimioterapia, mas também à disponibilidade de medicamentos e à atuação da equipe local (Basta, 2010).

O fato do TDO ser realizado pelos agentes de saúde e auxiliares de enfermagem indígenas (1.5; 2.8, 3.8, 4.6; 7.9) como uma rotina consolidada também contribui para esse resultado.

Porém, a prática do TDO não ocorre em todos os territórios indígenas. Pode-se tomar como exemplo a realidade dos Suruí retratada em um estudo em que, os tratamentos são auto-administrados, sem supervisão direta (Basta, 2004).

De acordo com Moreira, et al. (2013) a participação dos agentes comunitários de saúde nas ações de controle da tuberculose refletem uma melhoria significativa na adesão dos usuários, principalmente se estiver aliada ao Tratamento Diretamente Observado, estratégia já comprovada que ajuda na melhoria dos índices de cura e abandono.

Um estudo sobre Intervenções de base comunitárias para a prevenção e controle da tuberculose publicado por Arshad, et al. (2014) também concluiu que a prática dos agentes de saúde é satisfatória no controle da tuberculose.

Além disso, cabe a eles fazerem a ligação não apenas entre a comunidade indígena e os profissionais não indígenas, mas principalmente no sentido de promover a articulação entre as práticas tradicionais indígenas e a biomedicina (Teixeira, 2012). Por mais desafiador e conflituoso que possa ser esse papel, não há dúvidas da importância para a mudança da realidade epidemiológica nos territórios indígenas.

É relevante considerar os depoimentos que evidenciam o profissional enfermeiro como referência para os indígenas na aquisição de conhecimento sobre a tuberculose e na execução das ações de controle da doença no cotidiano do serviço (1.3; 3.13). Portanto, considera-se essencial que os enfermeiros que atuam nesse contexto desenvolvam competência técnica, antropológica e pedagógica.

“A enfermeira que vinha. Eu pedia para ela me orientar assim ó: me orienta o que é isso, como faz isso, como escreve, né?. Depois fui para o curso, depois que já tinha um pouquinho de experiência o curso veio” (3.13).

É imprescindível, diante dessa posição particular que os profissionais indígenas da saúde ocupam dentro da equipe e na comunidade, proporcionar-lhes conhecimentos diversos no que se refere às questões do processo saúde-doença da tuberculose e de outros agravos que ameaçam o território. Nesse processo, além da perspectiva biomédica, há necessidade de que sejam incorporados outros saberes que ajudarão na relação com as famílias e as comunidades, no sentido de identificar as necessidades e vulnerabilidades.

Por fim, cumpre-se salientar que o perfil de atuação dos trabalhadores indígenas da saúde, em questão, difere da realidade de muitos DSEI. Identifica-se uma ampliação do seu poder de resolutividade que é consequência das necessidades do território de saúde e dos pilares em que o curso de formação profissional se apoiou.

5.4 O PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

De acordo com o Ministério da Saúde (2014), alguns avanços foram conquistados na saúde indígena no que se refere ao controle da tuberculose, dentre eles: ampliação das EMSI; presença de RT do PCT em cada DSEI; processo contínuo de busca ativa dos SR nas aldeias e CASAI; aumento da adesão ao tratamento pelos indígenas; fortalecimento da parceria entre os programas de controle estaduais e municipais de controle da TB, laboratórios centrais e de fronteiras e

DSEI; fortalecimento das ações de educação continuada; sensibilização dos AIS quanto a importância do controle da tuberculose enquanto doença curável.

A partir dos depoimentos, evidenciam-se alguns aspectos referentes às questões colocadas anteriormente, que serão relatados a seguir.

Em relação à gestão e operacionalização das ações de controle da TB, no território do Xingu, têm sido direcionadas de maneira bastante diversas, ao longo do tempo. A seguir, será possível identificar essa constatação e compreender como o PCT executa as ações no território de estudo, atualmente.

O DSEI Xingu, no papel de gestor, é responsável pelas ações de atenção à saúde do território do PIX, dentre elas, as referentes ao PCT.

Em relação às ações desse programa percebe-se que, nas aldeias, os profissionais identificam os casos suspeitos e realizam o tratamento da doença (1.4; 1.21, 4.5; 4.8; 5.14). Porém, um dos casos expostos foi tratado integralmente na cidade (1.15).

“Na aldeia é possível somente identificar o caso suspeito e realizar o tratamento. A confirmação é feita na cidade” (5.14).

Reportando à história anterior das ações de controle da TB, há relatos de que havia um médico que portava um aparelho de RX e que ***“andava como o aparelho na balsa ... Ele mesmo mandou o remédio*** (4.2) ... ***ninguém precisou de sair não*** (4.7). O entrevistado se refere ao médico José Antônio Nunes de Miranda (o ***“Miranda”***) com um histórico de atuação intensa junto a populações indígenas, em conjunto com Noel Nutels. Foi responsável pela Chefia da Unidade de Atendimento Especial - área indígena (1963), coordenador do Programa de Controle da Tuberculose em área indígena, Divisão Nacional de Tuberculose/Fundação Nacional do Índio (1975) e membro Titular do Conselho Indigenista, Fundação Nacional do Índio em 1979 (Hijjar, 2000). Outro depoimento reforça sobre o processo de trabalho em questão:

“Anteriormente, o RaioX de uma aldeia funcionava e todos os pacientes eram encaminhados para esse local”, onde também era realizada a baciloscopia de escarro. Portanto, não era necessário o deslocamento até a cidade (6.15).

Ainda no que tange ao tratamento, os profissionais indígenas são os executores da administração dos medicamentos, na grande maioria dos casos. Um dos profissionais participantes da pesquisa relembra que, por volta de 1988, percebeu-se a necessidade da inserção dos indígenas no trabalho da saúde devido às demandas relacionadas à tuberculose:

“ Naquela época também tinha muito caso de tuberculose. E não tinha ninguém na minha comunidade na época que poderia dar continuidade nos tratamentos, nas pessoas que foram diagnosticadas. A partir daí comecei a iniciar esse trabalho, essa carreira minha na área de saúde” (2.1).

A inserção dos indígenas no trabalho da saúde é uma estratégia que extrapola a função de administrador de medicamento, porém, essa também deve ser valorizada. Pois, “entre as populações indígenas no Brasil é particularmente difícil avaliar o grau de observância terapêutica, devido em parte à precariedade dos serviços de saúde e à ausência de supervisão dos doentes” (Buchillet, 2000).

Percebe-se que, o acesso ao medicamento não é um problema, pois os participantes informaram ter concluído o tratamento, satisfatoriamente, exceto em um dos casos que **“... falhou cinco, seis dias só”** (5.17). De acordo com um dos profissionais, na época da FUNAI, o acesso ao tratamento era garantido: **“... consegui trazer esse tratamento para área. Nunca faltou, nunca faltou”** (2.8).

Eventualmente, quando ocorre alguma ação vertical de busca ativa de sintomáticos respiratórios, por ocasião da presença de um caso índice, a coleta de material para baciloscopia é realizada em campo (1.12; 3.15). No geral, essas ações na comunidade ocorrem de forma pontual.

Em um estudo sobre a organização do serviço de controle da TB realizado no DSEI Potiguara identificou-se que é marcante a improvisação da equipe na busca de casos na comunidade, revelada não como uma rotina do serviço, mas como um modelo de atuação burocrática, mobilizada pelo setor de vigilância epidemiológica (Nóbrega, 2013).

A totalidade dos participantes afirmou que, no momento atual, a confirmação diagnóstica é realizada na cidade (1.2; 1.12; 2.6; 3.15; 5.2; 6.7; 6.13; 7.8). Identificou-se, através dos relatos, que os pacientes foram diagnosticados em municípios diversos e em outros estados. O trecho abaixo se refere a um caso diagnosticado de 2012:

“Aí eles encaminharam ele para São Paulo e lá eles descobriram” (1.2).

Em um tempo anterior, antes da implantação dos DSEI, a EPM/UNIFESP era retaguarda para o encaminhamento de pacientes do PIX porque não havia uma rede de serviços estruturada no entorno do Parque e pelo fato da instituição desenvolver um trabalho nessa comunidade. Além disso, a universidade garantia a leitura das lâminas e disponibilizava profissionais para a realização da investigação dos casos suspeitos, em campo:

“A gente mandava para SP. Faz a coleta e deixa corado e manda para o laboratório. Ou a gente trazia a pesquisadora e fazia isso. Eu participei também” (3.6) .

O suporte técnico por profissionais da universidade, através do Projeto Xingu, ainda é uma prática. Sobre essa parceria na operacionalização das ações de controle da TB, um dos profissionais descreve como ocorre:

“O caminho é assim, né? Quando surge uma suspeita o Distrito a gente sabe que é responsável pela saúde indígena, mas a gente sabe que o Projeto Xingu já vem trabalhando há muito tempo, né? O Distrito a gente procura para buscar a logística, essas coisas aí. No projeto Xingu a gente procura os

médicos que já vieram trabalhar muito tempo para fechar o diagnóstico do que está sendo suspeitado, né? Porque quando você vai para o município, como Sinop tem os médicos que não conhece a realidade dos povos indígenas, né? (6.8)

Atualmente, a responsabilidade pela atenção básica no território é do DSEI que tem por atribuição realizar a articulação, das demandas que extrapolam a governabilidade desse nível de atenção, com os municípios aos quais as aldeias pertencem e com o estado. Nesse contexto, estão as pactuações relacionadas às ações do PCT.

Alguns casos, possivelmente, foram diagnosticados de forma tardia:

“a gente tentou encaminhar várias aqui na cidade. Eles não conseguiram descobrir o que a criança tinha. Qualquer gripe ele pegava já estava com pneumonia” (1.7)

“Ela tinha saído várias vezes na cidade e quase que não descobriu, né?”
(5.2).

A menção à investigação dos contatos foi feita em alguns depoimentos (1.11; 1.12; 7.15). Das investigações feitas, parte ocorreu na aldeia e parte na cidade.

Em 2012, o diagnóstico de um caso de TB pulmonar bacilífera no Sobradinho, aldeia citada pelos participantes como a localidade onde há o maior número de casos diagnosticados, motivou o planejamento de uma ação conjunta entre o DSEI Xingu, Projeto Xingu e SPDM para busca ativa de novos casos e investigação de contactantes. A última ação de investigação epidemiológica de casos nessa aldeia havia sido realizada em 2010, ocasião em que foram encontrados casos de ILTB (Coelho e Santos, 2012).

Considerando as relações de parentesco e de circulação das pessoas na aldeia a investigação foi feita em toda a população e não apenas nos contatos intradomiciliares (Coelho e Santos, 2012). Essa especificidade já nos faz inferir a

importância que ocupam os profissionais indígenas nas ações de controle da doença. Somando-se a isso, através dos depoimentos, verifica-se outras potencialidades do trabalho dos participantes (2.15; 4.14; 7.6), inclusive nas atividades de vigilância da doença (2.10; 3.22):

“a gente fica de olho, a gente acompanha para ver se o filho, filha, marido ou a mulher, ou qualquer pessoal da família estiver com suspeita”(2.10).

Ainda sobre a investigação exemplificada, de acordo com o relatório da ação, foi explicitada a dificuldade em relação à realização de um dos exames diagnósticos: *“Considerando as dificuldades de realização da prova tuberculínica em área, em especial devido à ausência de cadeia de frio permanente, integramos a investigação epidemiológica do caso recém-notificado à etapa de multivacinação”* (SPDM, 2012). A coleta do escarro foi realizada no mesmo período, com o preparo das lâminas na aldeia e o envio das mesmas, para coloração e leitura, ao setor de micobactérias do laboratório Central do Hospital São Paulo/UNIFESP. Nessa ação, 42% dos indivíduos examinados tiveram indicação de exame radiológico. A logística para a realização desses exames foi realizada pelo DSEI, alguns meses depois da ação, porém, não foram realizados os exames da totalidade dos pacientes. A equipe da aldeia foi capacitada, durante a execução da ação, para busca ativa e para a realização da técnica de aplicação da prova tuberculínica.

A experiência da formação profissional é lembrada de maneira recorrente. Os profissionais atribuem a esse processo, realizado dentro do território, um potencializador para construção de conhecimento relacionado à tuberculose e à outras questões que perpassam o trabalho (1.18; 2.5; 3.13; 4.7; 5.11; 6.5; 6.22; 7.1; 7.4; 7.13).

“ Então, durante todos esses períodos de formação minha a gente vem também dentro desse módulo do curso tinha várias disciplinas que a universidade tinha trazido para ensinar. Dentro dessas disciplinas tinha também a tuberculose...” (2.5)

“ O conhecimento que a gente teve nos cursos de AIS, né. Todo o acompanhamento de medico. A gente fez isso na prática. Coloco na prática. Foi uma maneira muito boa. A gente evitou que contaminasse mais pessoas. Isso foi muito bom” (6.5).

“Curso promovido pela UNIFESP fez com que o AIS adquirisse mais conhecimentos em relação à TB, sobre como cuidar dos casos e como lidar com a família e orientar a comunidade...” (7.4)

Em relação às atividades de capacitação, oferecidas pela gestão local, percebe-se que somente alguns profissionais foram contemplados (1.18; 1.25; 2.13, 7.2).

“ Mas eu não entendia o que era tuberculose. (...) fui participar de um curso que teve em Canarana que durou uma semana ... Foi pouco tempo mas lá eu conheci o que era. Como se trata, como que se cuida, como que se lê a lâmina” (7.2).

As capacitações a que os depoimentos se referem foram realizadas pela pelo DSEI Xingu nos anos 2005 e 2015. Esta última, em parceria com o Projeto Xingu.

Os depoimentos trouxeram evidências de avanços nas ações de controle da TB, como por exemplo: o fato do DSEI nos últimos anos, contar com a figura do responsável técnico pelo controle da tuberculose e a tentativa de um melhor planejamento das ações de investigação na comunidade quando há um caso confirmado (6.17; 7.17; 7.16).

