



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA
FACULDADE DE ITAITUBA – FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

ERICA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS INDÍGENAS ACOMETIDOS POR
TUBERCULOSE PULMONAR NAS ALDEIAS INDIGENAS DO DSEI
TAPAJÓS**

ITAITUBA-PA

2016



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA
FACULDADE DE ITAITUBA – FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

ERICA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS INDÍGENAS ACOMETIDOS POR
TUBERCULOSE PULMONAR NAS ALDEIAS INDIGENAS DO DSEI
TAPAJÓS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Enfermagem da Faculdade de Itaituba,
para obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr^a Djalmira de Sá Almeida.

ITAITUBA – PA

2016

Santos, Erica Maria de Oliveira. Perfil epidemiológico dos Indígenas acometidos por Tuberculose Pulmonar no DSEI Tapajós. Erica Maria de Oliveira Santos. Itaituba: FAI, 2016.

63 fls.

Orientadora: Djalmira de Sá Almeida Barros.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Itaituba, 2016.

1. Enfermagem. 2. Saúde. I. Barros, Djalmira de Sá Almeida II. Faculdade de Itaituba. Itaituba, BR – PA, 2016.

ERICA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS INDÍGENAS ACOMETIDOS POR TUBERCULOSE PULMONAR NO DSEI TAPAJÓS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel no Curso de Graduação em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Djalmira de Sá Almeida Barros

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: _____

Prof. Nome, titulação.

Avaliador: _____ Nota: _____

Prof. Nome, titulação

Avaliador: _____ Nota: _____

Prof. Nome, titulação

Resultado: _____ Média: _____

Data: 11 de julho de 2016

A Minha mãe, por acreditar em meus objetivos e apoiar em todos os momentos desta jornada aos meus amigos e colegas de trabalho pela compreensão e o incentivo.

A minha orientadora Dr^a Djalmira de Sá Almeida, que teve grande importância na construção deste estudo, contribuindo muito para o andamento deste trabalho, com sua sabedoria, paciência e criatividade proporcionando ideais e muito conhecimento.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, que sempre esteve presente em todos os momentos guiando e dando sabedoria.

A minha mãe, Maria Erismeida Oliveira, meu esposo, Milton Nascimento Viana e meu filho, Erick Oliveira que sempre estiveram presentes em cada passo desta jornada, dando-me força, amor e uma imensa paciência.

A todos meus amigos e colegas que adquiri durante minha vida acadêmica.

A todos aqueles que acreditaram e ajudaram-me para que este sonho se tornasse realidade.

“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto à obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!”

“Florence Nightingale”

RESUMO

Como se trata de problema de Saúde Pública, este estudo é útil e necessário, considerando que a população indígena está sujeita a sérios agravos e morbidade, tendo em vista morar em área ribeirinha e garimpeira, consumindo peixes contaminados por mercúrio, cada dia aumentando os custos para o erário público, tornando-se economicamente um atendimento caro, uma vez que, nos casos de alto risco. A SESAI tem que fazer o deslocamento por via aérea, com acompanhamento de enfermeiros e pessoas da família, onerando para o SUS e agravando a saúde indígena, aumentando a relevância da execução do projeto que revela uma preocupação de alto nível social. O objetivo geral do estudo é Diagnosticar as causas da epidemiologia da Tuberculose, enfocando o povo Munduruku para traçar um perfil dessa população quanto o acometimento da doença. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre a Tuberculose Pulmonar em artigos específicos da enfermagem e publicações especializadas com resultados de pesquisas em outras áreas indígenas brasileiras; uma descrição do ambiente de abrangência do problema nas Aldeias Indígenas do povo Munduruku, confrontando a teoria com a prática da assistência atual das equipes de saúde que atuam no DSEI do Tapajós; analisando a literatura, relacionando os dados da prática com os dados do SIASI, diagnosticando sobre o perfil epidemiológico dos indígenas acometidos por Tuberculose Pulmonar. Conclui-se que o enfermeiro tem papel importante no tratamento e prevenção de Tuberculose.

Palavras- Chave: Tuberculose Pulmonar. Saúde Indígena. Enfermeiro. Ações Educativas.

ABSTRACT

As it is a public health problem, this study is useful and necessary, considering that the indigenous population is subject to serious injuries and morbidity, in order to live in riverine and gold mining area, consuming fish contaminated with mercury, every day increasing costs to the exchequer, becoming economically an expensive service, since, in cases of high risk. She have to make the shift by air, with accompanying nurses and family members, burdening for the NHS and aggravating the indigenous health, increasing the relevance of project execution which reveals a concern of high social level. The overall objective of the study is to diagnose the causes of TB epidemiology, focusing on the Munduruku people to draw a profile of this population and the onset of the disease. The literature search on Pulmonary Tuberculosis, in specific articles of nursing and specialized publications with results of surveys in other Brazilian indigenous areas was carried out; a description of the scope of environmental problem in Indigenous Villages Munduruku people, confronting theory with the practice of the current assistance of health staff working, in DSEI the Tapajos; analyzing literature, relating the practice data with SIASI data, diagnosing on the epidemiological profile of affected indigenous for Pulmonary Tuberculosis. It is concluded that the nurse has important role in the treatment and prevention of tuberculosis.

Words-Key: Pulmonary Tuberculosis. Indigenous health. Nurse. Educational actions.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1	Série Histórica dos casos de Tuberculose Pulmonar no Brasil (1990-2015).	30
Quadro 1	Dados Estatísticos de Tuberculose Pulmonar dos Indígenas entre 2006 a 2015.	33
Quadro 2	Casos de Tuberculose Pulmonar, 2006-2015, DSEI Rio Tapajós.	39
Quadro 3	Nº de funcionários do DSEI Rio Tapajós.	40
Gráfico 01	Incidência de Tuberculose Pulmonar no Brasil por regiões	31
Gráfico 02	Coeficiente de Tuberculose Pulmonar na região norte no período de 1990 a 2014.	32
Gráfico 3	Incidência de Casos de Tuberculose Pulmonar	34
Gráfico 4	Funcionários do DSEI envolvidos na pesquisa em relação ao sexo.	43
Gráfico 5	Funcionários do DSEI envolvidos na pesquisa em relação ao nível de escolaridade	43
Gráfico 6	Função dos envolvidos na pesquisa	44
Gráfico 7	Mostra o Tempo de Atuação dos 10 entrevistados	45
Gráfico 8	Estado Civil dos envolvidos na pesquisa.	46
Figura 1	Mapa do DSEI Rio Tapajós	38
Figura 2	Foto dos indígenas Munduruku	40
Figura 3	Foto da equipe do DSEI	42

LISTA DE SIGLAS

CAN	Correio Aéreo Nacional
CAS	Correio Aéreo Sanitário
CASAI	Casa de atenção a Saúde Indígena
CIMI	Conselho Indigenista Missionário
COSAI	Coordenação de Saúde do Índio
DEOPE	Departamento de Operações
DRS	Delegacia Regional de Saúde
DSEI	Distrito Sanitário Especial de Saúde Indígena
EMSI	Equipe Multidisciplinar de saúde Indígena
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EVS	Equipes Volantes de Saúde
FAB	Força Aérea Brasileira
FSESP	Fundação de Serviços de Saúde Pública
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde do Índio
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCNT	Programa Nacional de Tuberculose
PPD	Proteico Purificado Derivado
SAI	Atenção à Saúde Indígena

SESAI	Secretária Especial de Saúde Indígena
SIASI	Sistema de Informação a Saúde Indígena
SINAN	Sistema de Informações Nacionais de Agravos e Notificações
SNT	Serviço Nacional de Tuberculose
SPI	Serviço de Proteção ao Índio
SUS	Sistema Único de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSA	Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas
TB	Tuberculose Pulmonar
UAE	Unidade de Atendimento Especial

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
2.1 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS ACOMETIDOS PELA TUBERCULOSE PULMONAR	15
2.1.1 Breve Histórico do Atendimento à Saúde Indígena.....	15
2.2. A TUBERCULOSE PULMONAR ENTRE OS POVOS INDÍGENAS	24
2.3 O PAPEL DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO AO INDIGENA ACOMETIDO DE TUBERCULOSE PULMONAR	25
2.4 DADOS ESTATÍSTICOS SOBRE A TUBERCULOSE PULMONAR NO BRASIL.....	29
3 METODOLOGIA	36
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	36
5 RESULTADO E DISCUSSÃO	52
6 CONCLUSÃO	55
REFERÊNCIAS.....	57
APÊNDICE.....	59

1 INTRODUÇÃO

A Tuberculose é uma doença infectocontagiosa causada por uma bactéria que afeta principalmente os pulmões, mas também podem ocorrer em outros órgãos do corpo como ossos, rins, e meninges, que são as membranas que envolvem o cérebro. Sua principal causa é o *Mybacteruim Tuberculosis* ou Bacilo de Koch. Existem outras bactérias que também podem causar a tuberculose: a bovis, africanum e a microti. (BRASIL, 2011).

A população indígena das aldeias atendidas pelo Distrito Sanitário Especial de Saúde Indígena (DSEI) - Rio Tapajós, conforme dados do Sistema de Informação a Saúde Indígena – SIASI, tem apresentado altos índices de tuberculose pulmonar, possivelmente, ocasionados pela influência dos garimpos existentes na área, constantemente, impactada pela utilização do mercúrio, e pela má distribuição de renda, o que acarreta má alimentação, desnutrição e péssimas situações habitacionais, facilitando a disseminação do bacilo, tornando-se uma importante questão de Saúde Pública, que pode ter a intervenção e orientação do Enfermeiro para reduzir este quadro. Diante disto, questiona-se: á Equipe de Enfermagem: pela sua experiência no trabalho com a Saúde Indígena, a que você atribui o alto índice de ocorrência da Tuberculose Pulmonar entre esses povos? Quais os sintomas, sinais e fatores de risco dos acometidos da Tuberculose Pulmonar? Como o enfermeiro pode contribuir na prevenção, no tratamento e no acompanhamento, no controle e na orientação aos pacientes com Tuberculose Pulmonar?

O objetivo geral deste estudo é diagnosticar as causas da Epidemiologia da Tuberculose Pulmonar entre os indígenas, enfocando o povo Munduruku para traçar um perfil dessa população quanto ao acometimento da doença. Para alcançar este objetivo, foi revisada a literatura sobre Tuberculose Pulmonar em artigos específicos da Enfermagem e publicações especializadas, com resultados de pesquisas em outras áreas indígenas brasileiras; descrevendo o ambiente da abrangência do problema; comparando os dados da revisão literária com a prática da assistência atual das equipes de saúde que atuam no DSEI do Rio Tapajós com os povos indígenas das etnias: Apiaká, Kayaby, Kaiapó, Tembé Ava-Canoeiro e Munduruku,

acometidos de Tuberculose Pulmonar, pelos dados do SIASI, além de uma reflexão sobre o perfil epidemiológico.

Como se trata de problema epidemiológico de Saúde Pública, este trabalho é útil e necessário, considerando que essa população está sujeita a sérios agravos e morbidade, tendo em vista morar em área garimpeira, consumindo peixes contaminados por mercúrio, cada dia aumentando os custos para o erário publico, tornando-se economicamente um atendimento caro, uma vez que, nos casos de alto risco, a SESAI tem que fazer o deslocamento por via aérea, com acompanhamento de enfermeiros e pessoas da família, onerando para o SUS e agravando a saúde indígena, aumentando a relevância da execução do projeto que revela uma preocupação de alto nível social. O estudo foi executado através de uma pesquisa bibliográfica e uma pesquisa de campo de natureza quantiquantitativa fundamentada em dados estatísticos do SIASI, com abordagem descritiva exploratória com questionário aplicado aos profissionais da Equipe de Enfermagem que atendem nas Aldeias Indígenas do DSEI - Rio Tapajós, nas áreas de abrangência de Itaituba, Jacareacanga e Novo Progresso, com a finalidade de traçar um perfil epidemiológico dos indígenas munduruku do DSEI Rio Tapajós, em relação à Tuberculose Pulmonar, visando sugerir ações educativas para a prevenção e tratamento da doença.

A população indígena atendida por este Distrito, conforme dados do SIASI, tem apresentado altos índices de Tuberculose Pulmonar, possivelmente ocasionados pela influência dos garimpos existentes na área, constantemente impactados pela utilização do mercúrio, tornando-se uma importante questão de Saúde Pública que, pode ter a intervenção e orientação do enfermeiro para reduzir este quadro. Entretanto, no Município de Itaituba, essa doença aparece associada a outros problemas, tais como: Tabagismo, Alcoolismo, e comportamentos irregulares.

Esta monografia está organizada em seis capítulos, sendo o primeiro a introdução com explicação dos passos do trabalho; o segundo capítulo trata da fundamentação teórica sobre a política nacional de atenção à saúde dos povos Indígenas quanto à tuberculose; no Terceiro capítulo apresenta-se a metodologia utilizada para a construção do trabalho e o tipo de pesquisa; bem como os resultados da pesquisa, o ambiente, perfil dos entrevistados e representação gráfica; dos dados obtidos na pesquisa de campo; o quarto capítulo traz uma discussão, relacionando a teoria à prática dos enfermeiros que atuam na saúde

Indígena ; o quinto capítulo mostra uma discussão e análise dos resultados; e, no sexto e último capítulo estão os aspectos conclusivos do trabalho.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS ACOMETIDOS PELA TUBERCULOSE PULMONAR

A Tuberculose é uma doença infectocontagiosa, provocada pelo bacilo de Koch, que acomete as pessoas pela falta de acesso ao saneamento básico, alimentação precária, ausência de higiene e ingestão de água contaminada, sendo geralmente, associada à pobreza e péssimas condições de sobrevivência, além de aglomeração de pessoas em ambientes fechados.

Bertazone, Gir e Hayashida (2005) também narram e descrevem situações vivenciadas por trabalhadores de Enfermagem, na assistência de portadores de tuberculose pulmonar, com o objetivo de identificar aspectos positivos e negativos relacionados ao problema que acomete todas as categorias, com maior frequência entre os próprios cuidadores da saúde no desempenho de suas tarefas no ambiente do trabalho.

A Tuberculose Pulmonar constitui-se um grave problema de saúde pública, com uma grande repercussão mundial. A sua presença, concomitante à interação com outras doenças, como a AIDS, bem como o aparecimento de cepas multirresistentes, vem suscitando impactos diversos na sociedade, em especial na comunidade científica. (BERTAZONE, GIR E HAYASHIDA, 2005).

2.1.1 Breve Histórico do Atendimento à Saúde Indígena

A história do atendimento à Saúde Indígena confunde-se com o atendimento geral da população brasileira, e o caráter assistencialista se espalhou pelas áreas indígenas, revelando atitudes preconceituosas com as práticas medicinais milenares utilizadas pelos grupos étnicos, provocando um duplo agravamento da política de saúde destinada aos índios, um serviço desqualificado e pouco adequado (FUNASA, 2006).

Desde o início da colonização portuguesa, os povos indígenas foram assistidos pelos missionários de forma integrada às políticas dos governos. No início do século XX, a expansão das fronteiras econômicas para o Centro-Oeste e a construção de linhas telegráficas e ferrovias provocaram numerosos massacres de índios e elevados índices de mortalidade por doenças transmissíveis que levaram, em 1910, à criação do Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais (SPI). O órgão, vinculado ao Ministério da Agricultura, destinava-se a proteger os índios, procurando o seu enquadramento progressivo e o de suas terras no sistema produtivo nacional. Na década de 50, foi criado o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), no Ministério da Saúde, com o objetivo de levar ações básicas de saúde às populações indígenas em áreas de difícil acesso. Essas ações eram essencialmente, voltadas para a vacinação, atendimento odontológico, controle de tuberculose e outras doenças transmissíveis. (FUNASA, 2002).

O Serviço de Proteção aos Índios (SPI) também oficializou o atendimento a Saúde Indígena, a partir de 1940, no final do estado novo, entretanto, os indígenas continuaram a morrer por doenças de causas evitáveis, enquanto suas terras eram invadidas e a violência permanecia crescente e as causas apontadas foram a escassez de recursos financeiros, a insuficiência de pessoal capacitado e o reduzido apoio jurídico, principais causas da ineficácia da política existente nos anos quarenta. (FUNASA, 2006).

Na década de 1950, ocorreram modificações em função da criação do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA) pelo, Ministério da Saúde (MS), tendo como alvo as populações indígenas localizadas em áreas de difícil acesso, ligando ao Serviço Nacional de Tuberculose (SNT), contando com o apoio da Força Aérea Brasileira (FAB) até 1964, foi criado o Correio Aéreo Sanitário (CAS) vinculado ao Correio Aéreo Nacional (CAN), transportando material e as equipes de saúde. (FUNASA, 2006).

A influência dos antropólogos, entre eles Darcy Ribeiro, foi fundamental para iniciar o movimento de reflexão em torno do atendimento dessas comunidades até os anos 60 quando o SPI foi extinto, conduzindo uma política integracionista com a tutela do índio como ferramenta principal, desprezando a Medicina Tradicional a ser utilizada na prestação de atendimento à Saúde. O SPI foi acusado de cometer vários crimes contra os povos indígenas, inclusive de genocídio. (FUNASA, 2006).

Em 1967, com a extinção do SPI, foi criada a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), que, baseando-se no modelo de atenção do SUSA, criou as Equipes Volantes de Saúde (EVS). Essas equipes realizavam atendimentos esporádicos às comunidades indígenas de sua área de atuação, prestando assistência médica, aplicando vacinas e supervisionando o trabalho do pessoal de saúde local, geralmente Auxiliares ou Atendentes de Enfermagem. (BRASIL, 2002).

A Fundação Nacional do Índio (FUNAI) criada em 1967 em virtude dos escândalos do SPI, assume a Política de Saúde com as funções de prestação e promoção de atendimento médico sanitário aos Índios, sendo criado dentro da Fundação um setor com Equipes Volantes de Saúde, (EVS) em cada Delegacia Regional de Saúde (DRS), por sugestão do SUSA, o qual foi rebatizado em 1968 como Unidade de Atendimento Especial (UAE), passando a trabalhar apenas com Tuberculose, deixando as outras ações para a FUNAI.

As EVS eram formadas por Médicos Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem cuja assistência era realizada de forma esporádica apenas em situação de surtos epidêmicos sem rotinas de atenção. As EVS enfrentaram muitas dificuldades financeiras e de infraestrutura para se deslocar até as áreas, além da falta de organização assistencial. Com o passar do tempo esses profissionais foram se fixando nos centros urbanos, nas sedes das administrações regionais e a presença dele nas aldeias foi se tornando cada vez mais rara, até não mais ocorrer, ficando somente os menos qualificados lotados em postos indígenas, executando ações assistenciais curativas sem qualquer acompanhamento, muitas vezes, prestando atendimento de Primeiros Socorros e até de maior complexidade, devido o isolamento da área. Os especialistas da Atenção à Saúde Indígena (SAI) ignoravam os valores e práticas do adoecer e do buscar tratamento dos povos indígenas, cujos sistemas apresentam uma grande diversidade de formas relacionadas com o ambiente natural para preservação ou recuperação da saúde. (FUNASA, 2006).

Com a Nova Constituição de 1988, foi criado um novo Sistema de Saúde, mas ainda sem priorizar os povos indígenas, tendo em vista o reconhecimento de sua pluralidade cultural. Assim, a FUNAI buscava manter sua competência para executar tais atividades. Com a lei 8080, criada em setembro de 1990 pelo Sistema Único de Saúde (SUS), também sem se preocupar com qualquer política diferenciada destinada aos índios. Com o decreto nº 23 redefiniu-se tal

competência, colocando-a nas mãos da Fundação de Serviços de Saúde Pública (FSESP), enquanto fosse instituída a Fundação Nacional de Saúde, (FUNASA), determinando que sua atuação, se desse por meio articulado com a FUNAI e seus funcionários poderiam optar por integrar o Quadro da FUNASA ou continuar na FUNAI, haja vista que iria absorver todos os funcionários formados, a partir das práticas tutelares instituídas pela FUNAI dos que atuavam no campo da saúde. (FUNASA, 2006).

Em fevereiro de 1991, o decreto Presidencial nº 23 Transferiu para o Ministério da saúde a responsabilidade de ações de saúde destinada aos povos indígenas estabelecendo os DSEIS como base da organização dos serviços de Saúde.