Porém, as fragilidades do PCT emergiram nos relatos de maneira importante (1.25; 2.13; 2.14; 3.20; 3.22; 4.13; 5.2; 5.26; 6.14; 7.18). Dentre elas, ressalta-se:

- Ausência de atividades de educação permanente adequadas às necessidades do serviço;
- Falta de priorização das atividades de educação em saúde na comunidade por parte dos profissionais não-indígenas;
- Estrutura inadequada para as ações de busca ativa de casos;
- Deficiência estrutural da rede de referência local;

- Inadequação no cumprimento das diretrizes do PNCT no que se refere aos procedimentos diagnósticos.

Hugh-Jones aborda as dificuldades de alguns territórios indígenas para a garantia do tratamento dos pacientes, inclusive o PIX em que “os doentes precisam sair do Parque para buscar seqüência do tratamento na cidade” (apud Buchillet, 2000).

Essa dificuldade também foi colocada pelos profissionais da UNIFESP (1995): *“...exigindo retornos mensais do paciente para a unidade de saúde que procedeu o diagnóstico. Esse deslocamento frequente era praticamente impossível tendo em vista que o PIX se localiza em uma área de difícil acesso.”*

Nóbrega (2013), no que se refere à deficiência estrutural para exames, identificou que no DSEI Potiguara há diversas dificuldades na rotina do serviço, haja vista a necessidade de deslocar o paciente para o outro município, disponibilizar transporte, ocorrência de atrasos para a divulgação de resultados, entre outras situações referenciadas que resultam em perda de tempo e ônus para o sistema de saúde.

Infelizmente, as recomendações do PCT não são atendidas plenamente no DSEI Xingu. As ações de busca ativa, de maneira permanente, não são uma realidade nas aldeias e os procedimentos diagnósticos não são seguidos. Os documentos do DSEI disponibilizados para utilização neste estudo mostram que houve casos de confirmação de TB, exclusivamente, através do diagnóstico clínico.

De acordo com Amarante et al (2000) entre as populações indígenas *“existe um número considerável de casos de tuberculose sem confirmação bacteriológica, muitos dos quais envolvidos no obituário, que podem corresponder a um viés no diagnóstico”*. Outros estudos também chamam a atenção para essa falha diagnóstica (Escobar et al, 2001; Basta et al, 2004; Cunha et al, 2014).

No geral, há ações parciais sobre os contatos com pequenas iniciativas de ações de prevenção.

O fortalecimento do PCT passa pela necessidade de uma vigilância epidemiológica ágil, ordenação da estrutura do tratamento eficaz, com descentralização, hierarquização e capacitação de profissionais de saúde. Também é importante a manutenção dos níveis já alcançados de cobertura vacinal com BCG (Hijjar et al, 2005). De acordo o banco de dados do DSEI Xingu e Projeto Xingu 100% da população recebeu a vacina BCG.

As ações devem organizar-se e ajustar-se às especificidades locais e, sobretudo, contar com uma rede de apoio articulada que ofereça efetivamente respostas às necessidades identificadas (Nóbrega, 2013).

5.5 A SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA LOCAL

Em relação às especificidades socioculturais que facilitam o adoecimento por tuberculose o único aspecto explicitado pelos participantes foi a preocupação com a transmissão dentro dos domicílios:

*“ [...] Então a gente teve que orientar. No começo foi um pouco difícil orientar o pessoal. O pessoal entender. **Porque mora todo mundo junto do lado da rede.** Foi meio difícil mas só que a gente ia lá quase todo o dia orientar, conversar, ne?”* (6.12).

Porém, essas particularidades não foram colocadas como empecilho para a execução das ações de controle da doença. Há estudos que associam o funcionamento insatisfatório dos programas de controle da TB às questões do modo de vida dos povos indígenas. (Gonçalves, 1998; Rubel, et al., 1992)

A vulnerabilidade das pessoas ao adoecimento pela TB ficou evidente em vários depoimentos que identificaram a intensificação do contato como “risco” para a transmissão. Nesse momento, exemplifica-se os casos que ocorreram nas aldeias e lembra-se das localidades para onde a comunidade se desloca, em que há ***muitos casos*** .

5.6 NECESSIDADES

Para um dos profissionais, o próprio indígena trabalhador da saúde deveria assumir algumas atividades de vigilância da doença. Para isso, entende-se que é necessário que haja capacitação. **“Tendo esse conhecimento, o DSEI poderia disponibilizar os materiais necessários para a vigilância”** (2.15). Há necessidade de realização de ações de vigilância não só da TB, mas também, de outros agravos como a malária. (3.25)

A valorização das ações de vigilância da saúde pelos indígenas merece destaque e reafirma as potencialidades da sua prática. Segundo Hino et al (2011) a vigilância da saúde propõe a incorporação e novos sujeitos, ultrapassando o conjunto de profissionais e trabalhadores de saúde, ao buscar envolver a população organizada. Amplia-se o objeto, pois se consideram as determinações clínico-epidemiológicas no âmbito individual e coletivo, ao mesmo tempo em que contempla a lógica da determinação social do processo saúde-doença.

Identifica-se que, os AIS com menos tempo de atuação, necessitam conhecer melhor sobre a tuberculose (2.13; 3.18). **“A equipe precisa saber sobre a doença. Como a doença chega, eles não sabem ainda, precisa muito”** (3.18).

A qualificação dos profissionais indígenas aponta para a possibilidade de fornecer para a comunidade informações sobre a doença, **“...Ter equipe fazendo palestra”** (3.18).

Estudos demonstram a necessidade de se criar alternativas para o controle da TB que voltem para a prática de saúde participativa, coletiva, integral, vinculada à realidade da comunidade e capaz de ultrapassar as fronteiras das unidades de saúde (da Cruz Oliveira et al. 2009).

Além dos aspectos relativos às atividades de prevenção da TB e capacitação profissional, demonstrou-se a necessidade e o desejo de dar continuidade ao trabalho de investigação desempenhado pelos indígenas, anteriormente (3.24). Em

um dos depoimentos evidencia-se o lamento pelo fato de ter havido descontinuidade do processo de formação em campo:

“...mas não teve oportunidade de tá aprendendo mais”. (5.9)

A melhor formação dos profissionais de saúde indígenas reflete-se em *“uma maior autonomia e empoderamento dos saberes para alcance de mudanças nas suas práticas de saúde, recomenda-se um maior investimento nas ações de educação permanente voltadas a esses profissionais como forma de mantê-los preparados e atualizados frente às ações para o controle da tuberculose”* (Medeiros, 2016). O empoderamento entendido como o processo de capacitação para a aquisição de poder técnico e político por parte dos indivíduos e comunidade (Verdi&Caponi, 2005).

As necessidades emergentes nos depoimentos colocam-se essenciais para a operacionalização das ações de controle da tuberculose no território em questão e podem contribuir de maneira direta com a diminuição dos aspectos de vulnerabilidade programática.

5.7 VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA

De acordo com Ayres (1999), os componentes de vulnerabilidade não estão dissociados entre si. Porém, neste estudo, a vulnerabilidade programática foi colocada em evidência. Mas, os aspectos de vulnerabilidade individual e social também estiveram presentes nos depoimentos de maneira bastante evidente. É possível identificar a vulnerabilidade programática determinando as demais ao longo da discussão.

As deficiências da gestão distrital parecem interferir, diretamente, no funcionamento do PCT. Para os profissionais: há dificuldade na execução das ações, faltam recursos materiais para a busca ativa de casos e para a investigação de contactantes, os fluxos para encaminhamento dos pacientes e materiais para exame não são claros e as ações são prejudicadas por questões logísticas, (2.10; 2.13; 2,14; 3.7; 3.13; 5.17).

Para Nóbrega (2013) é um importante desafio para a gestão do DSEI conseguir programar adequadamente esse conjunto de ações diversificadas, de modo que elas resultem em um cuidado coordenado - eficaz e de qualidade.

Considerando as diretrizes e recomendações do PNCT, identifica-se alguns aspectos relevantes. A partir dos depoimentos torna-se evidente que, apesar do reconhecimento da importância da atividade pelos indígenas, as ações de busca ativa são realizadas nas ocasiões em que há casos de TB diagnosticados, ou seja, essa atividade não se insere na rotina do serviço (3.3; 3.20; 3.22).

A busca ativa de SR deve ser uma atitude permanente e incorporada à rotina de atividades de todos os membros da equipe de saúde, não apenas nos serviços de saúde, mas também nas atividades realizadas na coletividade, seja por meio de visita domiciliar, reuniões com os membros da comunidade, ou outras (Brasil, 2000; Hino et al, 2011).

Há situações em que os diagnósticos demoram a ser concluídos e, a maior parte das vezes, os casos não foram diagnosticados na atenção básica. Criança **“...estava bem magrinha, ficou na UTI”**. Outro paciente (adulto) de outra aldeia também chegou a ficar em UTI.(1.13)

Pode-se constatar também que, em alguns casos, a conclusão diagnóstica foi realizada em referências fora dos municípios do entorno do Parque (5.2).

Essa constatação é motivo de preocupação, visto que, uma das estratégias fundamentais para o controle da tuberculose é a detecção precoce dos casos no campo da atenção básica.

Os equívocos no diagnóstico, mencionados em diversos estudos, foram retratados por um dos profissionais (3.21).

“Como suspeitou eles fizeram o tratamento (...). Depois fez nova consulta. E a doença que está nele acabou, mas o médico fala que é tuberculose. Foi em

Colider. Depois não confirmou. Fez tratamento por 6 meses. A família não investigou”.

Os sinais e sintomas da TB pulmonar são bem conhecidos. A maioria dos profissionais soube relatá-los. Porém, cabe ressaltar, que esses sintomas podem ser interpretados como sinais de um resfriado ou de uma bronquite, por exemplo, o que pode retardar o diagnóstico e a busca de tratamento. O depoimento a seguir nos revela essa fragilidade. De acordo com um dos profissionais, em geral, **“os mais novos”**, não pensam sobre a TB durante o atendimento **“Só pensam mais na gripe” (3.26).**

Essa fragilidade, mesmo no caso de agentes de saúde com maior tempo de atuação e experiência no acompanhamento de pacientes com TB, ocorre e já foi constatada em outros estudos (Pinto et al, 2014; Whoit et al, 2010).

No que se refere ao tratamento, apesar do acesso aos medicamentos e o TDO, na maioria dos casos, serem considerados satisfatórios o acompanhamento durante e após o término do tratamento não seguem as recomendações do PNCT (5.18).

Por fim, considera-se que há um despreparo por parte dos médicos da referência e problemas no acesso à vacina BCG para as crianças que nascem na cidade. Essas afirmações podem ser ilustradas pelos depoimentos a seguir:

“Porque quando você vai para o município, como Sinop tem os médicos que não conhece a realidade dos povos indígenas, né?” (6.19)

“... tá um pouco difícil da criança que nasce na cidade tomar vacina (BCG). Às vezes a enfermeira da casai fala assim: Tá faltando a vacina. A gente vai liberar a criança, assim que tiver vacina na área vocês podem aplicar” (5.27).

Posto isso, o controle da tuberculose extrapola a questão da infecciosidade ou de sensibilidade do doente a medicamentos específicos (CDC, 1995). Dentre outros determinantes, a formação adequada dos profissionais de saúde em relação à tuberculose é essencial para o sucesso desse controle. As limitações identificadas

podem comprometer a integralidade da atenção, agravando a situação epidemiológica da tuberculose no território.

6 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

6 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Considerando o PCT como sentinela para que se repense as práticas de atenção à saúde no território do DSEI Xingu, propõem-se estratégias para a reorganização das ações de controle da tuberculose para que o programa seja implantado na sua integralidade.

Para aqueles envolvidos com a saúde pública, questionar o desempenho de intervenções estabelecidas por meio de programas e políticas públicas é um ato contínuo e extremamente necessário. (Viacava F., apud Arakawa, 2015).

Inicialmente, sugere-se uma avaliação do PCT, coordenada pelo RT do programa, com a participação dos profissionais de saúde que atuam nos vários espaços de trabalho do DSEI (sede, CASAI e campo), lideranças, representantes do controle social e parceiros com o objetivo de sistematizar as potencialidades e fragilidades do programa no nível gerencial, administrativo e assistencial. A busca, na literatura, de tecnologias para esta avaliação se torna relevante. A partir dessa iniciativa, deve-se prosseguir a sua implementação.

Este estudo identificou aspectos de vulnerabilidade programática relativos às ações de controle da tuberculose no Baixo, Médio e Leste Xingu que podem colaborar para a reorganização do programa.

Portanto, com a intenção de contribuir com a qualificação das ações de saúde no território do DSEI Xingu, especialmente as de controle da tuberculose, algumas estratégias foram propostas a seguir:

- Interlocução contínua e organizada com os PCT estaduais e municipais com o objetivo de uma parceria que contribua para a garantia de continuidade das ações de controle da TB na abrangência do território do DSEI Xingu.
- Interlocução com a rede de referência nos diversos municípios aos quais as aldeias pertencem, coordenada pelo RT do PCT e coordenador do DIASI, com o

objetivo de definir o fluxo para envio de material para baciloscopia e realização de radiografia de tórax e outros exames complementares necessários para as investigações e acompanhamento dos casos diagnosticados.