Em se tratando da Tuberculose no cenário indígena, Nobrega *et al.*, (2010) julgam necessário melhorar a organização dos serviços para a detecção precoce dos casos de TB. Assim como Nóbrega *et al.*, (2010) também Neno *et al.*, (2013), consideram que a TB é um problema de Saúde Pública de grande magnitude entre as populações indígenas, ambos baseados em dados da FUNASA, determinados pelo Ministério da Saúde.

Bertazzone, Gir e Hayashida (2005), Caliari e Figueiredo (2012) afirmam que a Tuberculose é uma das doenças mais antigas da humanidade, e também uma das mais estudadas e, apesar de curável desde o século passado, ainda continua a ser um dos grandes desafios para a Saúde Pública em inúmeros países, em especial, naqueles em desenvolvimento. Da mesma forma que Neno *et al*, Nóbrega *et al*, Caliari e Figueiredo consideram que a TB é um problema socioeconômico, por atingir as camadas menos favorecidas e ocupar a liderança mundial como causa de morte em adultos.

De acordo com o Ministério da Saúde, a população indígena no Brasil era estimada em cerca de 5 milhões de pessoas, no início do século XVI, comparada à da Europa nesta mesma época, mas foi destruída pelas expedições punitivas às suas manifestações religiosas e aos seus movimentos de resistência, principalmente, pelas epidemias de doenças infecciosas, cujo impacto era favorecido pelas mudanças no seu modo de vida, impostas pelos colonizadores e cristãos que os mantinham como escravos, e submissos ao trabalho forçado, maus tratos, confinamento e falta de local, próprio para morar não tinha aldeia fixa, Com isso, os indígenas perderam seus valores, tais como: a auto-estima, a

desestruturação social, econômica e valores coletivos, A linguagem de origem também foi um agravante, pois seu uso os levava à morte, este fator que contribuía para a redução desta população.(Nobrega *et al.*, 2010)

Esta problemática dá-se até os dias de hoje, em os índios e a sociedade brigam pelas terras, pela exploração de recursos naturais e por projetos de grande relevância. Em virtude desta problemática, o governo criou a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, que foi aprovada em novembro de 2001 pelo Conselho Nacional de Saúde, na gestão do Ministro de Estado da Saúde, José Serra, e entrou em vigor em janeiro de 2002, com o objetivo de promover a elaboração ou a readequação dos programas, projetos e atividades, conforme as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. (Nobrega *et al.*,2010).

Esta política foi regulamentada pelo Decreto n.º 3.156, de 27 de agosto de 1999, que dispõe sobre as condições de Assistência à Saúde dos Povos Indígenas, onde está incluída a transferência de recursos humanos e outros bens destinados às atividades de assistência à saúde da FUNAI para a FUNASA, e pela Lei nº 9.836/99, de 23 de setembro de 1999, que estabelece o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS. A implementação desta política requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços voltado para a proteção, promoção e recuperação da saúde, que garanta aos índios o exercício de sua cidadania nesse campo. Para sua efetivação, deverá ser criada uma rede de serviços nas terras indígenas, de forma a superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do Sistema Único de Saúde. (FUNASA, 2002).

A FUNAI, após a crise financeira do Estado brasileiro pós-milagre econômico da década de 70, teve dificuldades de diversas ordens para a organização de serviços de Atenção à Saúde que contemplassem a grande diversidade e dispersão geográfica das comunidades: carência de suprimentos e capacidade administrativa de recursos financeiros, precariedade da estrutura básica de saúde, falta de planejamento das ações e organização de um sistema de informações em saúde adequado. Em 1988, a Constituição Federal estipulou o reconhecimento e respeito das organizações socioculturais dos povos indígenas, assegurando-lhes a capacidade civil plena tornando obsoleta a instituição da tutela. A Constituição também definiu os princípios gerais do Sistema Único de Saúde (SUS), posteriormente regulamentados pela Lei 8.080/90, e estabeleceu que a direção

única e a responsabilidade da gestão federal do Sistema são do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2002).

Em fevereiro de 1991, o Decreto Presidencial nº 23 transferiu para o Ministério da Saúde a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde destinadas aos povos indígenas, estabelecendo os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, (DSEI) como base da organização dos serviços de saúde. Foi então criada, no Ministério da Saúde, a Coordenação de Saúde do Índio (COSAI), subordinada ao Departamento de Operações (DEOPE) da Fundação Nacional de Saúde, com a atribuição de programar o novo modelo de atenção à saúde indígena. (BRASIL, 2002).

Desde então, a FUNASA e a FUNAI dividiram a responsabilidade sobre a Atenção à Saúde Indígena, passando a executar, cada uma, parte das ações, de forma fragmentada e conflituosa. Ambas já tinham estabelecido parcerias com municípios, organizações indígenas e não governamentais, universidades, instituições de pesquisa e missões religiosas. Os convênios celebrados, no entanto, tinham pouca definição de objetivos e metas a serem alcançados e de indicadores de impacto à saúde da população Indígena Brasileira que era estimada em, aproximadamente, 370.000 pessoas, pertencentes a cerca de 210 povos, falantes de mais de 170 línguas identificadas. Cada um destes povos tem sua própria maneira de entender e se organizar diante do mundo, que se manifesta nas suas diferentes formas de organização social, política, econômica e de relação com o meio ambiente e ocupação de seu território. (BRASIL, 2002)

Os povos indígenas enfrentam situações distintas de tensão social, ameaças e vulnerabilidade pela expansão das frentes econômicas (extrativismo, trabalho assalariado temporário, projetos de desenvolvimento) vêm ameaçando a integridade do ambiente nos seus territórios e também os seus saberes, sistemas econômicos e organização social. Muitos desses povos estão ameaçados de desaparecimento, sendo que, entre alguns deles, o número de indivíduos se reduziu a ponto de comprometer a sua reprodução biológica. (BRASIL, 2002).

O Estado de Rondônia, que apresenta uma intensa atividade madeireira, garimpeira e agropecuária, tem provocado altíssima mortalidade, numa população em 1999 estimada em 6.284 pessoas, remanescentes de 22 povos, um dos exemplos nesse sentido. Não se dispõe de dados globais fidedignos sobre a situação de saúde dessa população, mas sim de dados parciais, gerados pela

FUNAI, pela FUNASA e diversas organizações não governamentais ou ainda por missões religiosas que, por meio de projetos especiais, têm prestado serviços de Atenção à Saúde aos povos Indígenas. Embora precários, os dados disponíveis indicam, em diversas situações, taxas de morbidade e mortalidade três a quatro vezes maiores que aquelas encontradas na população brasileira em geral. (BRASIL, 2002).

Escobar (2001) afirma que a Tuberculose permanece como grave problema de Saúde Pública no Brasil, e atinge níveis preocupantes em certos segmentos sociais, como o objetivo era desenvolver um estudo sobre a epidemiologia da Tuberculose entre a população Pakaánova, de Rondônia. Para isso, ele contou com duas abordagens principais: primeiramente, a análise epidemiológica dos registros constantes do Banco de dados do Programa Estadual de Controle de Tuberculose em Rondônia, Buscando resgatar o perfil epidemiológico da doença entre os povos indígenas, os quais são socialmente mais vulneráveis e exibem problemática distinta quanto ao controle da doença. Foram conduzidas análises estatísticas descritivas, multivariadas e multinominal dos casos notificados em 1992, e entre 1994 e 1998, buscando identificar fatores relacionados à ocorrência de óbito, abandono do tratamento e ausência de informação.

Para Escobar (2001) foram identificadas as associações entre variáveis relativas à doença, ao serviço de saúde e aos resultados do tratamento. Há indícios de que as populações indígenas de Rondônia apresentam riscos de adoecer e morrer superiores aos dos demais habitantes do estado. Chama-se atenção para a necessidade de implementação de medidas de prevenção e controle voltados especificamente para a realidade dos povos indígenas. Em segundo lugar, foi desenvolvida a investigação em três aldeias Pakaánova, quando foram avaliadas as condições gerais de saúde e nutrição, realizada vacinação BCG, e desenvolvido inquérito tuberculínico. Através da análise das notificações de casos feitos ao PCT-RO e de registros existentes na Casa de Saúde do Índio de Guajará-Mirim e nos Postos de Saúde das aldeias estudadas, foi identificada a incidência da doença com procedimentos de controle, especialmente os relacionados, com a vacinação BCG, tendo sido identificado efeito protetor entre BCG e tuberculose, em especial nas crianças.

Quanto à vacinação, foi analisada a cobertura vacinal Obtida pelo serviço de saúde entre a população das aldeias estudadas, próximas a 100%, Além disto,

através da realização do teste tuberculínico, buscou-se identificar que características da população estudada são determinantes para que certos indivíduos reajam ao Proteico Purificado Derivado (PPD). O autor do estudo consultado concluiu que o PPD, mesmo diante de altas coberturas vacinais com BCG, é uma Ferramenta importante na identificação de casos de doença entre os Pakaánova. (ESCOBAR, 2001).

O Ministério da Saúde (2002) confirma o alto número de óbitos sem registro ou indexados sem causas definidas, a pouca cobertura e a baixa capacidade de resolução dos serviços disponíveis. Em relação à morbidade, verifica-se uma alta incidência de infecções respiratórias e gastrointestinais agudas, malária, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, desnutrição e doenças preveníveis por vacinas, evidenciando um quadro sanitário caracterizado pela alta ocorrência de agravos que poderiam ser significativamente reduzidos com o estabelecimento de ações sistemáticas e continuadas de Atenção Básica à Saúde no interior das áreas indígenas.

A Tuberculose é um dos agravos que acometem com maior frequência e severidade às comunidades indígenas. Embora precários, os dados disponíveis indicam taxas de incidência altíssimas, superiores em muito às encontradas entre a população branca do país. Entre os índios Yanomami de Roraima, por exemplo, o coeficiente de incidência anual de tuberculose passou de 450 por 100.000 pessoas em 1991 para 881,4 por 100.000 pessoas em 1994. Em 1998, era de 525,6 por 100.000, segundo os dados da Organização Comissão Pró-Yanomami. Também em outros povos indígenas foram registradas taxas de incidência muito elevadas. Os dados epidemiológicos do Departamento de Saúde da FUNAI, antes mencionado e relativo ao mesmo ano, indicam que a tuberculose foi responsável por 22,7% do total dos óbitos indígenas registrados por doenças infecto-parasitárias (2,2% dos óbitos por todas as causas), ou seja, duas vezes a taxa mundial de mortalidade específica por tuberculose. (BRASIL, 2002).