- Garantia de componentes estruturais para assegurar o acompanhamento e supervisão dos pacientes dentro das aldeias, no sentido de evitar o abandono e a descontinuidade do tratamento e para melhorar a rapidez e a qualidade dos diagnósticos.
- Execução de ações de busca ativa de sintomáticos respiratórios como atitude permanente nos vários espaços de trabalho do DSEI Xingu: aldeias (postos de saúde, domicílios, sedes das associações, escolas) e Casas de Apoio à Saúde (CASAI).
- Planejamento das ações de educação permanente que garanta o acesso de todos os profissionais do EMSI e CASAI, incluindo os indígenas.
- Manutenção da parceria com o Projeto Xingu para desenvolvimento de atividades de capacitação (em serviço) para os profissionais (incluindo o RT) e apoio técnico.
- Planejamento e cumprimento das ações de longo, médio e curto prazo, baseados nas prioridades/necessidades do território.
- Envolvimento das organizações indígenas nas ações de controle da tuberculose com objetivo de alertar a comunidade sobre a magnitude do problema entre as populações indígenas, disseminar informações sobre a doença e as formas de prevenção.
- Garantia de supervisão permanente dos profissionais indígenas com o objetivo de identificar fragilidades na sua prática, mas também, encorajá-los e motivá-los para o trabalho cotidiano.

- Garantia de estratégias de organização do serviço que qualifiquem as ações de controle da TB nas aldeias e nas CASAI.
- Sistematização das ações de controle da TB através da confecção de um manual de recomendações (baseado nas diretrizes do Ministério da Saúde, adequando às especificidades da saúde indígena e do DSEI Xingu) para guiar a prática dos profissionais.
- Reorganização do registro dos dados nas aldeias, CASAI e DSEI, a partir dos instrumentos de registro do Sistema Local de Informação em Saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As considerações a seguir referem-se ao território do estudo, mostrando-se a necessidade de cuidado para generalizações. A análise dos depoimentos, pautada no marco teórico da Vulnerabilidade e nas diretrizes do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, mostra a importância de repensar a operacionalização das ações de controle da doença.

O desenvolvimento desse estudo permitiu evidenciar as potencialidades da atuação dos profissionais indígenas. A principal fortaleza que emerge dessa atuação, além da possibilidade de qualificação das ações de controle da tuberculose, refere-se à contribuição para o entendimento do processo saúde-doença em um contexto intercultural. Esse entendimento é um importante aliado na construção de projetos terapêuticos, identificação de conflitos e vulnerabilidades.

O conjunto de competências e habilidades identificadas nesta atuação parece ter relação direta com o histórico de **formação em serviço** ofertada **dentro** território de estudo. De acordo com Freire (1970), *a educação se faz constantemente na práxis. Para ser tem que estar sendo.*

Por outro lado, a descontinuidade desse processo de formação foi explicitada pelos profissionais indígenas como uma perda, indicando a necessidade e demanda para a retomada das atividades de formação profissional neste território.

Somando-se a essas questões, há que se apontar os diversos aspectos de vulnerabilidade programática relacionadas ao sistema de saúde local que fazem com que a prática favorável dos AIS e AEI para detecção da tuberculose não seja executada adequadamente. Com isso, as ações tornam-se pouco resolutivas no trabalho cotidiano.

A partir dos depoimentos percebe-se que não há um programa estruturado. Ocorreram muitas mudanças na organização do processo de trabalho para a realização do controle de TB ao longo do tempo, com evidências de avanços e

retrocessos. As ações iniciais foram realizadas antes do advento do SUS e da implantação dos DSEI.

O programa de controle da tuberculose precisa reconhecer a determinação social da tuberculose (DS-TB) para superar a visão de multicausalidade da doença. As intervenções relacionadas ao diagnóstico, tratamento e prevenção devem considerar a realidade sociocultural, ou seja, fundamentar-se na realidade local.

É importante o destaque de alguns pontos que se fizeram presentes de maneira recorrente no que toca o PCT local: a deficiência na capacitação dos profissionais de saúde, a ausência de ações de busca ativa de casos no cotidiano do serviço e a fragilidade da rede de referência.

Nesse contexto, entende-se que há dificuldades de natureza operacional para a implementação do PCT no território sob a gestão do DSEI Xingu relacionadas ao processo de trabalho das equipes, incluindo os profissionais que atuam na sede do distrito. Além de fragilidades na gestão que inviabilizam ou dificultam a operacionalização das ações de controle.

Reportando às dificuldades enfrentadas no início das ações de controle da doença no PIX, infelizmente, depara-se com a permanência de muitas limitações e fragilidades. Naquele tempo, as dificuldades referentes à logística, aos recursos humanos e a continuidade das investigações tendiam a ser maiores. Por outro lado, percebe-se que, em muitos momentos, o planejamento das ações ocorria de maneira mais organizada que na realidade atual. Houve períodos em que não se fazia necessário o deslocamento dos pacientes para a cidade. A indisponibilidade de recursos humanos para atuação em campo não é mais um problema.

No que se refere à capacitação dos profissionais, se faz necessário que a gestão local tenha uma política de educação permanente, conforme diretriz da PNASPI, para todas as categorias profissionais com particular atenção aos aspectos socioculturais ligados à questão da tuberculose e outros agravos que fazem parte da realidade epidemiológica do território de saúde.

Para Ceccim e Feuerwerker (2004), o objetivo da educação permanente deve ser “*a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde*”.

Cabe reforçar a importância de considerar os profissionais indígenas como integrantes essenciais das atividades de educação permanente, fazendo parte de um processo de *ensinar-aprender*.

Não menos relevante está a importância da valorização (de fato) e supervisão do trabalho dos profissionais indígenas pelo enfermeiro e pelos demais profissionais técnicos, de forma a motivá-los e reconhecê-los como sujeitos importantes para a transformação da situação de saúde do território onde desempenha um trabalho e faz parte da comunidade.

Scatolin, et al. (2014) identificam em seu estudo que , apesar do agente comunitário de saúde sentir-se preparado para o desenvolvimento de algumas práticas necessárias ao controle da TB, sua efetivação se revelou insuficiente, talvez pela dificuldade das equipes em valorizar este agente no desenvolvimento de ações individuais e coletivas para a busca ativa de suspeitos de TB.

O protagonismo desses atores nas atividades de vigilância da saúde, certamente, contribui para a reorganização das ações de controle da TB.

Para que haja transformação das práticas, é necessário que a vigilância da saúde seja, de fato, o modelo de atenção adotado no território do DSEI para a estruturação das ações de atenção a saúde, incluindo as de controle da tuberculose. Pois, este modelo reconhece o território como conceito fundamental para viabilizar a reorientação do processo de trabalho (Oliveira et al., 2009).

Nessa perspectiva, reforça a dimensão gerencial, caracterizando-a como uma prática que organiza processos de trabalho em saúde sob a forma de operações, para confrontar problemas de enfrentamento contínuo, num território delimitado,

através de operações montadas seguindo o problema, nos seus diferentes períodos do processo saúde-doença (Hino et al., 2011).

Portanto, é urgente repensar a prática dos serviços no DSEI Xingu, permitindo a implementação do programa de controle da tuberculose para a execução de ações de controle da doença com potencial para intervir nas vulnerabilidades.

Ao mesmo tempo, considerando a insuficiência de pesquisas que retratam a realidade do conjunto das comunidades indígenas em relação à tuberculose, aponta-se a necessidade de maior ênfase em pesquisas como o foco na melhoria do funcionamento do programa de controle da doença do DSEI.

Além disso, há uma fragilidade importante no sistema de informação oficial, evidenciado pela pesquisadora durante a sua experiência profissional em campo e durante o presente estudo. Percebeu-se a inexistência de muitos registros e de dados completos, dificultando a análise.

Cumprir lembrar que o estudo possui limitações por não captar a subjetividade das relações ente os profissionais indígenas e os demais membros da equipe do DSEI, podendo haver um viés de informação. Apesar disso, a profundidade dos depoimentos e o conhecimento da autora sobre o território em questão contribuiu para minimizar esse viés.

Deste modo, pretende-se com os resultados da presente investigação, nortear ações para a reorganização do programa de controle da tuberculose para que a vigilância da doença se torne mais efetiva, baseando-se nas necessidades do território e nos aspectos de vulnerabilidade identificados.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Altini E, et al. (org) Política de Atenção á Saúde Indígena no Brasil: breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde nas comunidades indígenas. conselho Indigenista Missionário. Brasília, DF; 2013b. Disponível em: <https://cursosadeindigena.files.wordpress.com/2016/03/tema3-texto1-cartilhasac3badeindc3adgenacimi.pdf>

Amarante JM, Porto JF, Silva FA. Controle da tuberculose em área indígena: experiência de uma nova abordagem em Água Branca, MT, maio de 1996. Rev Saúde Dist Fed. 1996; 7 (4):25-32.

Amarante JM, Costa VLA. A tuberculose nas comunidades indígenas brasileiras na virada do século. Boletim de Pneumologia Sanitária. 2000; 8(2):5-12.

Amarante JM. “O controle da tuberculose nas populações indígenas brasileiras, ano 2004”. Brasília: CGDEN/SVS/MS; 2005.

Arakawa T, Magnabosco GT, Lopes LM, Arnaez MA, Gavín MA, Gallardo Mdel P, Monroe AA, Villa TC. Evaluation of the performance of Tuberculosis Control Programs in Brazil and Spain: an integrative review of the literature. Cien Saude Colet. 2015 Dec;20(12):3877-89.

Arshad A, Salam RA, Lassi ZS, Das JK, Naqvi I, Bhutta ZA. Community based interventions for the prevention and control of tuberculosis. Infect Dis Poverty. 2014 Aug 1;3:27.

Ayres JR, et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempo de AIDS In: Parker R, et al. Sexualidade pelo avesso: Direitos, Identidades e Poder. São Paulo: Editora 34; 1999.

Ayres JR, Paiva V, França I Jr, Gravato N, Lacerda R, Della Negra M, Marques HH, Galano E, Lecussan P, Segurado AC, Silva MH. Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of Young people living with HIV/AIDS. Am J Public Health. 2006 Jun;96(6):1001-6.

Ayres JR, França Junior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2.ed.Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. v.1, p. 121-43.

Ayres JR, Paiva V, França Jr I. From natural history of disease to vulnerability.In: Parker R, Sommer M, editors. Routledge handbook of global public health. Abingdon: routledge, 2010.

Ayres JR, Paiva V, Buchalla CM. Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. In: Paiva V, Ayres JR, Buchalla CM, organizadores. Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania Curitiba: Juruá; 2012. p. 9-22.

Baruzzi RG, Barros VL, Rodrigues D, Souza ALM, Pagliaro H. 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). Cad. Saúde Pública . 2001 Mar [cited 2016; 17(2):407-12.

Baruzzi RG. Do Araguaia ao Xingu: a Escola Paulista de Medicina e o Parque Indígena do Xingu. In: Baruzzi RG, Junqueira C organizadores. Parque Indígena do Xingu Saúde, Cultura e História, São Paulo: Terra Virgem editora; 2005.

Basilia C. A Tuberculose pode matar 1,5 milhões de pessoas em 2016, alerta ONU: Depoimento a Renato Grandelle. Jornal O Globo [Internet]. 2016 abr [citado 2016 ago 05]. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/sociedade/saude/tuberculose-pode-matar-15-milhao-de-pessoas-em-2016-alerta-onu-18945106>

Basta PC, et al. "Aspectos epidemiológicos da tuberculose na população indígena Suruí, Amazônia, Brasil." Rev. Soc. Bras. Med. Trop.2004;37(4):338-42.

Basta PC, Oelemann MA, Oelemann WM, Fonseca Lde S, Coimbra CE Jr. Detection of Mycobacterium tuberculosis in sputum from Suruí Indian subjects, Brazilian Amazon. Mem Inst Oswaldo Cruz. 2006;101(6):581-4.

Basta PC, Coimbra CE Jr, Camacho LA, Santos RV. Risk of tuberculous infection in an indigenous population from Amazonia, Brazil. Int J Tuberc Lung Dis. 2006;10(12):1354-9.

Basta PC, Rios DP, Alves LC, Sant' Anna CC, Coimbra Junior CE. Estudo clínico-radiológico de crianças e adolescentes indígenas Suruí, Região Amazônica. Rev Soc Bras Med Trop. 2010;43(6):719-22.

Basta PC, Marques M, Oliveira RL, Cunha EAT, Resendes APC, Souza-Santos R. Social inequalities and tuberculosis: an analysis by race - color in Mato Grosso do Sul, Brazil. Rev Saúde Pública. 2013;47(5):854-64.

Belo EN, Orellana JD, Levino A, Basta PC. Tuberculose nos municípios amazonenses da fronteira Brasil-Colômbia-Peru-Venezuela: situação epidemiológica e fatores associados ao abandono. Rev Panam Salud Publica. 2013;34(5):321-9.

Bertolozzi MR. A adesão ao Programa de Controle da Tuberculose no distrito sanitário do Butantã, São Paulo [dissertação]. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 1998.

Bertolozzi MR. A adesão ao tratamento da tuberculose na perspectiva da estratégia do tratamento diretamente observado (DOTS) no município de São Paulo-SP [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2005.

Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino P, ValV LF, Guanillo MCTU, Pereira EG. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(N. esp. 2):1326-30.

Bertolozzi MR, Takahashi RF, Hino P, Litvoc M, França FOS. O controle da tuberculose: um desafio para a saúde pública. Rev Med. 2014;93(2):83-9.

Bloss E, Holtz TH, Jereb J, Redd JT, Podewils LJ, Cheek JE, McCray E. Tuberculosis in indigenous peoples in the US, 2003-2008. Public Health Rep. 2011;126(5):677-89.

Bowkalowski C, Bertolozzi MR. Vulnerabilidades em pacientes com tuberculose no Distrito Sanitário de Santa Felicidade-Curitiba, PR. Cogitare Enferm. 2010;15(1):92-9.

Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.

Brasil. Ministério da Saúde. Plano de Controle da Tuberculose no Brasil no período de 2001-2005. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica. Brasília (DF): MS; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. SVS. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Área Técnica de Pneumologia Sanitária. CGDEN. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ProgramaTB.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. 4a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006 [citado 2015 abril 13]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/pactos/pactos_vol4.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. SVS. Departamento de Vigilância Epidemiológica. CGDEN. Programa nacional de Controle da Tuberculose. Plano Estratégico para Controle da Tuberculose 2007-2015. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=comdocman&task=docview&gid=927&Itemid=423>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Boletim Epidemiológico - Tuberculose: alinhada com o social, afinada com a tecnologia 2013; 44, n. 02 [citado 2015 mar 01]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/197-secretaria-svs/11955-boletins-epidemiologicos-arquivos>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Boletim Epidemiológico - O Controle da Tuberculose na População Indígena. 2013;44, n. 13 [citado 2015 mar 01]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/197-secretaria-svs/11955-boletins-epidemiologicos-arquivos>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Boletim Epidemiológico - O controle da tuberculose no Brasil: avanços, inovações e desafios. 2014; 45 n. 02 [citado 2015 mar 01]. Disponível em:

<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/197-secretaria-svs/11955-boletins-epidemiologicos-arquivos>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Boletim Epidemiológico – Tuberculose, populações indígenas e determinantes sociais. 2014; 45, n.18 [citado 2015 mar 01]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/197-secretaria-svs/11955-boletins-epidemiologicos-arquivos>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Boletim Epidemiológico: Detectar, tratar e curar: desafios e estratégias brasileiras frente à tuberculose 2015; 46, n. 09 [citado 2015 mar 01]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/197-secretaria-svs/11955-boletins-epidemiologicos-arquivos>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Boletim Epidemiológico: Perspectivas brasileiras para o fim da tuberculose como problema de saúde pública 2016; 47, n. 13 [citado 2015 mar 01]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/24/2016-009-Tuberculose-001.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília; 2011 [citado 2015 mar 01]. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/html/TB/mat_tec/manuais/MS11_Manual_Recom.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose (TDO) na Atenção Básica: Protocolo de Enfermagem. Brasília; 2011 [citado 2015 mar 01]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tratamento_diretamente_observado_tuberculose.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Seminário Nacional de Controle da Tuberculose entre as Populações Vulneráveis (ppt). Brasília: 16/09/2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Panorama da tuberculose no Brasil: indicadores epidemiológicos e operacionais. Brasília; 2014 [citado 2015 mar 01]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/panorama%20tuberculose%20brasil_2014.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Balanço SESAI. [S.l.]: Ministério da Saúde; [2015].

Buchillet D, Gazin P. A situação da tuberculose na população indígena do alto Rio Negro, Estado do Amazonas, Brasil. Cad Saúde Pública. 1998;14(1):181-5.

Buchillet D. Situação da Tuberculose entre as Populações Indígenas no Brasil. Problemática e Estratégias. Documento produzido para o Centro de Monitoramento da Tuberculose. Brasília: IRD; 2000.

Buchillet D. Tuberculose, antropologia e saúde [Internet]. Artigo 2; 2000 [citado 2015 mar 01]. Disponível em: http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers14-09/010032604.pdf

Caldart RV, Marrero L, Basta PC, Orellana JDY. Fatores associados à pneumonia em crianças Yanomami internadas por condições sensíveis à atenção primária na região norte do Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2016;21(5):1597-1606.

Castro-Silva CR, Mendes R, Nakamura E. A dimensão da ética na pesquisa em saúde com ênfase na abordagem qualitativa. Saúde Soc. 2012;21(1):32-41.

Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis. 2004;14(1):41-65.

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-ABRASCO; 2001. p.113-26.

Chang SH, Cataldo JK. A systematic review of global cultural variations in knowledge, attitudes and health responses to tuberculosis stigma. Int J Tuberc Lung Dis. 2014;18(2):168-73.

Chiang CY, Van Weezenbeek C, Mori T, Enarson DA. Challenges to the global control of tuberculosis. Respirology. 2013;18(4):596-604.

Coelho CC, dos Santos EP. Relatório das Atividades de Busca Ativa de Tuberculose: Aldeia Sobradinho, Pólo Base Diauarum, Município Feliz Natal [relatório]. [S.l.]: [s.n.]; 2012.

Coelho CC. A História da Tuberculose em Populações Indígenas [monografia]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2012.

Coelho CC. Tuberculose e Povos Indígenas [texto de apoio]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2015. Acesso restrito.

Coimbra Jr CEA, Santos RV. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2000;5(1):125-32.

Coimbra CEA, Basta PC. The burden of tuberculosis in indigenous peoples in Amazonia, Brazil. Trans R Soc Trop Med Hyg. 2007;101(7):635-6.

Costa DC. Política indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o serviço de unidades sanitárias aéreas. Cad Saúde Pública. 1987;3(4):388-401.

Costa DC. Tuberculose em grupos indígenas. Saúde Debate. 1988;(N. esp.):26-7.

Croda MG, Trajber Z, Lima Rda C, Croda J. Tuberculosis control in a highly endemic indigenous community in Brazil. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2012;106(4):223-9.

Culqui DR, Trujillo OV, Cueva N, Aylas R, Salaverry O, Bonilla C. Tuberculosis en la población indígena del Perú 2008. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 2010;27(1):8-15.

Cunha EA, Ferrazoli L, Riley LW, Basta PC, Honer MR, Maia R, Costa IP. Incidence and transmission patterns of tuberculosis among indigenous populations in Brazil. *Mem Inst Oswaldo Cruz.* 2014;109(1):108-13.

Daniel TM. The history of tuberculosis. *Respir Med.* 2006;100(11):1862-70.

da Cruz Oliveira SA, Ruffino Netto A, Villa TCS, Vendramini SHF, Andrade RLP, Scatena LM. Serviços de saúde no controle da tuberculose: enfoque na família e orientação para a comunidade. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2009;17(3):361-7.

de André Meda. Texto, contexto e significados: algumas questões na análise de dados qualitativos. *Cad Pesq.* 1983;45:66-71.

de Oliveira DLLC, Rossetto M, Hahn G, Maffaccioli R, Almeida CP, Manica S, Paiva TS. A utilização da noção de vulnerabilidade na produção de conhecimento sobre tuberculose: revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015;36:247-53.

de Oliveira Nunes M, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad Saúde Pública.* 2002;18(6):1639-46.

de Oliveira LGD, Natal S, Felisberto E, Alves CKA, Santos EM. Modelo de avaliação do programa de controle da tuberculose. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010;15(Suppl 1):997-1008.

de Salud, Comunitário. "Busca ativa de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose na percepção do Agente Comunitário de Saúde. *Rev Eletrônica Enferm.* 2007;9(1):106-18.

De Sousa MC, Scatena JHG, Santos RV. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. *Cad Saúde Pública.* 2007;23(4):853-61.

Departamento de Medicina Preventiva . Escola Paulista de Medicina - Proposta para o Plano de Saúde a ser Implantado no PIX. Dezembro de 1983. São Paulo

Dheda K, Migliori GB. The global rise of extensively drug-resistant tuberculosis: is the time to bring back sanatoria now overdue? *Lancet.* 2012;379(9817):773-5.

Diehl EE, Langdon EJ, Dias-Scopel RP. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. *Cad Saúde Pública.* 2012;28(5):819-31.

Diehl EE, Pellegrini MA. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para a atuação em contextos interculturais. *Cad Saúde Pública*; 2014;30(4):867-74.

Diehl EE, Follmann HBC. Indígenas como trabalhadores de enfermagem: a participação de técnicos e auxiliares nos serviços de atenção à saúde indígena. *Texto Contexto Enferm*. 2014;23(2):451-9.

Distrito Sanitário Especial Indígena Xingu. Programa de Imunização. Divisão de Atenção à Saúde. Censo Parque Indígena do Xingu: dezembro 2014. Canarana; 2014.

Ditiu L. A new era for global tuberculosis control. *Lancet*. 2011;378(9799):1293.

EPM. Unidade de Saúde e Meio Ambiente. Proposta para o plano de saúde a ser implantado no Parque Nacional do Xingu. São Paulo; 1983.

EPM. Unidade de Saúde e Meio Ambiente. Proposta para o plano de saúde a ser implantado no Parque Indígena do Xingu. São Paulo; 1987.

EPM. Unidade de Saúde e Meio Ambiente. Avaliação das atividades do projeto de atenção à saúde das comunidades do Parque Indígena do Xingu pela Unidade de Saúde e Meio Ambiente. São Paulo, setembro de 1992 a janeiro de 1994; São Paulo; 1994.

EPM Unidade de Saúde e meio ambiente "30 anos Xingu" [relatório de atividades]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1995.

Escobar AL, Coimbra Jr CEA, Camacho LA, Portela MC. Tuberculose em populações indígenas de Rondônia, Amazônia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2001;17(2):285-98.

Fiorin, JL. Elementos de análise do discurso. São Paulo. Ática, 1989.

Fiorin, JL & Savioli FP. Para entender o texto: leitura e redação. São Paulo: Ática, 1991.

Freire P. Educação "bancária" e educação libertadora. In: *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1970.

Fundação Nacional de Saúde. Plano Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.

Fundação Nacional de Saúde. Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas [Internet]. 2002 [citado 2015 Mar 3]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf

Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço. 6a ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008.

Garnelo L. Fórum: saúde e povos indígenas no Brasil. Posfácio. Cad Saúde Pública. 2014;30(4):875-7.

Gomes MP. Os Índios e o Brasil: passado, presente e futuro. São Paulo: Contexto; 2012.

Gonçalves HD, Duarte LFD, Leal OF. Corpo doente: estudo acerca da percepção corporal da tuberculose. In: Duarte LFD, Leal OF, organizadores. Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998. p.105-17.

Hijjar MA, Miranda. Boletim de Pneumologia Sanitária. 2000;8(1):5-12.

Hijjar MA, Procópio MJ, Freitas LMR, Guedes R, Bethlem EP. Epidemiologia da tuberculose: importância no mundo, no Brasil e no Rio de Janeiro. Pulmão RJ. 2005;14(4):310-4.

Hino P, Santos CBD, Villa TCS, Bertolozzi MR, Takahashi RF. O controle da tuberculose na perspectiva da vigilância da saúde. Esc Anna Nery. 2011;15(2):417-21.

Hino P, Takahashi RF, Bertolozzi MR, Egry EY. As necessidades de saúde e vulnerabilidades de pessoas com tuberculose segundo as dimensões acesso, vínculo e adesão. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(N. esp. 2):1656-60.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2012. Brasília (DF): IBGE; 2010.

Instituto Socioambiental. Almanaque socioambiental Parque Indígena do Xingu: 50 anos. São Paulo: [s.n.]; 2011.

Kaufmann SH, Schaible UE. 100th anniversary of Robert Koch's Nobel Prize for the discovery of the tubercle bacillus. Trends Microbiol. 2005;13(10):469-75.

Keshavjee S, Farmer PE. Tuberculosis, drug resistance, and the history of modern medicine. N Engl J Med. 2012;367(10):931-6.

Langdon EJ. Saúde indígena: a lógica do processo de tratamento. Saúde Debate. 1988;(N. esp.):12-5.

Langdon EJ. A construção sociocultural da doença e seu desafio para a prática médica. In: Baruzzi RG, Junqueira C. Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e histórica. San Pablo: Terra Virgem/Unifesp; 2005. p.115-34.

Langdon, Esther Jean, and Eliana E. Diehl. Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. Saúde e sociedade 16.2; 2007. P.19-36.

Lemos EF, Alves AM, Oliveira Gde C, Rodrigues MP, Martins ND, Croda J. Health-service performance of TB treatment for indigenous and non-indigenous populations in Brazil: a cross-sectional study. BMC Health Serv Res. 2014;14:237.

Levino A, Oliveira RM. Tuberculose na população indígena de São Gabriel da Cachoeira, Amazonas, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(7):1728-32.

Lienhardt C, Glaziou P, Uplekar M, Lönnroth K, Getahun H, Raviglione M. Global tuberculosis control: lessons learnt and future prospects. *Nat Rev Microbiol*. 2012;10(6):407-16.

Maciel ELN, Vieira RCA, Milani EC, Brasil M, Fregona G, Dietze R. O agente comunitário de saúde no controle da tuberculose: conhecimentos e percepções. *Community health workers and tuberculosis control: knowledge and perceptions*. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(6):1377-86.

Marques AMC, Cunha RV. A medicação assistida e os índices de cura de tuberculose e de abandono de tratamento na população indígena Guaraní-Kaiwá no Município de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(5):1405-11.

Marques AMC, Pompilio MA, Santos SC, Garnês SJA, Cunha RV. Tuberculose em indígenas menores de 15 anos, no Estado de Mato Grosso do Sul. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2010;43(6):700-4.

Martines WRV, Chaves EC. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(3):426-33.

Medeiros JA. Avaliação da acessibilidade às ações de controle da tuberculose em um município da Bahia [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2016.

Melo TEMP, Resendes APC, Souza-Santos R, Basta PC. Distribuição espacial e temporal da tuberculose em indígenas e não indígenas de Rondônia, Amazônia Ocidental, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(2):267-80.

Mendes EV. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde: uma agenda para a saúde. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 1999.

Mendonça SBM. O Agente Indígena de Saúde no Parque Indígena do Xingu [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1996.

Mendonça SBM. O Agente Indígena de Saúde no parque Indígena do Xingu: reflexões. In: Baruzzi RG, Junqueira C, organizadores. *Parque Indígena do Xingu Saúde, Cultura e História*. São Paulo: Terra Virgem; 2005.

Mendonça SBM. Reflexões sobre a relação intercultural no campo da saúde indígena: uma introdução [texto de apoio]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2013. Acesso restrito.

Menta SA. Processo saúde-doença entre populações indígenas brasileiras: uma questão conceitual e instrumental. *Rev Tellus*. 2014;2(2):65-72.

Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo (SP):Hucitec; 2002.