De acordo com o Conselho Indigenista Missionário – CIMI (2015), os orçamentos para execução de ações aos povos indígenas são insuficientes e deficitários, situação que se agrava pela falta de planejamento e vontade política na sua aplicação. Os povos indígenas do Vale do Javari, no Amazonas, segundo inquérito da Fundação de Medicina Tropical denunciaram a precariedade da atenção à saúde indígena, refletindo-se em situações dramáticas em que a maioria

da população apresenta algum tipo de doença, além de tipos diversos de Hepatite. Também a Lei Arouca determinou que fossem estruturados os subsistemas de atenção a saúde indígena, tendo como base os distritos sanitários especiais indígenas, DSEIS, unidades gestoras com autonomia administrativa e financeira, através do decreto 6878 de 18 de junho de 2009. A saúde de Itaituba segue este modelo tanto na gestão e execução das ações, quanto à formação dos agentes indígenas de saúde que colaboram na prevenção de doenças, controle social e participação indígena na política da saúde do Pará. (CIMI, 2015).

O conceito utilizado nesta proposta define o Distrito Sanitário como um modelo de organização de serviços, orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social. (CIMI, 2015)

O Acompanhamento e Avaliação desta política terão como base o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena - SIASI- referente à saúde dos povos indígenas. Os aspectos a serem acompanhados e avaliados incluirão a estrutura, o processo e os resultados da atenção à saúde dos povos indígenas. O SIASI deverá subsidiar os órgãos gestores e de controle social quanto à indispensável compatibilidade entre o diagnóstico situacional dos problemas de saúde identificados e as prioridades estabelecidas nos níveis técnico, social e político visando à coerência entre ações planejadas e efetivamente executadas. (FUNASA, 2002).

Atualmente, na organização dos serviços de saúde do Brasil, as comunidades terão outra instância de atendimento, que serão os Pólos-Base. Os pólos são a primeira referência para os agentes indígenas de saúde que atuam nas aldeias. Podem estar localizados numa comunidade indígena ou num município de referência. Neste último caso, correspondem a uma unidade básica de saúde, já existente na rede de serviços daquele município. A maioria dos agravos à saúde deverá ser resolvida nesse nível. A formação e a capacitação de indígenas como agentes de saúde é uma estratégia que visa favorecer a apropriação, pelos povos indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, não de

modo a substituir, mas de somar ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não. (FUNASA, 2002).

2.2. A TUBERCULOSE PULMONAR ENTRE OS POVOS INDÍGENAS

Tuberculose Pulmonar é uma doença provocada pelo *Mycobacterium Tuberculosis*, conhecido com bacilo de Koch, é transmitido de pessoa para pessoa através do ar da fala do espirro de uma pessoa contaminada. O período de incubação da doença é de aproximadamente quinze dias. Os sintomas são: tosse por mais de três semanas, produção de catarro, febre, sudorese, cansaço, dor no peito, falta de apetite e emagrecimento. Nos casos mais avançados, pode aparecer escarro com sangue. As pessoas com esses sintomas devem procurar um posto de saúde o mais rápido possível, pois o tratamento é gratuito e deve ser logo iniciado para que o paciente deiche de transmitir a doença.

A baixa cobertura sanitária das comunidades indígenas; a deterioração crescente de suas condições de vida, em virtude do contato com os brancos; a ausência de um sistema de busca ativa dos casos infecciosos; os problemas de acessibilidade (geográfica, econômica, linguística e cultural) aos centros de saúde; a falta de supervisão dos doentes em regime ambulatorial e o abandono freqüente pelos doentes do tratamento favorecem a manutenção da endemia de tuberculose entre as populações indígenas no Brasil. O propósito desta política é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política, de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura.

O Ministério da Saúde, em seus indicadores, revela uma queda da incidência e da mortalidade por Tuberculose no Brasil, portanto esses números não são satisfatórios, pois os casos novos no país somam mais de 70 mil, e novos casos é uma problemática que traz um grande desafio haja vista que os óbitos ultrapassam a cifra de 4,5 mil por ano. O governo Federal através do Ministério da Saúde tem atuado rigorosamente no controle à Tuberculose e em 2003 elegeu como prioridade na Saúde Pública ampliando o orçamento do Programa Nacional de Tuberculose

(PCNT) em mais 14 vezes, quando comparado ao ano anterior, capacitando a equipe técnica do PCNT, através de foros internacionais em todo território nacional, tem estimulando a participação da sociedade no controle à Tuberculose para contribuir no controle da endemia no país, com ênfase na atenção básica, (BRASIL, 2011).

Assim sendo, a preocupação com o controle da Tuberculose Pulmonar é de âmbito internacional e, no Brasil, alcança uma grande proporção, principalmente em áreas indígenas, uma vez que há uma mistura de hábitos comportamentais e alimentares, devido à proximidade das Aldeias Indígenas com as áreas urbanas, onde eles têm acesso às drogas, alcoolismo, tabagismo, e frequência a ambientes fechados, sem o mínimo de ventilação e de pouca higiene, tais como: bares, vendinhas e bailes nas cidades próximas às aldeias.

2.3 O PAPEL DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO AO INDIGENA ACOMETIDO DE TUBERCULOSE PULMONAR

Sobre o papel da Enfermagem ao atender acometidos por Tuberculose Pulmonar, as pesquisas mostram como acompanhar, prevenir e controlar os casos de tuberculose pulmonar de modo geral.

Oblitas *et al*,. (2010) ao tratar do papel do enfermeiro no atendimento aos pacientes com Tuberculose diz que é preciso conhecer as características da população para entender melhor os aspectos sociais que influenciam na probabilidade de se obter a equidade no diagnóstico e na cura. Dentre esses aspectos sociais, não cabe dúvida que a análise da pobreza é fundamental para intervir sobre essa doença, é também papel do enfermeiro realizar um trabalho intersetorial e interdisciplinar, contribuindo para que o paciente possa alcançar um nível de qualidade de vida adequada.

Em se tratando da Tuberculose, o enfermeiro desempenha um papel importante nos programas de controle no plano regional de Tuberculose (2006-2015), que consideram o enfermeiro como um sócio histórico no trabalho contra a Tuberculose, com maiores exigências para o seu desempenho, É papel do enfermeiro também facilitar o acesso do paciente aos serviços de saúde, realizar visitas domiciliares, informar à comunidade com a finalidade de capacitar os usuários para que eles participem ativamente no controle social do setor, verificar

desvantagens sociais, valorizar e promover à participação da comunidade nos programas de controle da qualidade de atenção a saúde, principalmente nos programas de controle de enfermagem, no cenário indígena em relação à tuberculose. (OBLITAS *et al.* (2010)

Caliari e Figueiredo (2012) fizeram uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa, baseado em 122 notificações do Sistema do Controle de Paciente com Tuberculose no período de 2007 a 2008, entrevistando 6 enfermeiros responsáveis pelo programa. Os enfermeiros apontaram como pontos favoráveis o envolvimento da equipe e a facilidade em solicitar exames e como desfavoráveis a falta de equipamentos e de profissionais, além da demora da realização de exames. A região apresentou um perfil típico para TB, incluindo aspectos de fragilidade social, ações de controle centralizadas, e os responsáveis não reconhecem a centralização das ações e a falta de autonomia das unidades como fragilidades do programa. (CALIARI e FIGUEIREDO, 2012).

Os autores acima citados argumentam que estudos precisam ser priorizados sobre a avaliação da realidade local e a percepção das equipes envolvidas para ampliar a visão biológica e reducionista da doença e subsidiar avaliação das estratégias adotadas até então. Assim, para o controle da TB é necessária uma reorganização do modelo de atenção dos serviços, com base em uma rede descentralizada e integrada de diagnóstico e tratamento, além de vigilância, prevenção e controle da doença, valorizando o vínculo com a população como é o caso da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A respeito do papel da enfermagem no controle da Tuberculose, Oblitas, *et al* (2010) analisam as ações dos enfermeiros no controle da Tuberculose sob a perspectiva da equidade nos países da América Latina em que a TB está frequentemente associada à pobreza, mas muitos outros determinantes contribuem de modo importante para a sua incidência. A enfermagem possui papel de protagonista no controle desse problema, Intervindo nas esferas individual, familiar e social, tanto nas políticas públicas com base em estudos epidemiológicos até a assistência direta e a educação dos usuários no plano operativo.

Os autores consultados associam os problemas sanitários que afetam a população latina americana à pobreza e a discriminação, considerando que, quem vive na pobreza têm menos acesso aos serviços básicos como: água limpa, saneamento e atenção sanitária. Também consideram que o profissional da

enfermagem desenvolve papel importante, mas ainda não aproveitado, necessitando de debates sobre o papel potencial da enfermagem no enfrentamento do problema da Tuberculose, num contexto de desigualdade e pobreza e outras dimensões políticas e operativas do trabalho da enfermagem.

Quanto ao adoecimento por Tuberculose pelos Índios Munduruku, Nogueira *et al.*, (2011) mostram os itinerários terapêuticos desses índios no Pará como uma contribuição para a prática de enfermagem. Trata-se de um recorte de uma pesquisa a respeito da relevância da doença no contexto cultural dessa tribo do DSEI-Rio Tapajós, no município de Jacareacanga, região sudoeste do estado do Pará. A assistência à saúde nas aldeias é desenvolvida por equipes multiprofissionais da saúde indígena em que fazem parte o enfermeiro, técnicos e auxiliares de enfermagem.

O estudo exploratório de natureza qualitativa foi realizado nas aldeias pelos autores acima citados: nas aldeias Nova Karapanatuba, Sai Cinza, Katô, e Missão São Francisco, através de entrevistas semi - estruturada com 11 sujeitos que se encontravam em tratamento ou que já haviam tratado a Tuberculose, em um período de até quatro anos. A experiência foi expressa em três dimensões: física, terapêutica e social em que relacionaram a doença, a solução para os problemas identificados e a experiência vivenciada no convívio da casa de atenção a Saúde Indígena CASAI, e as aldeias.