Merhy EE, Chakkour M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. São Paulo: Hucitec; 2008.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 1992.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4.ed. São Paulo; 1996.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 1999.

Minayo MCS, Deslandes SF, Neto OC, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis (RJ): Vozes; 2013.

Minayo MC, Guerriero IC. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. Cien Saude Colet. 2014;19(4):1103-12.

Miranda JAN, Hautequestt AF, Costa DC. Programa de controle da tuberculose em área indígena. Saúde Debate. 1988;(N. esp.):22-3.

Miranda JAN, Hautequestt AF, Costa DC. A tuberculose no índio. Saúde Debate. 1988;(N. esp.):24-5.

Moraes PD. As entranhas do poder exercido pela sesai [Internet]. Manaus: APIB; 2013 [citado 2016 maio 26]. Disponível em: <https://mobilizacaonacionalindigena.wordpress.com/2013/09/25/as-entranhas-do-poder-exercido-pela-sesai/>

Moreira J, Santos HR, Gonçalves E, Souza FC, Scussel JL, Vieira P. A educação permanente em saúde e sua relação com o empoderamento: reflexões a partir das agentes comunitárias de saúde. Rev Teias. 2013;14(34):28.

Morosini L. Agentes da Cura. Radis Comun Saúde [Internet]. 2015 [citado 2015 abril];151:27-9. Disponível em: http://www6.enasp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis_151_web.pdf.

Muniz JN, Palha PF, Monroe AA, Gonzales RC, Netto AR, Villa TCS. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2005;10(2):315-21.

Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Fraccolli LA. The use of the "vulnerability" concept in the nursing area. Rev Latino-Am Enfermagem. 2008;16(5):923-8.

Nichter M, Nichter M. Acute respiratory illness: popular health culture and mother's knowledge in the Philippines. Med Anthropol. 1993;15(4):353-75.

Nóbrega RG, Nogueira JA, Netto AR, Sá LD, Silva ATMC, Villa TCS. A busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose, no cenário indígena potiguara, Paraíba, Brasil. Rev Latino-Am Enfermagem. 2010;18(6):1169-76.

Nóbrega RG, Nogueira JA, Sá LD, Uchôa REMN, Trigueiro DRSG, Paiva RCG. Organização do serviço de controle da tuberculose em Distrito Sanitário Especial Indígena Potiguara. Rev Eletrônica Enferm. 2013;15(1):88-95.

Novo MP. Os agentes indígenas de saúde do Alto Xingu. Brasília: Paralelo 15; 2010.

Nutels N. Medical problems of newly contacted Indian groups: biomedical challenges presented by the american indian. Washington: PAHO; 1968. v.165.

Nutels B. Centenário de Noel Nutels, o médico dos índios, é esquecido: Depoimento a Renato Grandelle. Jornal O Globo [Internet]. 2013 abr [citado 2016 ago 05]. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/sociedade/historia/centenario-de-noel-nutels-medico-dos-indios-esquecido-8226656>

Oliveira CM, Casanova AO. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. Ciênc saúde coletiva. 2009;14(3):929-36.

Oliveira LSS. Formação e inserção institucional dos agentes indígenas de saúde no Sistema Único de Saúde: um estudo de possibilidades [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2002.

Oliveira LSS. O Agente Indígena de Saúde do Parque Indígena do Xingu: perspectivas de formação e Trabalho. In: Baruzzi RG, Junqueira C, organizadores. Parque Indígena do Xingu Saúde, Cultura e História. São Paulo: Terra Virgem; 2005. p.247-57.

Oliveira LSS. Um panorama sobre o trabalho e os trabalhadores da saúde indígena [texto de apoio]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2015. Acesso restrito.

ONU - Organização das Nações Unidas. Estamos apenas na metade do caminho, diz chefe da ONU no Dia Mundial de Combate à Tuberculose [Internet]. [S.l.]: ONUBR; 2016 [citado 2016 Abr 21]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/estamos-apenas-na-metade-do-caminho-diz-chefe-da-onu-no-dia-mundial-de-combate-a-tuberculose>

ONU - Organização das Nações Unidas. ONU quer acabar com epidemia de tuberculose até 2030 [Internet]. [S.l.]: Rádio ONU; 2016a [citado 2016 Mar 30]. Disponível em: http://www.unmultimedia.org/radio/portuguese/2016/03/onu-quer-acabar-com-epidemia-de-tuberculose-ate-2030/index.html#.V_rLZpXrvIU

ONU - Organização das Nações Unidas. Tuberculose em populações vulneráveis [Internet]. [citado 2016 Ago 25]. Disponível em: <http://tuberculose-populacoes-vulneraveis.blogspot.com.br/>

Orellana JDY, Gonçalves MJF, Basta PC. Características sociodemográficas e indicadores operacionais de controle da tuberculose entre indígenas e não indígenas de Rondônia, Amazônia Ocidental, Brasil. Rev bras epidemiol. 2012;15(4):714-24.

Ortblad KF, Salomon JA, Bärnighausen T, Atun R. Stopping tuberculosis: a biosocial model for sustainable development. *Lancet*. 2015;386(10010):2354-62.

Pinto ESG, Scatolin BE, Beraldo AA, Andrade RLP, Silva-Sobrinho RA, Villa TCS. O Agente Comunitário de saúde na detecção de casos de tuberculose. *Ciênc Cuid Saúde*. 2014;13(3):519-26.

Pontes ALM. Atenção diferenciada e o trabalho do agente indígena de saúde na implementação da Política de Saúde Indígena [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2013.

Pontes ALM, Rego S, Garnelo L. O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(10):3199-3210.

Prat JG. A tuberculose nas populações indígenas das Américas: com uma visão especial para as populações indígenas do Norte da Amazônia, uma revisão da literatura [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2000.

Prat JG, Souza SMFM. Prehistoric tuberculosis in America: adding comments to a literature review. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 2003;98(suppl 1):151-9.

Rech P. Supervisão na formação profissional de agentes indígenas de saúde no Parque Indígena do Xingu [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2008.

Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose - REDE TB [Internet]. Rio de Janeiro. [citado 2015 março 30]. Disponível em: <http://www.redetb.org/>

Rios DPG, Malacarne J, Alves LCC, Sant'Anna CC, Camacho LAB, Basta PC. Tuberculose em indígenas da Amazônia brasileira: estudo epidemiológico na região do Alto Rio Negro. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(1):22-9.

Rodrigues DA. Saúde e doença entre os Índios Panará, Povo Indígena Amazônico de contato recente, 1975-2007 [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2013.

Rodrigues DA, Mendonça SBM. Política indigenista de saúde [texto de apoio]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2015a. Acesso restrito.

Rodrigues DA, et al. A atenção diferenciada em saúde indígena: considerações iniciais [texto de apoio]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2015. Acesso restrito.

Rodrigues DA, Mendonça SBM. O Sistema Único de Saúde e a atenção à saúde dos povos indígenas [texto de apoio]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2015b. Acesso restrito.

Rodrigues DA. Aula ministrada no Encontro presencial do Curso de Especialização em Saúde Indígena. UNASUS/UNIFESP. Jan, 2015: ppt. Acesso restrito.

Romero HC. Creencias y consecuencias sociales de la tuberculosis pulmonar en dos comunidades indígenas del estado de Oaxaca: una aproximación cualitativa. *Rev Inst Nac Enfermedades Respir.* 1999;12(4):235-49.

Rubel AJ, Garro LC. Social and cultural factors in the successful control of tuberculosis. *Public Health Rep.* 1992;107(6):626-36.

Ruffino-Netto A, Villa TCS, organizadores. Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil-histórico e peculiaridades regionais. [S.l.]: REDE-TB; 2000.

Ruffino-Netto A. Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. *Inf Epidemiol Sus.* 2001;10(3):129-38.

Ruffino-Netto A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2002;35(1):51-8.

Sales CMM, Nunes GF, Rogério W, Castro T, Santos BR, Maciel ELN. Tuberculose e a questão social: uma revisão sistemática de estudos brasileiros. *Rev Bras Pesqui Saúde.* 2016;17(4):156-75.

Sanchez AIM, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva?. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2007;12(2):319-24.

Sanchez AIM, Bertolozzi MR. Além da DOTS (Directly Observed Treatment Short-Course) no controle da tuberculose: interface e compartilhamento de necessidades. *Rev Latino-Am Enferm.* 2009;17(5):689-94.

Santos J. Resposta brasileira ao controle da tuberculose. *Rev Saúde Pública.* 2007;41(Suppl 1): 89-93.

Scatena CMC. Vulnerabilidade de pacientes aos acidentes botrópicos no hospital Vital Brasil do Instituto Butantan, São Paulo [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2013.

Scatolin BE, Pinto ESG, Arcêncio RA, Andrade RLP, Wysocki AD, Ponce MAZ, Arakawa T, Beraldo AA, Villa TCS, Palha PF. Busca de pacientes sintomáticos respiratórios: atuação do agente comunitário de saúde no controle da tuberculose em município de grande porte, Brasil. *Texto Contexto-Enferm.* 2014; 23(2):261-9.

Schraiber LB. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Rev Saúde Pública.* 1995;29(1):63-74.

SESAI - Secretaria Especial de Saúde Indígena. [Internet]. [citado 2016 Jan 21]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/conheca-a-secretaria-sesai>

Silva JA, Dalmaso ASW. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

Sousa AO, Salem JI, Lee FK, Verçosa MC, Cruaud P, Bloom BR, Lagrange PH, David HL. An epidemic of tuberculosis with a high rate of tuberculin anergy among a population previously unexposed to tuberculosis, the Yanomami Indians of the Brazilian Amazon. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 1997;94(24):13227-32.

Teixeira CC. A produção política da repulsa e os manejos da diversidade na saúde indígena brasileira. *Rev Antropol (São Paulo)*. 2012;55(2):567-608.

Terra MF, Bertolozzi MR. O tratamento diretamente supervisionado (DOTS) contribui para a adesão ao tratamento da tuberculose?. *Rev Latino-Am Enferm*. 2008;16(4):659-64.

Tollefson D, Bloss E, Fanning A, Redd JT, Barker K, McCray E. Burden of tuberculosis in indigenous peoples globally: a systematic review. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2013;17(9):1139-50.

Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.

Troncarelli MC. A colonização do Brasil e os povos indígenas [texto de apoio]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2015a. Acesso Restrito.

Troncarelli MC. A atuação do profissional como educador no contexto da saúde [texto de apoio]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2015. Acesso Restrito.

Um intérprete do Brasil. *Revista Radis [Internet]*. 2013 Nov 01 [citado 2016 Jan 21]. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/134/reportagens/um-interprete-do-brasil>

UNASUS. Curso TB: Ações para Controle da Tuberculose na Atenção Básica. Curso on line, 2015. Disponível em: <http://www.unasus.gov.br/CursoTB>

Verdi, Marta, and Sandra Caponi. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. *Texto Contexto Enferm* 14.1; 2005: 82-8.

Waalder HT. Tuberculosis and poverty. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2002;6(9):745-6.

Welch JR, Coimbra Jr CEA. Perspectivas culturais sobre transmissão e tratamento da tuberculose entre os Xavante de Mato Grosso, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(1):190-4.

WHO - World Health Organization. Stop TB Partnership. The Global Plan to Stop Tuberculosis, 2006–2015. Geneva: WHO; 2006.

WHO - World Health Organization. Campañas mundiales de salud pública de la OMS [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [cited 2015 March 27]. Available from: <http://www.who.int/campaigns/tb-day/2014/event/es/>

WHO - World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2014. Geneva: WHO; 2014.

WHO - World Health Organization. Pursue high-quality DOTS expansion and enhancement [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [cited 2015 March 27]. Available from: <http://www.who.int/tb/dots/en/>

Woith WM, Volchenkov G, Larson JL. Russian health care workers' knowledge of tuberculosis and infection control. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2010;14(11):1489-92.

Zumla A, Raviglione M, Hafner R, von Reyn CF. Tuberculosis. *N Engl J Med.* 2013;368(8):745-55.