Os autores concluíram que, para um a prática de enfermagem resolutiva e prestação de cuidados diferenciados, é preciso recuperar a saúde a partir da cultura dos sujeitos, com uma ação, mas integralizadora, abandonando as práticas que desqualificam a assistência em sua integralidade. (NOGUEIRA *et al.*, (2011).

De acordo com as pesquisas de Oblitas *et al.*, (2010), Nogueira *et al* (2011) e Caliari e Figueiredo (2012) sobre a atuação dos profissionais de enfermagem na atenção básica aos indígenas, considera-se que é essencial o aperfeiçoamento e a capacitação das equipes de saúde para o avanço e qualidade das ações dos profissionais de saúde, uma vez que o conhecimento, as habilidades e as competências nos serviços públicos de saúde estão em constante modificação.

Para Oblitas *et al.*, (2010) a Tuberculose requer atenção não somente clínica e farmacológica, mas um enfoque integral, social e cultural mostram que o cenário dos pacientes com TB, tem relação com a pobreza e desvantagens social, sendo importante que o profissional de enfermagem conheça as características de

cada comunidade e das situações para realizar intervenções políticas, econômicas e sanitárias, uma vez que os enfermeiros são lideranças capazes de assumir esse compromisso tanto de âmbito local quanto internacional.

Na visão de Nogueira *et al.*, (2011) os itinerários terapêuticos dos índios Munduruku acometidos por TB, que foram assistidos pelas Equipes de Enfermagem do Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI-Rio Tapajós, no Município de Jacareacanga, no estado do Pará, mostram que a tuberculose Pulmonar constitui uma morbidade enfrentada com ações nacionais, em razão das elevadas taxas encontradas, essencialmente nas comunidades indígenas, cuja população só na região amazônica tinha em torno de 600 mil pessoas em 2011, envolvendo indígenas, garimpeiros, ribeirinhos e outros agricultores que já habitavam a região a partir dessa data. Foi possível identificar a experiência vivenciada pelos mundurukus com a Tuberculose, caracterizando os itinerários terapêuticos na busca de solução para o adoecimento nas dimensões: física, terapêutica e social. (NOGUEIRA *et al.*, 2011)

Na dimensão física se estabeleceu quando experienciaram alterações orgânicas e as relacionam com a doença, tendo como referência a realidade de vida nas aldeias e a individualidade da pessoa. Os depoentes expressaram seus itinerários terapêuticos, buscando a cura no pajé e no puxador do peito, uma espécie de rezador e benzedor, e também no Posto de Saúde, essencialmente junto ao enfermeiro, caracterizando a valorização de crença nativa e da biomedicina.

Nos depoimentos foi possível perceber que os sujeitos atribuíram forte credibilidade ao setor formal de saúde com a maioria optando pelo atendimento no Posto de Saúde em detrimento das práticas tradicionais. Muito embora não tenha médico nas aldeias, são fortemente atraídos pelos remédios que existem em grande quantidade e diversidade, e que são dispensados pela equipe de enfermagem ou mesmo pelos agentes indígenas de saúde e Agentes Comunitários de Saúde. Nas aldeias estudadas, o enfermeiro é um profissional de referência para os indígenas, essencialmente nas ações de controle da Tuberculose, chegando a ser reconhecido como única possibilidade de assistência à saúde. Os resultados alcançados no estudo apontaram itinerários terapêuticos que perpassam pelos subsistemas, popular e profissional sem, entretanto ocorrerem nessa linearidade. (NOGUEIRA *et al.*, 2011).

Nas aldeias estudadas, o profissional da equipe de saúde detém confiabilidade e respeito dos indígenas, uma vez que estes conseguem fazer um atendimento de acordo com o esperado, com controle, avaliação, acompanhamento, aconselhamento e ações educativas no retorno.

Segundo os autores Oblitas *et al.*, a Tuberculose requer uma atenção especial em relação ao apoio social e respeitando os aspectos culturais e as características da comunidade, e os enfermeiros são lideranças capazes de assumir este compromisso, para nogueira o enfermeiro deve valorizar as crenças da comunidade haja vista que este profissional tem grande credibilidade diante da comunidade em relação nas ações de saúde dentre elas o controle a Tuberculose.

2.4 DADOS ESTATISTICOS SOBRE A TUBERCULOSE PULMONAR NO BRASIL

A Tuberculose Pulmonar no Brasil, pelas estatísticas, é uma doença infecto-contagiosa que figura entre os principais problemas de Saúde Pública. Os dados da Tabela 1, abaixo, mostram uma série histórica do número de casos de Tuberculose.

Pulmonar referente ao Brasil por região, de 2006 a 2015, apresentada pelo SINAN.

Tabela 1: Série Histórica dos casos de Tuberculose Pulmonar no Brasil (1990-2015)

Série histórica do número de casos novos de tuberculose. Brasil, Regiões e Unidades Federadas de residência por ano diagnóstico (1990 a 2015*)

Região e UF de residência	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ignorados												540	682	748	887	621	23	25	34	28	60	25	0	0	0	0
Região Norte	6985	6943	7491	7505	7189	6788	6939	6756	6406	6331	6579	6.776	6.890	6.888	7.117	6.942	6.893	6.954	7.017	7.307	7.176	7.430	7.162	7.608	7.490	6.803
Rorônia	734	729	1084	818	763	775	687	597	538	702	549	561	536	548	532	541	448	473	482	573	464	563	542	551	562	509
Acre	356	332	379	374	285	307	367	330	176	3	323	325	305	305	278	267	352	262	274	320	306	347	350	350	391	295
Amazonas	1926	1970	1977	2070	2064	2021	2020	1966	2012	2043	2075	2.273	2.105	2.035	2.135	2.085	2.164	2.274	2.377	2.274	2.311	2.176	2.361	2.603	2.642	2.806
Roraima	144	211	214	202	183	206	186	212	206	213	187	131	145	161	185	130	122	121	136	132	129	152	121	153	126	155
Pará	3202	3180	3304	3536	3313	2894	3023	2952	2895	3035	2972	3.024	3.278	3.410	3.544	3.477	3.343	3.352	3.341	3.588	3.590	3.774	3.402	3.579	3.439	2.686
Amapá	199	188	160	175	202	200	204	205	215	12	226	194	252	211	224	230	230	244	235	219	193	228	201	184	164	185
Tocantins	424	333	373	330	379	385	452	494	363	323	247	268	269	218	219	212	234	208	172	201	183	190	185	168	166	167
Região Nordeste	25684	25231	24617	28437	28785	28464	25150	24014	24422	25714	22725	22.228	21.561	22.775	22.877	23.157	20.981	20.259	20.504	20.556	19.398	19.902	18.592	18.834	18.108	17.511
Maranhão	3948	3568	3409	3280	3338	3655	3220	3317	3059	3430	2939	2.637	2.725	2.623	2.668	2.760	2.544	2.478	2.212	2.164	2.107	2.194	1.870	1.955	1.781	1.903
Piauí	1633	1629	1754	1872	1831	1893	1406	1343	1387	1314	1241	1.168	1.103	1.035	1.102	1.088	992	849	807	850	794	805	694	717	625	566
Ceará	4636	4214	3837	4503	4523	4501	3961	3689	3636	3968	3421	3.545	3.593	3.915	3.855	3.997	3.525	3.498	3.827	3.849	3.572	3.661	3.306	3.296	3.144	3.135
Rio Grande do Norte	1352	1210	1361	1405	1433	1258	1226	898	1240	1196	1796	1.041	1.080	1.128	1.169	1.083	997	926	1.023	976	903	990	901	1.010	947	891
Pernambuco	1411	1286	1345	1649	1598	1420	1330	1260	1547	2280	1336	1.137	1.150	1.186	1.219	1.214	992	1.009	1.073	1.062	1.025	1.075	1.106	1.116	1.019	1.005
Alagoas	3728	3714	3860	4573	4523	5217	4310	3993	4051	4090	3808	3.810	4.043	4.309	4.465	4.433	4.067	4.083	4.200	4.165	4.107	4.279	4.359	4.325	4.259	4.312
Sergipe	1258	1408	1383	1332	1269	1145	1162	1106	1024	1191	1153	1.141	1.146	1.196	1.183	1.258	1.141	1.177	1.202	1.182	1.129	1.099	1.055	1.072	1.048	851
Bahia	684	621	625	655	646	678	640	604	614	653	550	434	457	527	491	678	594	504	588	571	507	570	511	616	634	623
Região Sudeste	7056	7601	7041	9168	9603	8698	7896	7805	7855	7593	6480	7.315	6.284	6.856	6.725	6.648	6.129	5.735	5.572	5.737	5.254	5.229	4.790	4.727	4.651	4.225
Minas Gerais	30034	41076	41201	27039	27133	43240	41152	39771	38991	38653	39906	32.638	36.269	35.645	34.742	33.514	32.827	32.725	33.795	32.904	32.581	33.213	31.642	31.903	31.598	31.773
Espírito Santo	6825	6255	6533	6965	6648	6657	6169	5548	5896	6118	6223	1.187	5.029	5.152	5.189	5.044	4.891	4.688	4.551	4.250	3.784	3.918	3.578	3.591	3.568	3.376
Rio de Janeiro	1504	1419	1420	1490	1511	1460	1479	1419	1497	1630	1333	1.335	1.333	1.321	1.276	1.270	1.201	1.259	1.377	1.288	1.295	1.253	1.239	1.181	1.109	1.149
São Paulo	5558	15792	15558	0	0	16859	14972	15193	13219	11172	14142	13.670	13.584	13.279	12.943	12.329	11.583	11.555	11.858	11.662	11.305	11.577	10.762	10.526	10.293	10.229
Paraná	16150	17611	17690	18581	18975	18265	18534	17609	18379	19731	18213	16.446	16.323	15.893	15.334	14.871	15.352	15.223	16.009	15.724	16.177	16.465	16.063	16.605	16.628	17.019
Região Sul	8036	7887	8368	8317	8718	8611	8834	8617	9266	9710	8404	8.203	8.913	9.214	8.975	8.741	8.308	8.748	8.998	9.102	8.930	9.080	8.646	8.778	8.578	8.407
Santa Catarina	2373	2527	2812	2504	2531	2311	2451	2252	2574	3062	2299	2.635	2.800	2.872	2.616	2.678	2.437	2.592	2.541	2.408	2.356	2.331	2.164	2.278	2.188	2.085
Rio Grande do Sul	1229	1170	1258	1339	1489	1453	1450	1410	1544	1709	1352	1.352	1.526	1.576	1.516	1.485	1.540	1.579	1.670	1.628	1.698	1.778	1.800	1.845	1.818	1.715
Região Centro-Oeste	4435	4191	4299	4474	4698	4846	4934	4954	5147	4940	4753	4.216	4.587	4.766	4.843	4.580	4.331	4.577	4.787	5.066	4.876	4.971	4.682	4.655	4.572	4.607
Mato Grosso do Sul	3827	3853	4279	4157	3953	3909	3781	4153	3846	3930	3565	3.412	3.181	3.336	3.096	3.293	3.181	3.114	3.188	3.065	3.151	3.273	3.436	3.728	3.500	3.296
Mato Grosso	968	1017	1018	1112	982	1002	891	1001	921	965	885	838	767	808	863	778	825	887	906	814	909	902	903	822	828	828
Goiás	1021	928	1521	1210	1160	1089	1073	1276	1216	1407	1203	1.217	1.055	1.049	955	1.119	1.152	1.020	1.102	987	1.166	1.149	1.282	1.580	1.452	1.175
Distrito Federal	1163	1129	996	1128	1102	1081	1026	1130	1052	1141	1097	1.012	1.014	1.034	935	921	873	861	844	886	883	897	889	926	855	950
Brasil	675	779	744	707	709	737	791	746	657	417	380	345	345	373	343	358	378	408	355	286	288	318	363	319	371	345
	74567	84997	85954	75460	75756	91016	85855	83314	82934	84335	81181	73.797	77.496	78.606	77.694	76.468	72.213	71.825	73.538	72.962	71.216	72.923	69.478	70.851	69.274	67.790

*Dados preliminares sujeitos a revisão

Fonte: Sinan/SVS/MS atualizado em Maio de 2016.

*Os dados referentes ao Brasil inclui os casos com UF de residência ignorada.

Os Dados Estatísticos do Brasil sobre os casos de Tuberculose Pulmonar de 1990 a 2014, do Sistema de Informações Nacionais de Agravos e Notificações (SINAN) exibem o número de casos por ano e diagnóstico, totalizando 68.487 e da região norte totalizam 7.412, mostrando uma proporção preocupante em relação a outras regiões, considerando ser uma região que tem menor índice de população.

O Gráfico 1 abaixo mostra o coeficiente de Tuberculose no Brasil e regiões de 1990 a 2014.

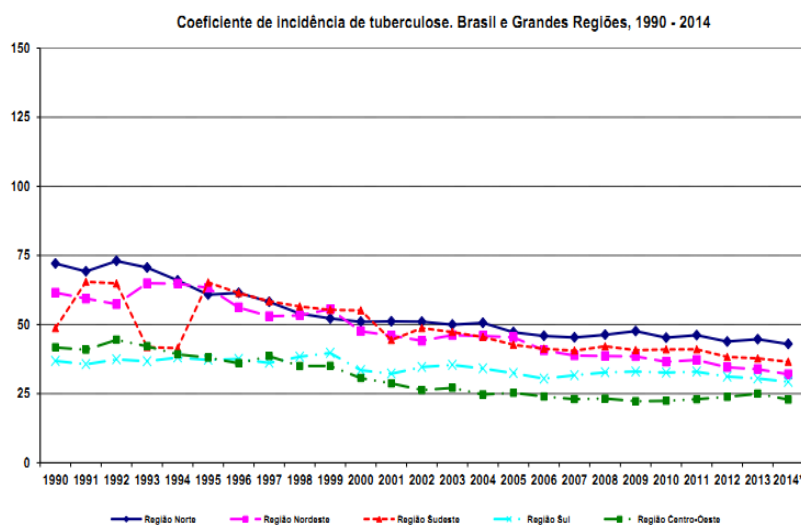


Gráfico 01: Incidência de Tuberculose Pulmonar no Brasil por regiões.
Fonte: SINAN, 2015.

O Gráfico acima mostra que a Região Norte apresenta maior incidência de casos em relação a outras regiões do Brasil, considerando que a população é menor, embora seu território seja maior, indicando que é preocupante a evolução da Tuberculose Pulmonar nesta região.

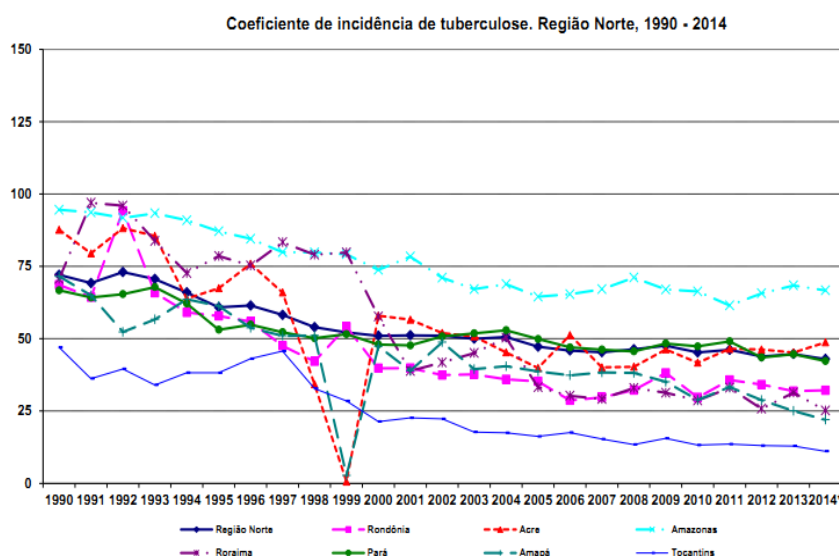


Gráfico 02: Coeficiente de Tuberculose Pulmonar na região norte de 1990 a 2014.
Fonte: SINAN, 2015.

O Gráfico 02 acima mostra que a Região Norte apresentou maior incidência de casos em relação a outras regiões do Brasil, considerando que a população dessa região é menor, embora seu território seja maior, indica que é preocupante a evolução da Tuberculose Pulmonar nessa área.

2.4.1 Sistema de Informação de Atenção a Saúde Indígena (SIASI)

O Sistema de Informações de Atenção à Saúde Indígena (SIASI) foi criado para acompanhar as ações prestadas pelo subsistema de Atenção à Saúde Indígena que apoia a gestão local e nacional a definir estratégias de intervenção, e prioridades e a planejar as ações, no SIASI são inseridos os dados demográficos, de imunização, morbidade vigilância alimentar nutricional e saúde bucal pelos distritos. (FUNASA, 2006)

O SIASI deve coletar dadas informações que atendam as necessidades de cada nível gerencial, fornecendo subsídios para que a construção de indicadores que avaliem as condições de saúde e avalie indiretamente, na atenção à saúde, como organização dos serviços. Essas informações servem também para identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde, estabelecendo prioridades, alocação de recursos e orientação programática de maneira a facilitar a

participação das comunidades indígenas no planejamento e avaliação das ações. (FUNASA, 2006)

A Tuberculose Pulmonar nas aldeias do DSEI do Rio Tapajós que atende a 6 etnias indígenas, mostra-se em oscilação, nos dados de 2006 a 2015, conforme quadro 1 abaixo:

Os casos de Tuberculose Pulmonar nas Aldeias Indígenas do DSEI-Rio Tapajós nesse período tiveram uma oscilação em que a maior Incidência foi no ano de 2015, com um total de 22 (vinte e dois) casos, sendo 07 (sete) casos por Tuberculose Pulmonar Positiva e 15 (Quinze) casos por Tuberculose Pulmonar com baciloscopia negativa, e raios-X positivo, a menor Incidência foi no ano de 2013 com um total de 4 (quatro) casos sendo, 02 (dois) casos de Tuberculose Pulmonar Positiva, e 02 por Tuberculose Pulmonar com baciloscopia negativa e raio x positivo.

Quadro 1: Casos de Tuberculose Pulmonar, 2006-2015, DSEI Rio Tapajós.

Período	Tuberculose Pulmonar Bacilífera	Tuberculose Pulmonar Não Bacilífera	Total de casos de Tuberculose Pulmonar	Incidência de casos/ 100.000 habitantes
2006	08	01	09	136,6
2007	06	06	12	172,1
2008	06	03	09	122,4
2009	06	05	11	123,7
2010	03	04	07	76,0
2011	6	6	12	126,7
2012	13	8	21	208,7
2013	2	2	4	38,6
2014	6	0	6	55,3
2015	7	15	22	201,5

Fonte: SIASI/SESAI/2016

Incidência de Casos de Tuberculose Pulmonar/100.000 habitantes, 2006 -2015, DSEI - Rio Tapajós, de acordo com o gráfico 3:

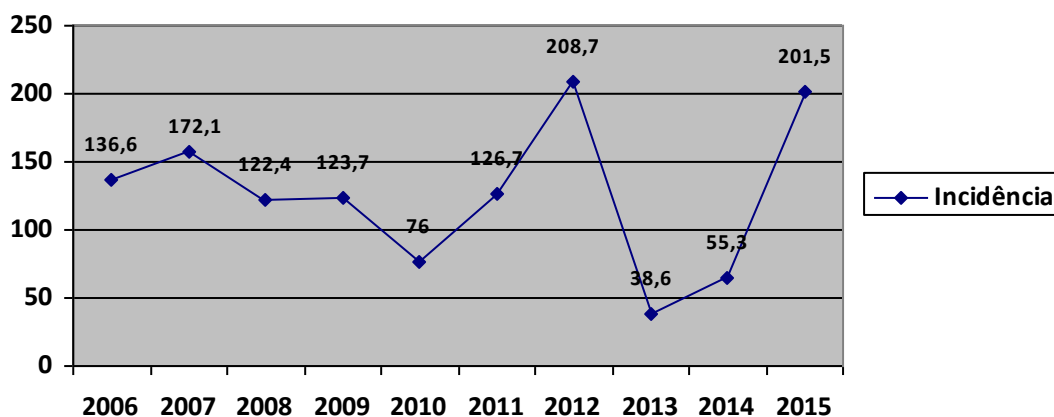


Gráfico 3 - Incidência de Casos de Tuberculose Pulmonar.
Fonte: DSEI Rio Tapajós/SIASI/MS, 2016.