9 APÊNDICE

APÊNDICE A - Sistematização das frases temáticas por categoria analítica

* O primeiro número refere-se à identificação do profissional entrevistado e o segundo número refere-se à ordem de classificação das frases

I. Perfil dos Participantes

2.2; 3.11; 7.3

II. As Concepções dos Profissionais sobre:

- a Tuberculose

3.1; 3.2; 3.3; 3.4; 3.5; 3.6; 4.10; 5.1; 6.10; 6.11; 7.5

- o Tratamento

4.9; 6.11

- a Prevenção

4.15

- a Situação Atual

6.12; 7.21

- o Trabalho dos Profissionais Indígenas no Controle da Tuberculose

7.22

III. O Conhecimento sobre a Tuberculose

1.5; 1.8;1.9; 1.12; 1.21; 1.22; 2.4; 2.5; 2.6; 2.9; 2.11; 2.12; 3.2; 3.6); 3.10; 3.12; 3.14; 3.15; 3.17; 3.23; 4.1; 4.3; 4.10; 4.11; 5.1; 5.2; 5.4; 5.5; 5.12; 5.13; 5.19; 5.22; 5.25; 6.3; 6.7; 6.9; 6.12; 7.6; 7.8; 7.10; 7.13

IV. As Ações de Controle da Tuberculose que compõe o Trabalho dos Profissionais Indígenas

1.3; 1.10; 1.16;; 1.19; 1.20; 1.21; 1.22; 1.23; 2.3; 2.5; 2.7; 2.9; 2.10; 3.2; 3.3; 3.4; 3.5; 3.6; 3.8; 3.9; 3.12; 3.13; 3.14; 3.17; 3.20; 3.27; 4.11; 5.3; 5.6; 5.7;5.9; 5.10; 5.12; 5.14; 5.15; 5.16; 5.19; 5.24; 5.25; 6.3; 6.6; 6.8; 6.12; 6.16; 6.21; 6.22; 7.2; 7.4; 7.6; 7.7; 7.9; 7.12; 7.13; 7.14; 7.16; 7.19; 7.20

VI. O Programa de Controle da Tuberculose

Geral

5.2; 5.7; 5.14; 5.23; 6.5; 6.6; 6.7; 6.13; 6.14; 6.17; 6.18; 7.1; 7.4; 7.8; 7.11; 7.13;
7.16; 7.17; 7.18; 7.19

Diagnóstico e tratamento

1.2; 1.4; 1.7; 1.11; 1.15; 4.2; 4.4; 4.6; 5.17

Prevenção

5.26

Na aldeia

1.12; 1.17; 1.18; 1.19; 1.21; 1.22; 1.23; 1.25; 2.1; 2.5; 2.6; 2.8; 2.10; 2.12; 2.13;
2.14; 2.15; 3.3; 3.6; 3.7; 3.13; 3.15; 3.20; 3.22; 4.5; 4.7; 4.8; 4.12; 4.13; 4.14; 5.7;
5.11; 6.20; 6.22; 7.6; 7.15

VII. A Situação Epidemiológica Local

1.6; 1.14; 1.24; 2.1; 2.3; 2.4; 2.11; 3.1; 3.2; 3.16; 5.8; 5.20; 5.21; 5.22; 6.1; 6.4

VIII. Necessidades

2.13; 2.15; 3.18; 3.24; 3.25; 5.9

VIX. Vulnerabilidade Programática

1.1; 1.23; 1.25; 2.10; 2.13; 2.14; 2.15; 3.3; 3.7; 3.13; 3.20; 3.21; 3.22; 3.26; 5.2;
5.9; 5.17; 5.18; 5.27; 6.2; 6.15; 6.19; 7.12; 7.15

APÊNDICE B - Frases temáticas resultantes das análises dos depoimentos dos profissionais indígenas

Siglas utilizadas:

EMSI: Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena

TB: tuberculose

TDO: tratamento diretamente observado

UTI: Unidade de terapia intensiva

CASAI: Casa de Apoio à Saúde do Índio

DSEI: Distrito Sanitário Especial Indígena

SR: sintomático respiratório

FUNAI: Fundação Nacional do Índio

EPI: equipamento de proteção individual

EPM: Escola Paulista de Medicina

ENTREVISTA 1

- 1.1. Os profissionais indígenas e os demais membros da EMSI não suspeitaram de TB.
- 1.2. O diagnóstico e o tratamento ocorreram em São Paulo.
- 1.3. O profissional indígena começou a acompanhar a criança após orientação da enfermeira.
- 1.4. TDO realizado pelo profissional indígena.
- 1.5. O profissional indígena sabe que o tratamento da TB é prolongado e deve ser realizado corretamente.
- 1.6. Foi o primeiro caso de TB que o profissional indígena teve a oportunidade de acompanhar e ocorreu em 2012.
- 1.7. Não se descobria o que a criança tinha apesar de ter sido encaminhada (para referência local) várias vezes: **“Qualquer gripe que ele pegava já estava com pneumonia”**.
- 1.8. A família foi orientada pelos profissionais indígenas em relação ao isolamento do paciente e separação dos utensílios. Fala da transmissibilidade.

1.9. Para o profissional indígena o tratamento realizado para o caso que ele acompanhou consistia em 4 comprimidos, porém, mencionou que sabia que o tratamento havia mudado.

1.10. Como o profissional indígena precisou resolver questões particulares, fora da aldeia, deixou o tratamento “... **com os outros meus colegas...**”

1.11. Familiares foram submetidos à baciloscopia do escarro.

1.12. Os familiares realizaram o exame de escarro na aldeia e o profissional indígena participou da atividade. A criança foi acompanhada durante todo o tratamento e, ao término, foi encaminhada para cidade para refazer o exame de escarro e “... **tem que tirar Raio X, né?**”

1.13. Criança “...**estava bem magrinha, ficou na UTI**”. Outro paciente (adulto) de outra aldeia também chegou a ficar em UTI.

1.14. Há um adulto em tratamento, que mora em outra aldeia da abrangência do pólo que o profissional trabalha. Foi diagnosticado no estado do Pará quando visitava parentes: “**Ficou quase 10 dias na UTI**”.

1.15. Paciente adulto fez todo o tratamento fora da aldeia. Parte do tratamento no estado do Pará e o restante na CASAI referência da aldeia de origem, no Mato Grosso.

1.16. Criança que estava com TB era : prematura e desnutrida. “**A gente ficava preocupado, sempre acompanhando todo dia. Dava muito trabalho para a gente...**”

1.17. Não houve falta de medicamento durante o tratamento, sendo concluído com sucesso.

1.18. Capacitação através do DSEI com momentos de prática: busca de SR e coleta de escarro na aldeia. Também estudou sobre a TB durante curso de formação ofertado pela UNIFESP.

1.19. Ações relacionadas à TB na sua aldeia e em outras da abrangência do pólo em que atua: teatro, informações sobre a prevenção.

1.20. Aborda os pacientes no momento do atendimento e conhece a importância de investigar a história da queixa.

1.21. Fala sobre a importância de investigar o SR, dando pistas de que conhece os sinais e sintomas de um caso suspeito. Faz esse tipo de investigação junto com a enfermeira.

1.22. Durante a capacitação, o profissional foi informado de que deve ser realizado exame de escarro, raio X, hemograma e acompanhar se o paciente está emagrecendo.

1.23. É necessário material para trabalhar nas ações educativas. São realizadas algumas atividades, porém, os enfermeiros não priorizam esse tipo de ação no cotidiano.

1.24. **“Hoje em dia tem muitas doenças que estão entrando.”**

1.25. Da sua geração, somente dois profissionais foram capacitados na aldeia em relação à TB. **“Acho que Só eu e o R.S que fizemos essa capacitação, né?”**

ENTREVISTA 2

2.1 . Em 1988 havia muitos casos de TB na aldeia. “Naquela época não tinha ninguém na minha comunidade que poderia dar continuidade nos tratamentos, nas pessoas que foram diagnosticadas”.

2.2 . Iniciou o trabalho na aldeia em 1988. Participou do 1º Módulo de do curso de formação de monitores de Saúde em 1992 e concluiu curso de Auxiliar de Enfermagem em 2003 oferecidos pela UNIFESP.

2.3 . Acompanhamento, direto e contínuo, de 4 casos de TB na aldeia onde atua.

2.4 . Dos 4 casos que acompanhou, somente em um deles (TB ganglionar) não houve sucesso.

2.5 . Durante a formação o profissional aprendeu sobre sinais e sintomas, possibilitando identificar um caso suspeito.

2.6 . Investigação de casos é feita nos hospitais, e o tratamento na aldeia. Relato os exames que são realizados na cidade para investigação do caso suspeito.

2.7 . Capacitação para coleta de escarro e leitura de lâmina executada pela enfermeira da UNIFESP que atuava no Xingu nos anos 90.

2.8 . A FUNAI sempre forneceu a medicação e nunca houve falta.

2.9 . Ações do profissional indígena relacionada à orientação aos familiares sobre a doença: **“...a gente explicava a população como um todo quando acontecia um caso”** e também a abordagem ao paciente para que não haja

abandono ... **“a pessoa também talvez ficar enjoada de tomar remédio todo dia por bastante tempo. Através da conversa e explicação “pessoa sempre ouvia e terminava o tratamento”**. O risco de transmissão e morte também é colocado.

2.10 . No caso da abordagem dos familiares, no que se refere à investigação dos contatos, ocorria de não ser possível realizar os exames dos familiares por falta de materiais. Com isso, os profissionais indígenas: **“a gente fica de olho, a gente acompanha para ver se o filho, filha, marido ou a mulher, ou qualquer pessoal da família estiver com suspeita”**. Caso aparecesse algum caso suspeito era feita coleta de escarro.

2.11 Com exceção do caso de uma criança (diagnosticada em 2012), não tem havido casos na comunidade Kisedje desde a década de 90.

2.12 Afirma que, em caso de TB, toda a família deverá ser submetida ao exame de escarro.

2.13 Para a o profissional indígena o trabalho de controle da TB não está ocorrendo como anteriormente: **“o DSEI tem muita dificuldade de fazer esse trabalho acontecer”** Há necessidade de capacitação sobre TB para os profissionais novos. No pólo que atua somente ele possui treinamento sobre TB.

2.14 Segundo o profissional indígena, **“quando ocorrer um novo caso, o DSEI não terá recurso para disponibilizar material para a busca ativa”**. Diz que o DSEI terá dificuldade para encaminhar os familiares para a realização do RX para a baciloscopia, deixando a comunidade vulnerável.

2.15 Para o profissional, o próprio indígena trabalhador da saúde deveria assumir algumas atividades de vigilância da doença. Para isso, é necessário que haja capacitação. **“Tendo esse conhecimento, o DSEI poderia disponibilizar os materiais necessários para a vigilância”**.

ENTREVISTA 3

3.1. Havia uma “epidemia” de TB no Xingu. **“Na comunidade Yudja havia 5 casos que foram tratados de imediato, por esse motivo os casos não aumentaram”**. É uma doença que traz **“risco”** e pode levar a morte.

3.2. Há casos de TB em Colíder, **“...meu pessoal anda por lá e eu fico preocupado com isso”**. Fala do risco de morrer com a doença.

3.3. Lamenta o fato de não ter **“...ninguém que faz pesquisa, né?** Demonstra vontade de retomar a prática de preparo e leitura de lâmina para colaborar com o controle da introdução da TB na aldeia, pois, considera que há muito **“risco”**.

3.4. Para o profissional indígena é muito importante que seja feitas ações de controle da TB **“...Porque ninguém sabe se um dia aparece”**.

3.5. Sobre o trabalho o profissional relata que **“ a gente”** fazia busca ativa de casos suspeitos, inclusive coleta de escarro **“...Só assim a gente descobre o caso.”**

3.6. Para o profissional, a busca ativa consiste em fazer **“a coleta e deixa corado e manda para o laboratório”**. Outra prática que ocorria era: **“a gente trazia a pesquisadora e fazia isso. Eu participei também”**. Para essa atividade chama a atenção para a importância do cuidado para não se **“contaminar”**, usando os EPI.

3.7. Menciona que, anteriormente (pois agora desconhece como ocorre), os pacientes eram encaminhados para São Paulo (dado que era referência), retornando depois para a aldeia para a continuidade do tratamento

3.8. A enfermeira e o profissional indígena administravam o medicamento ao paciente

3.9. Ainda que considere que o paciente **“enjoa de tomar”** (o medicamento), o profissional indígena explicava para ele, insiste: **“se você ficar sem tomar remédio você acaba piorando e acaba morrendo. Então o paciente acaba tomando”**.

3.10 Sabe que o tratamento dura de 6 meses a 1 ano.

3.11 Acompanhou 5 pacientes com TB.

3.12. Ações em relação aos familiares em relação à transmissão: **“A gente orienta a família. Aí eles entendem”**. E sabe sobre a investigação de contatos. Fala da TB como doença transmissível e do agente transmissor.

3.13. Orientação da Enfermeira (em serviço): **“...Eu pedia para ela me orientar...: me orienta o que é isso, como faz isso, como escreve, né?** Quando participou do curso de capacitação ofertado pela UNIFESP já acumulava uma pequena experiência.

3.14. Protagonismo na busca de conhecimento. Relata que entrou em contato com Dr. D.R. e com e com o Claudio Villas Boas **“...e ele ajudou a convencer a EPM,**

porque ele pode oferecer o curso para nós porque no Xingu precisa. Ele e o Baruzzi". Nessa ocasião, aprendeu sobre exame físico e a identificar situações de gravidade. **"Depois fui para o laboratório de tuberculose. Como faz coloração de tuberculose, como é o tipo de bactéria que aparece na parede do microscópio e o nome, o bacilo de Koch".**

3.15. No Xingu apenas a coleta de escarro é realizada. Rx na cidade.

3.16. Há anos não há casos de TB: o último foi um **"...rapaz novo"**.

3.17. No caso de Colíder, onde há muitos casos de TB, o profissional tem orientado à comunidade sobre a importância de não circular muito por lá. Além disso, chamou atenção para a importância de ter a vacina em dia **"e tomar cuidado com a pessoa que está tossindo bastante, não ficar dentro do ambiente daquela pessoa"**. Fala da vacina BCG como prevenção.

3.18. Aponta para a necessidade de oferecer informação sobre a TB para a comunidade, além da necessidade dos profissionais indígenas (mais novos) conhecerem sobre a doença: **"...Ter equipe fazendo palestra" "A equipe precisa saber sobre a doença. Como a doença chega, eles não sabem ainda (os novos). Precisa muito"**.

3.19. Reforça sobre a vulnerabilidade ao adoecimento relacionada ao entorno do território pelo frequente deslocamento de muitos membros da comunidade para os municípios que cercam o Xingu e até mesmo pela presença dos profissionais não indígenas **"...nós que procuramos a doença". ... "a doença, na verdade, não vem sozinha, vem com a pessoa". "... até mesmo quando passa a equipe de saúde aqui deixava a doença, isso acontece"**. Reforça que: **"para a gente controlar ou erradicar a doença tem que ter bastante conversa com a comunidade, não só aqui, o Xingu todo"**.

3.20. Para o profissional indígena não tem havido ações em relação à TB: **"...Não tá acontecendo nada. A gente fala só na reunião da saúde. Parece que não ouve. Não tá dando certo"**.