A tuberculose é um grave problema de saúde pública para as comunidades indígenas das Aldeias do Distrito Sanitário Especial Indígena Munduruku /FUNASA na região do DSEI-Rio Tapajós: Jacareacanga, Restinga, Sai Cinza, Teles Pires, Novo Progresso, Katô, Missão, Waro Apompo, Santa Maria, Itaituba, Caroçal, cuja Intervenção do Enfermeiro está baseada em busca ativa e tratamento de casos nestas aldeias, através de exames de sintomáticos respiratórios e suspeitos, exame de contatos de casos de Tuberculose registrados nos últimos anos, seguida de proteção pela quimioprevenção dos contatos de bacilíferos, assintomáticos, PPD

forte reator com radiograma de tórax normal, demonstrando a importância destes grupos na epidemiologia da doença.

A OMS estabeleceu metas desafiadoras para os países em sua estratégia pós-2015, definindo como visão de futuro “Um mundo livre da tuberculose: zero morte, adoecimento e sofrimento causados pela doença. Para o alcance desse compromisso, em alusão ao Dia Mundial de Luta Contra, a Stop TB Partnership lançou o tema “Alcançando os 3 milhões de casos não detectados: rastrear, tratar e curar a todos”. A mobilização visa marcar o compromisso político e social em busca da eliminação da tuberculose como um problema de Saúde Pública. (BRASIL, 2002)

Segundo o Ministério da Saúde acusa que o Brasil ocupa o 17º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose no mundo. Nos últimos 17 anos, a tuberculose apresentou queda de 38,7% na taxa de incidência e 33,6% na taxa de mortalidade. A tendência de queda em ambos os indicadores vem-se acelerando ano após ano em um esforço nacional, coordenado pelo próprio ministro, o que pode determinar o efetivo controle da tuberculose em futuro próximo, quando a doença poderá deixar de ser um problema para a saúde pública.

Em relação à saúde indígena o Enfermeiro possui respaldo legal e ético para, quando devidamente capacitado, fazer aconselhamento pré-teste, realizar o teste, fazer aconselhamento pós-teste e emitir laudo do PPD para subsídio de diagnóstico.

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

No que diz respeito ao cenário de adoecimento e morte, o perfil epidemiológico dos povos indígenas é marcado por elevadas taxas de incidência e de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, com destaque para infecções respiratórias, diarreia, malária e tuberculose (TB). Nas últimas décadas, houve um importante incremento no número de instituições e pesquisadores interessados no tema da TB entre os povos indígenas no Brasil. A maioria dos estudos recentes concentra-se na região Amazônica, revela que, apesar das altas coberturas vacinais pela BCG, a incidência da doença é muito elevada (não raro

atingindo cifras 40 vezes superiores às médias nacionais) e a Incidência de infecção é bastante expressiva (com cerca de 1/3 dos grupos investigados apresentando fortes reações à Prova Tuberculínica). Esses dados em conjunto levaram o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) a considerar os indígenas como populações diferenciadas.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPOS DE PESQUISA

Este estudo foi executado com base em uma pesquisa bibliográfica com abordagem quantitativa e qualitativa fundamentada nos dados estatísticos do SIASI, com análise descritiva exploratória das informações de questionário aplicado aos profissionais da Equipe de Enfermagem que atendem na Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Foram entrevistados 10 profissionais dos quais 9 São enfermeiros e 1 é nutricionista.

Segundo Prestes (2012) a pesquisa bibliográfica é aquela que se efetiva tentando resolver um problema ou adquirir conhecimentos a partir do emprego predominante de informações provenientes de material gráfico, sonoro ou informatizado. Para efetuar esse tipo de pesquisa, deve-se fazer um levantamento dos temas e tipos de abordagens já trabalhadas por outros estudiosos, assimilando-se os conceitos e explorando-se os aspectos já publicados, tornando-se relevante levantar e selecionar conhecimentos já catalogados em bibliotecas editoras, videotecas, na internet, entre outras.

A pesquisa bibliográfica é capaz de atender aos objetivos, tanto do aluno, em sua formação acadêmica, quanto de outros pesquisadores, na construção de trabalhos inéditos que objetivam rever, reanalisar, interpretar e criticar considerações teóricas ou paradigmas, ou ainda criar novas proposições na tentativa de explicar a compreensão de fenômenos relativos às mais diversas áreas do conhecimento. (PRESTES, 2012).

Prestes (2012) afirma que pesquisa de campo é aquela desenvolvida principalmente nas Ciências Sociais, onde o pesquisador, através de questionários, entrevistas, protocolos verbais, observações, etc., coleta seus dados investigando os pesquisados no seu meio.

De acordo com o Minidicionário Larousse da Língua Portuguesa (2009) “entrevista é a conversação mantida com alguém para obter informação sobre seus atos, ideias, projetos etc. Conferência marcada entre pessoas em lugar determinado; Relato desse encontro em periódicos, TV, rádio etc.”.

Neste estudo, a entrevista foi utilizada como coleta de dados para análise e discussão sobre os resultados da pesquisa. Quanto à análise dos dados, neste estudo foi utilizada a abordagem quantitativa, de acordo com Almeida (2012) que trata da produção textual no ensino superior, em que as entrevistas são analisadas de acordo com a interpretação das respostas obtidas em questionários, entrevistas ou formulários, sendo consideradas as informações quanto ao conteúdo e aos dados estatísticos.

3.2 DESCRIÇÃO DO AMBIENTE DA PESQUISA

DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DO RIO TAPAJÓS - SEDE: ITAITUBA - PA

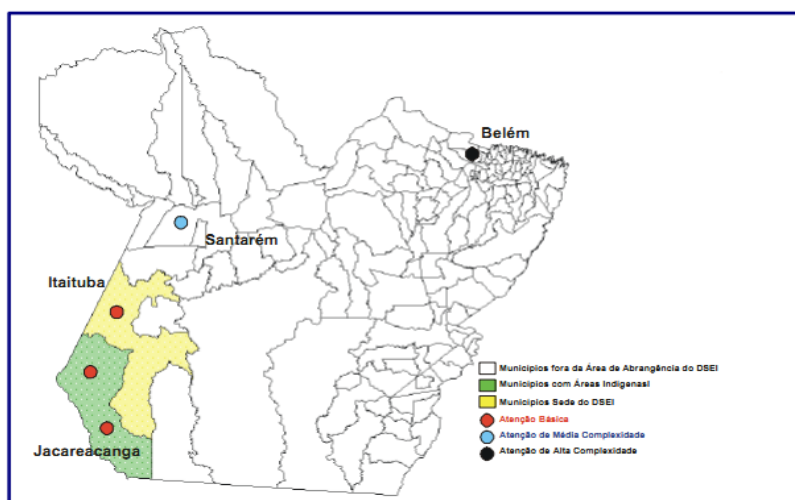


Figura 1: DSEI Rio Tapajós.
Fonte: FUNASA, s/d.

O DSEI é um modelo de organização de serviços orientado para ser um espaço etnocultural dinâmico, com foco na eficiência e na celeridade, de acordo com as especificidades dos indígenas, dentre muitas as atribuições do DseI está a preparação de recursos humanos para atuar como unidade de execução e monitoramento das ações de saúde destinada a promoção do uso adequado e racional de medicamentos é responsável pelo conjunto de ações técnicas e qualificadas que tem por objetivo promover a atenção à saúde e as práticas sanitária adequadas, estimulando ainda o controle social. (NT/FUNASA, 2006)

O Distrito Sanitário Especial Indígena Rio Tapajós foi criado em 1999, com extensão territorial de 2.506.612 ha; o município sede do DSEI é Itaituba, com a população Indígena de 9.468 habitantes. Está localizado na Avenida Santa Catarina nº 96 Bairro Belo Vista.

Atualmente, o DSEI atende a 11 Pólos bases e seis etnias, sendo elas: Munduruku, Apiaká, Kayaby, Kaiapó, Tembé e Ava-Canoeiro. Os Pólos - bases são: nove (09) em Jacareacanga; um (01) em Itaituba e um (01) em Novo Progresso, no total prestam atendimento a 139 aldeias, 2276 famílias 11166 residências. Quanto aos Postos de Saúde existem 02 do Tipo I e 11 do Tipo II, além de três (3) Casas

de Saúde do Índio. Os meios de transporte utilizados são o aéreo, o fluvial e terrestre. (SIASI, 2016).

Os casos de Tuberculose Pulmonar nas aldeias do DSEI rio Tapajós, Jacareacanga, Restinga, Sai Cinza, Teles Pires, Novo Progresso, Katô, Missão, Waro Apompo, Santa Maria, Itaituba, Caroçal, estão abaixo representados, mostrando os números de ocorrências, no período de 2006 a 2015 conforme quadro abaixo:

Nº de casos de Tuberculose Pulmonar por pólo base no período de 2006 a 2015.

Quadro 2 Nº de casos de Tuberculose Pulmonar por Polo Base no DSEI Rio Tapajós.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	SOMA
JACAREACANGA	1	3	1	1	0	1	1	0	0	1	9
RESTINGA	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
SAI CINZA	0	1	1	0	2	2	0	1	1	5	13
TELESPIRES	1	2	0	0	0	0	1	1	1	3	9
NOVO PROGRESSO	0	0	0	5	3	1	12	0	1	1	23
KATO	2	5	3	2	1	2	2	0	0	1	18
MISSÃO	0	1	1	3	1	4	2	0	1	7	20
WARO APOMPO	1	0	1	0	0	2	2	1	2	3	12
SANTA MARIA	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
ITAITUBA	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
CAROÇAL	0	0	2	0	0	0	1	1	0	1	5
Total	9	12	9	11	7	12	21	4	6	22	113

Fonte: SIASI, 2016.