3.21. Paciente que foi submetido a tratamento por 6 meses, mas que não teve confirmação da TB.

3.22. Informa que **"...antigamente era muito diferente. Tinha equipe que só vinha fazer esse trabalho (vigilância da TB). Hoje não to vendo nada desse acompanhamento. Inclusive ninguém passa aqui falando que vai fazer trabalho sobre tuberculose"**

3.23. Para o profissional **“...tuberculose não aparece assim fácil. Pode estar com a pessoa e demora...o que aprendi que a tuberculose tá presa no organismo. Pode passar 20 anos e começa crescer e vai espalhar”**

3.24. Vontade de fazer novamente o trabalho de investigação que desempenhava anteriormente, no que se refere a coleta de escarro, preparação do material e leitura. Acredita que ainda lembra como preparar a lâmina e identificar o bacilo.

3.25. Há necessidade de realização de ações de vigilância não só da TB, mas também, de outros agravos como a malária.

3.26. Na prática profissional dos mais novos, em geral, não se pensa sobre a TB durante o atendimento aos indígenas: **“Só pensam mais na gripe”**.

3.27. Para o profissional indígena: **“...nosso trabalho aqui é muito importante porque recebe o primeiro caso para identificar e comunicar”**. Acredita que sem o trabalho dos indígenas na saúde o número de casos das doenças aumentaria na comunidade. **“Faz diferença”**.

ENTREVISTA 4

4.1. O profissional, que já havia tratado TB, conhece os sinais e sintomas da doença.

4.2. Havia um médico que portava aparelho de Raio X, **“ andava como o aparelho na balsa ...e chamava o pessoal para fazer chapa, né? Por isso mesmo a gente descobriu que tinha essa doença”**

4.3. O profissional indígena equivoca-se ao tentar lembrar o nome do medicamento, confundindo com Furosemide.

4.4. Enjoava de tomar remédio (ele e o outro caso relatado), mas sabia que era importante concluir corretamente o tratamento para que houvesse cura

4.5. Tratamento realizado na aldeia.

4.6. TDO realizado pelo profissional indígena.

4.7. Capacitação em relação à coleta de material para exame baciloscópico.

4.8. Confirma que diagnóstico e tratamento foram feitos na aldeia.

4.9. Sabe: que o tratamento não deve ser interrompido e também o tempo de tratamento.

4.10. Em relação transmissão da TB o profissional coloca que necessário separar os utensílios do paciente para que não haja transmissão, durante todo o tratamento. Além disso, chama a atenção para não ficar perto do paciente quando estiver conversando **“o ar leva para as pessoas”** (o bacilo).

4.11. Capacitação para proceder em relação á coleta de escarro. Sabe que RX é um exame diagnóstico.

4.12. Familiares foram submetidos ao RX (na aldeia) cujo resultado foi normal.

4.13. Durante o tratamento afirma não ter sido avaliado por médico.

4.14. Não tem havido mais casos porque a comunidade tem se cuidado mais e, essa mudança, está relacionada com o trabalho dos agentes indígenas de saúde.

4.15. Para o profissional indígena a prevenção ocorre conversando com a comunidade.

ENTREVISTA 5

5.1. Profissional indígena relata TB em tia, prima e esposa e fala sobre os sinais e sintomas da doença.

5.2. Relata caso de TB que passou por vários hospitais em Brasília e foi diagnosticado em um hospital particular e a paciente “estava emagrecida, não conseguiu comer”.

5.3. Continuidade do tratamento na aldeia pelo profissional indígena.

5.4. Afirma que recebeu orientação médica em relação aos cuidados/tratamento da paciente quando ela retornou para a aldeia. Sobre a transmissibilidade da TB.

5.5. Conhece os medicamentos e o tempo de tratamento.

5.6. Afirma que a TB **“...totalmente diferente das outras doenças pulmonar, principalmente a pneumonia. O sinal dela é diferente na ausculta...quando eu senti que a ausculta dela é diferente da pneumonia a gente encaminhou para investigar fora”**.

5.7. Afirma que foi conhecendo aos poucos o que deveria ser feito em caso de TB.

5.8. Lembra-se de ter acompanhado apenas 3 casos de TB e que **“...aqui é difícil aparecer caso de TB”** (se referindo ao local onde trabalha).

5.9. Capacitação quanto à leitura de lâmina, coleta de escarro, preparo do material e prevenção de contaminação durante a realização do exame baciloscópico e manifesta facilidade em fazê-lo, **“...mas não teve oportunidade de tá aprendendo mais”**.

- 5.10. Manifesta ter gostado de aprender sobre a leitura de lâmina.
- 5.11. Durante as capacitações e curso de formação aprendeu sobre TB.
- 5.12. Profissional indígena faz abordagem dos pacientes no momento do atendimento e sabe como identificar casos suspeitos de TB a partir da anamnese: **“...na sala de atendimento, primeira coisa tem que sair a pergunta para o paciente. Para suspeitar tem que saber tudo: quando começou a tosse, se tosse durante a noite e durante o dia, como é o jeito dela”**.
- 5.13. Conhece os exames para diagnóstico da TB.
- 5.14. Na aldeia é possível somente identificar o caso suspeito e realizar o tratamento. A confirmação é feita na cidade.
- 5.15. Em relação à administração dos medicamentos, entende que é uma atividade da equipe de saúde e não do paciente ou da família.
- 5.16. Não houve dificuldade em relação ao acompanhamento dos pacientes.
- 5.17. Houve falta de medicamentos por alguns dias por questões logísticas e dificuldades para aquisição na cidade.
- 5.18. A reavaliação do paciente, pós tratamento, é realizada na cidade **“...Se tivesse aparelho aqui era fácil de fazer por aqui.”**
- 5.19. É função dos profissionais indígenas a orientação à comunidade e os familiares em relação à TB, inclusive em relação à transmissão **“... mora tudo junto na mesma casa, não tem divisão do quarto, então eu orientei”**. Fala do agente transmissor.
- 5.20. Desconhece casos em que os pacientes recusaram o tratamento.
- 5.21. A aldeia Sobradinho é o local da abrangência do Polo Diauarum onde ocorre a maior parte dos casos.
- 5.22. A região de Diauarum não está livre da tuberculose... **“está em risco”**. Também chama atenção para os deslocamentos frequentes dos indígenas para os municípios do entorno, como Colíder **“E eles falam que lá TB é um (caso) atrás do outro”**.
- 5.23. Considera que a equipe de campo está preparada no sentido de estar atenta.
- 5.24. Os profissionais indígenas têm uma contribuição importante no controle da TB porque são da comunidade e conhecem a língua. Nas ações de vigilância a presença deles, juntamente com os demais membros da equipe, é uma garantia de

entendimento: “ **Só assim o meu povo vai entender**”. Fala dos professores indígenas como parceiros importantes.

5.25. Em relação à prevenção o profissional indígena relata que as mães são sempre orientadas em relação à importância da vacina contra TB e sobre diversos cuidados nos domicílios e com a criança.

5.26. O profissional indígena entende que é necessário fortalecer as ações de vigilância da saúde no território.

5.27. Crianças que estão nascendo na cidade não estão recebendo a vacina BCG.

ENTREVISTA 6

6.1. Havia mais casos de TB antigamente (nos anos 90): “... **uma epidemia muito forte de TB**” e recentemente, o que houve: “...**a gente soube controlar**”.

6.2. Considera que antigamente não havia “**orientação, conscientização**” a respeito da TB.

6.3. As orientações oferecidas aos pacientes e familiares com TB, ao explicar sobre caso que ocorreu na aldeia, foram relacionadas à separação dos utensílios e isolamento do paciente. “**Só foi a equipe mesmo acompanhar, fazer a medicação, orientar. Essa foi a maneira que minimizou a transmissão para outras pessoas, até da mesma casa**”.

6.4. O próprio profissional indígena já foi acometido por TB.

6.5. O conhecimento adquirido durante o curso, colocado em prática pelos profissionais indígenas, e o acompanhamento médico foram muito importantes para o controle da TB na região.

6.6. Profissional indígena lembra-se do caso de uma idosa com TB na aldeia e como foi importante conhecer a história da paciente por meio do prontuário.

6.7. Coleta de escarro foi feita por médico, na aldeia, e encaminhada para análise, na cidade. A paciente também foi encaminhada para realizar Raio X.

6.8. TDO realizado pelo profissional indígena escolhido para a atividade.

6.9. Equívoco em relação ao tempo de tratamento e desconhecimento sobre os medicamentos.

6.10. Caso de idosa, além da TB, “... **ela teve problemas espirituais, né?** 6.11. Foi necessário o tratamento da medicina tradicional e ocidental e “...**a gente já vem trabalhando com isso, o trabalho em conjunto**”.

6.12. Sobre a orientação dos contatos o profissional indígena informa que, inicialmente, houve dificuldade para o entendimento sobre a doença. Por isso, utilizaram estratégias pedagógicas para dar as explicações. Outra questão colocada como dificultadora foi a proximidade entre as redes dos familiares na casa. Mas obtiveram sucesso devido ao acompanhamento/orientações frequentes facilitados pelo fato de dois dos profissionais residirem na casa da paciente.

6.13. Na casa da idosa, as pessoas mais próximas dela foram para a cidade e fizeram baciloscopia e RX, todos sem alterações.

6.14. A idosa não fez os exames para encerramento do caso.

6.15. Lembra que, anteriormente, o Raio X do Polo Diauarum funcionava e todos os pacientes eram encaminhados para esse local, onde também era realizada a baciloscopia de escarro; não era necessário o deslocamento até a cidade.

6.16. A diminuição de casos deve-se ao fato de “... **ficar atento...**” O fato de sua região não ter casos de TB, no momento, não **faz “a gente esquecer dessa doença...** Tem o objetivo de conversar com a comunidade sobre os vários agravos, transmissíveis e não transmissíveis.

6.17. Considera-se que houve melhora da atenção, inclusive em relação à TB devido aos responsáveis técnicos indicados para cada programa de saúde no DSEI, que são pessoas referências para a busca de orientações; considera-se que os responsáveis técnicos são muito envolvidos, dialogam.

6.18. Sobre o fluxo de investigação de casos: o Distrito é responsável pela logística e por autorizar a participação do Projeto Xingu para realizar a investigação dos casos, pois o Projeto tem médicos que conhecem há muito tempo a saúde indígena.

6.19. Considera-se que em alguns municípios (referência) há médicos que desconhecem a realidade dos povos indígenas.

6.20. Relação de confiança com o Projeto Xingu que é visto como parceiro para dúvidas e orientações sobre as questões da saúde indígena.

6.21. Considera-se que a presença dos AIS nas ações de controle da TB é importante, “...**porque ele é indígena. Fala a língua, a tradução é muito mais**

importante, orientar na língua, explicar". Essa contribuição é considerada muito importante, superando a atividade de administração das medicações. **"Por isso que ele é sempre presente, né?"**

6.22. Considera-se que o conhecimento sobre a doença é adquirido pela, **"... vontade de estar mais presente. De acompanhar a enfermeira, médico. É você gostar do seu trabalho, né?"** Lembra do processo de aprendizado ao longo do tempo (trabalho como princípio educativo)

ENTREVISTA 7

7.1. Anteriormente à participação em curso, o AIS não atuava com TB.

7.2. A participação em curso sobre TB oferecido pela FUNASA possibilitou ao profissional conhecer o tratamento, o cuidado, a leitura da lâmina.

7.3. Mesmo sem continuidade do curso de capacitação sobre TB, profissional afirma que não parou de estudar.

7.4. Curso de formação promovido pela UNIFESP fez com que adquirisse mais conhecimentos em relação à TB, sobre como cuidar dos casos e como lidar com a família e orientar a comunidade.

7.5. TB na sua família assustou a comunidade e ela (a família) **"quase foi discrimina"**.

7.6. Valorização do trabalho por parte da comunidade, empoderamento, protagonismo, aplicação do conhecimento adquirido. Fala da TB como doença transmissível. Fala da quimioprofilaxia e biossegurança.

7.7. Devido ao longo período de tratamento, pacientes tentam abandoná-lo, mas, segundo o profissional: **"... eu ficava lá: não, tem que tratar; é importante, essa doença tem cura. Se a gente tratar bem tem cura, isso mata quando não trata. Durante o tratamento eu fui acompanhando"**.

7.8. Acompanhou um caso de TB ganglionar que foi diagnosticada na referência local e a paciente encaminhada para a referência de **"alta complexidade... Brasília"**. Posteriormente, por ocasião do retorno do paciente à aldeia, o profissional indígena fez o acompanhamento mensal, em conjunto com a família.

7.9 Quando a medicação era administrada pela família, nas ocasiões que o profissional indígena se ausentava da aldeia, no seu retorno ele conferia o tratamento, por meio da contagem das cartelas de medicamentos.

7.10. Conhece o tempo de tratamento para a TB.

7.11. Acompanhamento mensal e no pós-tratamento para o caso de TB ganglionar.

7.12. O primeiro curso (oferecido pela FUNASA) que realizou versava sobre busca ativa, e que não houve continuidade: **“Não tinha material para trabalhar, podia ter feito na minha comunidade.”**

7.13. Em curso de formação profissional, aprende-se sobre a transmissão, cuidados, tipos de TB: **“... O que eu tinha aprendido durante a minha formação eu tinha aplicado na minha comunidade. Explicava para as pessoas. E cita várias informações sobre a TB.”**

7.14. Realizou atividade educativa na comunidade sobre a TB.

7.15. Não lembra se houve investigação dos contatos na ocasião do diagnóstico do caso mais recente no território do Xingu. **“Ficou confuso”** quem iria investigar. **“Acho que foi um pneumologista lá.”**

7.16. Profissional indígena e enfermeiros captam as informações fornecidas pela contra-referência e as utilizam para o acompanhamento dos casos.

7.17. Em relação à percepção sobre a operacionalização das ações de controle da TB percebe que está melhorando. O último caso ocorrido na região do sobradinho **“...Vi que teve acompanhamento, que a equipe estava indo mais para lá. Aparecia as pessoas na CASAI para fazer investigação”**. Acredita que o DSEI está se organizando melhor.

7.18. É necessário **“cobrar a equipe epidemiológica. Fazer mais trabalhos, busca ativa, controle, ações nas comunidades. Não só aqui no Xingu. E se você sai para outro lugar que tem casos de tuberculose ou outras doenças?”**

7.19. Ainda que não haja muitos casos de TB no Xingu, **“...a gente não tem que ficar parado, né? Porque a gente tem contato com outros indígenas, não-indígenas”** no entorno do Parque. Refere-se aos casos de hantavirose e malária que ocorreram no Xingu: **“Onde a gente adquiriu isso? “Na cidade vizinha ou nas outras aldeias de outras tribos”**.

7.20. Considera que, como profissional, deve estar sempre disposto a participar das ações para que elas contribuam para o seu aprendizado e para que possa levar o seu conhecimento para sua comunidade **“Para a gente ganhar mais confiança ter mais apoio da nossa comunidade”**.

7.21. A diminuição dos casos de TB se deve à contribuição dos indígenas e dos não indígenas (UNIFESP) e recorda a fala do seu avô: **“Você nasceu no meio das pessoas que sofreu coqueluche... Hoje você é profissional de saúde...Temos a cobertura de vacina ótima. Que diminuiu tantos casos de tuberculose, coqueluche e varicela, né? Agora você que está salvando as crianças... Então, tem essa comparação do passado para hoje...”**

7.22. A respeito do trabalho considera que seu papel não é somente medicar como fazia no início do trabalho **“ Hoje não, eu tenho que conversar, cuidar. Eu estou querendo evitar a medicalização”**.

10 ANEXOS

ANEXO 1. Termo de anuência do Conselho Distrital de Saúde Indígena



Carta de aprovação do Conselho Distrital de Saúde do Xingu
Termo de Anuência do Conselho Distrital de Saúde do Xingu



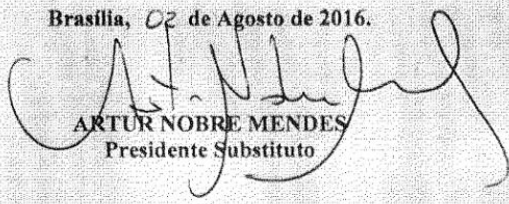
Declaramos que estamos cientes e aprovamos a realização da pesquisa "O Controle da Tuberculose no Parque Indígena do Xingu e o trabalho dos Agentes Indígenas de saúde e Auxiliares de Enfermagem Indígenas", de responsabilidade da aluna Vânia Fernandes Rabelo para o Programa de Pós-Graduação/ Mestrado Profissional na Atenção Primária em Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, que nos foi enviado com os devidos esclarecimentos prestados.

Ficou claro que a pesquisa será realizada com as informações provenientes das entrevistas com os Agentes Indígenas de Saúde e Auxiliares de Enfermagem Indígena. Estamos cientes que os objetivos principais deste trabalho são de colaborar na melhoria da qualidade, organização e planejamento das ações de tuberculose e na formação dos profissionais do DSEI Xingu. Ficou claro quais são os propósitos da pesquisa, que não haverá riscos ou desconfortos para as comunidades do Xingu na realização deste estudo, garantia de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Os resultados deste trabalho serão encaminhados para o Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu, para as conveniadas, para o Conselho Distrital de Saúde e para as comunidades que fizeram parte do estudo.

Parque Indígena do Xingu, 16 de abril de 2015.

Macarea Trumai Data: 24/04/15
Presidente do Conselho Distrital de Saúde
Macarea Trumai

ANEXO 2. Autorização para entrada em terra indígena - FUNAI

 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO AUTORIZAÇÃO PARA INGRESSO EM TERRA INDÍGENA		 Nº 48 /AAEP/PRES/2016
IDENTIFICAÇÃO		
Instituição: Vânia Fernandes Rabelo		Processo nº 08620.099809/2015-80
Nacionalidade: Brasileira		Identidade: RG 58.313324-1 SSP- SP
Patrocinador USP Universidade de São Paulo - SP		
OBJETIVO DO INGRESSO		
Realizar projeto de pesquisa intitulado "O Controle da Tuberculose no Parque Indígena do Xingu, e o trabalho dos auxiliares de Enfermagem, e Agentes de Saúde Indígenas".		
EQUIPE DE TRABALHO		
Nome	Nacionalidade	Documento
*****	*****	*****
*****	*****	*****
*****	*****	*****
*****	*****	*****
*****	*****	*****
LOCALIZAÇÃO		
Terra Indígena: Xingu		Regiões do Médio, Baixo e Leste do Parque
Coordenação-Regional: do Xingu		Indígena do Xingu.
VIGÊNCIA DE AUTORIZAÇÃO		
Início: 02/08/2016		Término: 31/08/2016
RESSALVAS:		
* Esta autorização não inclui licença para uso de imagem, som e som de voz dos indígenas, para além do objeto desta autorização;		
*Esta autorização não inclui acesso ao conhecimento tradicional associado à biodiversidade;		
*Esta autorização não inclui acesso ao patrimônio genético;		
*Remeter a Assessoria de Acompanhamento aos Estudos e Pesquisas – AAEP/Presidência/FUNAI duas cópias de relatórios, artigos, livros, gravações audiovisuais, imagens, sons e outras produções oriundas do trabalho realizado.		
Autorizo.		
Brasília, 02 de Agosto de 2016.  ARTUR NOBRE MENDES Presidente Substituto		

ANEXO 3. Termo de consentimento individual livre e esclarecido



Termo de Consentimento Individual Livre e Esclarecido



(1ª via do participante da pesquisa/ 2ª via do pesquisador)

1. Dados sobre a pesquisa

Título da pesquisa: O Controle da Tuberculose no Parque Indígena do Xingu e o Trabalho dos Agentes de Saúde e Auxiliares de Enfermagem Indígenas.

Pesquisadora: Vânia Fernandes Rabelo

Orientador: Francisco Oscar de Siqueira França

Local: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Você está sendo convidado para participar de um estudo sobre “**O Controle da Tuberculose no Parque Indígena do Xingu e o Trabalho dos Agentes de Saúde e Auxiliares de Enfermagem Indígenas**”. O objetivo desse estudo é analisar o trabalho dos profissionais indígenas nas ações de controle da tuberculose nas regiões do Médio, Baixo e Leste do PIX e propor medidas para o aperfeiçoamento do Programa de Controle da Tuberculose neste território.

Sua colaboração será muito importante para a realização desse trabalho, motivo pelo qual solicito sua participação.

A sua participação é voluntária e consiste em uma entrevista (com duração de 30 minutos) que será gravada e acontecerá no seu local de moradia (PIX/Mato Grosso). Você poderá fazer todas as perguntas que achar necessárias para o esclarecimento de dúvidas. Poderá recusar a responder perguntas ou deixar de participar do estudo a qualquer momento sem que isto tenha prejuízos de ordem profissional e pessoal. A recusa pode ocorrer, inclusive, caso perceba que as perguntas causam constrangimento (incômodo) de alguma natureza para você.

Informo que não haverá despesas pessoais (gastos) para você em qualquer fase do estudo e compensação financeira (pagamento) para sua participação.

Os benefícios da pesquisa, para você, estão relacionados aos efeitos na sua atuação profissional no que diz respeito à sua qualificação para execução das ações de controle da tuberculose, visto que, os resultados da pesquisa serão baseados no conteúdo da sua entrevista e serão usados para

propor medidas para o aperfeiçoamento do Programa de Controle da Tuberculose no território que você desenvolve suas atividades.

Os riscos da pesquisa estão relacionados ao constrangimento que as perguntas podem trazer a você. Caso isso aconteça, poderá se recusar a participar da pesquisa, conforme esclarecido anteriormente. Os cuidados para que não haja risco de quebra de sigilo e confidencialidade serão tomados. Portanto, não é necessária sua identificação e será garantido que seu nome e as suas informações permaneçam em sigilo (segredo) durante todas as fases da pesquisa. Será utilizado um roteiro de entrevista que não terá informações que permitem identificar o participante (você). Nesse instrumento, além do conteúdo da sua entrevista, serão registrados somente o número e data da entrevista e o nome do entrevistador. A proposta é que a entrevista seja feita em um local com privacidade. A transcrição da entrevista será feita por mim, pesquisadora, que se compromete em garantir o anonimato das entrevistas. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Ao final do estudo, se for de seu interesse, terá livre acesso ao conteúdo do mesmo, podendo discuti-lo com o pesquisador.

Os resultados desse estudo serão apresentados e discutidos com os representantes dos Conselhos Locais e Distrital de Saúde Indígena do Xingu, gestão do DSEI Xingu e Coordenação do Projeto Xingu. Além disso, serão apresentados em eventos e publicados em periódicos e revistas científicas.

Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 (CNS/Conep) que aprova as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos. Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Este termo será rubricado em todas as suas páginas e assinado nas duas vias, sendo uma via para você (participante) e outra para o pesquisador.

Informo que, diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, você terá direito à indenização.

Desde já agradeço a sua colaboração e me coloco à disposição.

Informações dos Responsáveis pelo acompanhamento da pesquisa para contato, em caso de dúvidas:

Nome: Vânia Fernandes Rabelo

Endereço: Rua Dr. Nicolau de Souza Queirós

Nº: 709 APTO: 22

Bairro: Vila Mariana

Cidade: São Paulo

CEP: 04105-001

Telefones: (11) 953561906

Email: vfrrabelo@gmail.com

Nome: Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar n° 419

Bairro: Cerqueira César Cidade: São Paulo CEP: 05403-000

Telefone: (11) 30617548

Email: edipesq@usp.br

Nome: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

Endereço: SEPN - 510 Norte, Bloco A – 3º Andar. Edifício Ex-INAN – Unidade II/Ministério da Saúde

Cidade: Brasília

CEP: 70750-521

Telefone: (61) 3315-5878

2. Consentimento pós-esclarecido

Acredito ter sido informado o suficiente sobre as palavras que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo sobre **“O Controle da Tuberculose no Parque Indígena do Xingu e o Trabalho dos Agentes de Saúde e Auxiliares de Enfermagem Indígenas”**.

Ficaram claros para mim quais os objetivos do estudo, os procedimentos que serão feitos, as garantias de sigilo e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que não terei gastos ou receberei pagamento para participar.

Concordo em participar deste estudo e poderei retirar minha autorização a qualquer momento, antes, durante ou depois da entrevista, sem penalidade ou prejuízo.

Declaro que, após ter entendido o que me foi explicado, aceito participar do estudo.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do Entrevistado

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste entrevistado para participação neste estudo.

Vânia Fernandes Rabelo

ANEXO 4. Termo de autorização para uso do banco de dados do DSEI Xingu



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA
Distrito Sanitário Especial Indígena Xingu

Termo de autorização para uso de banco de dados

O Presente termo de consentimento refere-se ao projeto de pesquisa intitulado de "O Controle da Tuberculose no Parque Indígena do Xingu e o trabalho dos Agentes Indígenas de Saúde e Auxiliares de Enfermagem Indígenas". O estudo avaliará o papel dos Agentes Indígenas de Saúde e Auxiliares de Enfermagem Indígenas nas ações de controle da tuberculose no Parque Indígena do Xingu, considerando a especificidade do local.

Este projeto não possui quaisquer riscos para as comunidades indígenas do Parque Indígena do Xingu. Pelo contrário, serão benéficas, pois o estudo colaborará na melhoria da qualidade, organização e planejamento das ações de controle da tuberculose e na formação dos profissionais das EMSI.

Após devidamente esclarecido, os coordenadores do Distrito Sanitário Especial Indígena Xingu (DSEI Xingu) e da Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI) autorizam Vânia Fernandes Rabelo a utilizar os registros referentes à tuberculose existentes no banco de dados do DSEI Xingu. Este termo será utilizado pela aluna no Curso de Pós-Graduação - Mestrado Profissional na Atenção Primária em Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Confirmo autorização para realização e publicação deste trabalho.

Canarana/ MT - DSEI Xingu, 25 de abril de 2015.

Coordenador - DSEI Xingu

Eric Daniel Contúria
Coordenador Distrital
DSEI-XINGU/SESAI/MS
Portaria nº 436 de 25/03/2014

Coordenador da DIASI - DSEI XINGU

Pablo Sage JR. Kamaiurá
Chefe do DIASI
DSEI Xingu/SESAI/MS
SIAPE - 2043082

ANEXO 5. Termo de autorização para uso do banco de dados do Projeto Xingu



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
Escola Paulista de Medicina
Departamento de Medicina Preventiva
HOSPITAL SÃO PAULO
Ambulatório do Índio – Projeto Xingu



Termo de autorização para uso de banco de dados

O Presente termo de consentimento refere-se ao projeto de pesquisa intitulado “O Controle da Tuberculose no Parque Indígena do Xingu e o Trabalho dos Agentes de Saúde e Auxiliares de Enfermagem Indígenas” que pretende analisar o trabalho dos profissionais indígenas nas ações de controle da tuberculose nas regiões do Médio, Baixo e Leste do Parque Indígena do Xingu e propor medidas para o aperfeiçoamento do Programa de Controle da Tuberculose.

Após devidamente esclarecido, o chefe da Unidade de Saúde e Meio Ambiente do Departamento de Medicina Preventiva da EPM/UNIFESP, autoriza a aluna Vânia Fernandes Rabelo a utilizar os dados e relatórios técnicos existentes no banco de dados do Projeto Xingu para complementar a análise do estudo vinculado ao Programa de Pós-Graduação / Mestrado Profissional na Atenção Primária em Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Confirmo a autorização para a utilização do banco de dados do Projeto Xingu/UNIFESP.

São Paulo, 01 de junho de 2015.

Dr. Douglas A. Rodrigues

Chefe da Unidade de Saúde e Meio Ambiente
Departamento de Medicina Preventiva da EPM/UNIFESP