No quadro 2 os casos de Tuberculose Pulmonar nas aldeias do DSEI Rio Tapajós demonstram a distribuição dos casos ocorridos no período de 2006 a 2015 em que o maior número de casos ocorreu nos polos bases: Novo Progresso com 23 casos; casos Missão Cururu teve 20 casos; Katô teve 18; Waro Apompo 12 e Sai Cinza com 13 casos, e Jacareacanga e Teles pires com 09 casos cada um; Caroçal apresentou 5 casos; e. O polo Base Itaituba teve apenas 01 caso, Santa Maria 01 caso e Restinga 02 casos, indicando que os polos de maior incidência foram Novo

Progresso e Missão Cururu revelando motivo de preocupação, enquanto em Itaituba e Santa Maria as ocorrências não apresentam problemas, porque ocorreu 01 caso no ano de 2006.



Figura 2: Aldeia Munduruku da Praia do Mangue, Itaituba.
Fonte: Jornal O Impacto

Segundo Almeida, (2012) Embora sejam muitas tribos e línguas indígenas existentes no Pará, a mais importante e mais numerosa é a tribo que vive na região no região do Tapajós é a Munduruku, que está concentrada principalmente no oeste do Pará no município de Jacareacanga.

Quadro 03 com o nº de casos de Tuberculose Pulmonar no período de 2006 a 2015 por Faixa Etária e Por Sexo.

Quadro 03: Nº de casos de Tuberculose

Feminino	Soma	Masculino	Soma
0 A 19	7	0 A 19	9
20 A 39	14	20 A 39	14
40 A 59	18	40 A 59	12
60 MAIS	23	60 +	16

Fonte: DSEI Rio Tapajós/SIASI/MS, 2016.

O quadro acima mostra o número de casos de Tuberculose Pulmonar por sexo e por Faixa, etária no período entre 2006 a 2015 a população menos acometida de Tuberculose foram as mulheres entre 0 a 19 anos e a mais acometida de foi de 60 anos e mais um total de 16 casos do sexo masculino e 23 casos do sexo Feminino. Isso demonstra que os idosos estão mais vulneráveis a contrair a Tuberculose Pulmonar.

3.3 PERFIL DOS ENTREVISTADOS

O Distrito Sanitário Especial de Saúde Indígena (DSEI) do Rio Tapajós conta com 11 Equipes de Saúde, compostas por:

Quadro 3: nº de funcionários do DSEI Rio Tapajós.

Médico	2
Enfermeiro	47
Cirurgião Dentista	6
Assistente Social	4
Nutricionista	6
Farmacêutico	5
Psicólogo	2
Arquiteto	1
Engenheiro	2
Geólogo	1
Técnico Enfermagem/Auxiliar	87
Auxiliar de Saúde Bucal	7
Técnico laboratório	11
Agente de Combate a Endemias	13
Técnico Saneamento	6
Agente Indígena de Saúde	77
Agente Indígena de Saneamento	28
Apoiador técnico de Atenção à Saúde	1
TOTAL	306

Fonte: <http://www.saudeindigena.spdm.org.br/site/index.Php/DSEI/tapajos>

O DSEI - Rio Tapajós conta com 47 Enfermeiros, 87 Técnicos de Enfermagem, 10 médicos, 77 Agentes Indígena de Saúde, 06 Agentes Indígenas de Saneamento, 06 Nutricionista, 05 Farmacêutico e 06 Odontólogos, 02 psicólogos, 02 assistente social, para suprir as demandas das 11 equipes. Ver imagem 1 da equipe:



Figura 3: Equipe de Saúde do DSEI Rio Tapajós.
Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Na sede administrativa do DSEI de Itaituba há 05 Enfermeiros, 02 Técnicos de Enfermagem e 01 Nutricionista, 01 Odontólogo, 01 Psicólogo, 01 Assistente Social, 01 psicólogo, lotados na sede do DSEI, Entretanto, existe o corpo administrativo formado por profissionais que desenvolvem outras funções como: Auxiliar Administrativo, Motorista, Auxiliar de Serviços Gerais, foram envolvidos na pesquisa 10 Enfermeiros e 01 Nutricionista que atuam na Saúde Indígena, conforme o Quadro 4, abaixo:

Quadro 4: Funcionários envolvidos na pesquisa. Fonte: Erica Oliveira, 2016.

Identificação	Sexo	Escolaridade	Função	Tempo de atuação	Estado Civil
A.C. F. F	F	Especialização	Enfermeira	19 anos	União Estável
J.S.A.B	F	Superior	Enfermeira	04 anos	Casada
C.C	F	Superior	Enfermeira	07 anos	Casada
E.G.S	F	Superior	Nutricionista	02 anos	Solteira
S.A.C	M	Superior	Enfermeira	04 anos	Casado
A.P	F	Especialização	Enfermeira	13 anos	Casada
K.R	F	Superior	Enfermeira	04 anos	Casada
P.S.S	F	Superior	Enfermeira	02 anos	Solteira
L.K.	F	Superior	Enfermeira	06 anos	Casada
L.G	F	Superior	Enfermeira	07 anos	União Estável

O Gráfico 04 abaixo mostra o Perfil dos Participantes em relação ao sexo onde, dos 10 entrevistados, 09 são do sexo Feminino e apenas um 01 é do sexo Masculino.

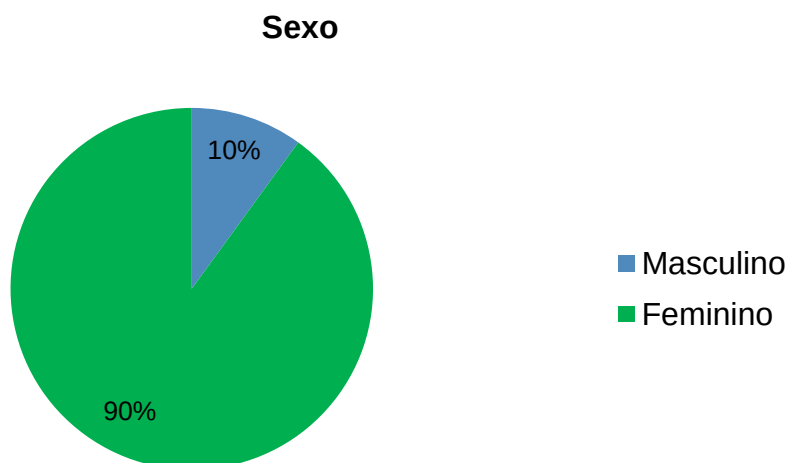


Gráfico 4: Funcionários do DSEI envolvidos na pesquisa em relação ao sexo.

Fonte: Oliveira, 2016.

O Gráfico 4 acima, apresenta um percentual de 10% para os entrevistados do sexo masculino e 90% do sexo feminino, isso ocorre porque a grande maioria dos enfermeiros que atuam na saúde indígena são mulheres devido à falta de homens que procuram esse tipo de trabalho.

O Gráfico 05 abaixo mostra o nível de escolaridade dos participantes da pesquisa, apresenta um percentual de 80% para os entrevistados com nível superior e 20% com especialização.

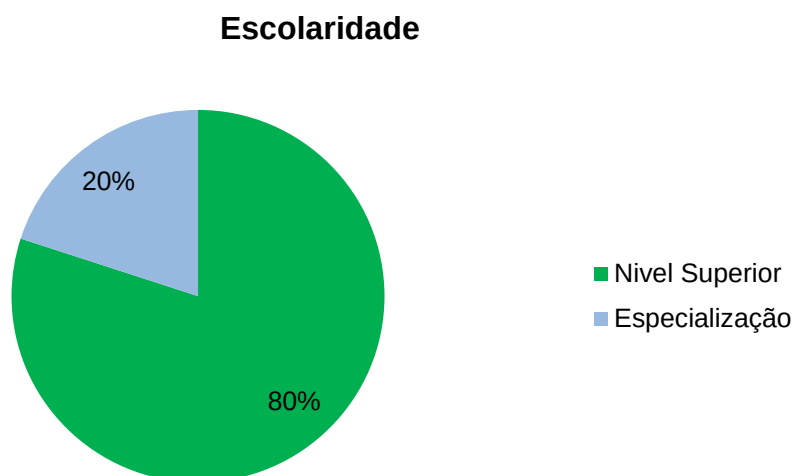


Gráfico 5: Funcionários do DSEI envolvidos na pesquisa em relação ao nível de escolaridade.
Fonte: Erica Oliveira, 2016.

O Gráfico 05 indica que 17 % dos entrevistados possuem Especialização e 83% possuem nível Superior. Entre os entrevistados observou-se que apenas 02 possuem especialização isso ocorre devido ao difícil acesso que os profissionais enfrentam no município de Itaituba que não oferta cursos de Especialização e também porque muitos enfermeiros precisam deslocar-se para as áreas indígenas de difícil acesso, o que dificulta o acesso a cursos de pós-graduação.

O Gráfico 06 abaixo mostra o perfil dos participantes em relação à Função, indicando que, dos 10 entrevistados, 09 Enfermeiros são do sexo feminino e apenas um 01 é Nutricionista.

Função dos Participantes

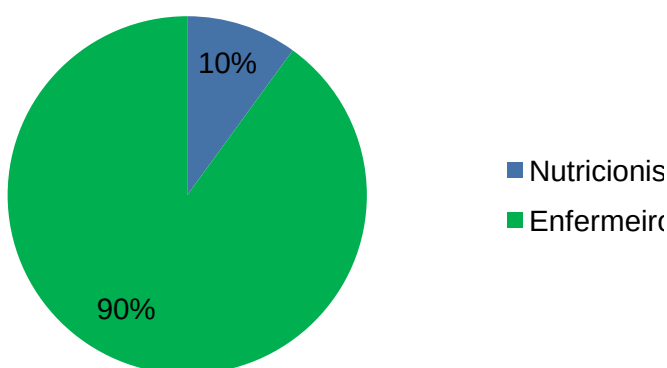


Gráfico 6: Função dos envolvidos na pesquisa.
Fonte: Erica Oliveira, 2016.

O Gráfico 06 indica que 90 % dos entrevistados são enfermeiros, 10 % é nutricionista. Entre os entrevistados observou-se que apenas 01 nutricionista participou da pesquisa e isso ocorre devido ao grande número de funcionários enfermeiros em que os nutricionistas somam um percentual menor.

O Gráfico 07 abaixo Mostra o Tempo de Atuação dos 10 entrevistados, em Relação ao tempo de serviço, indicando que dos 10 dos entrevistados, apenas 20% possuem entre 8 e 19 anos de atuação do DSEI Rio Tapajós.

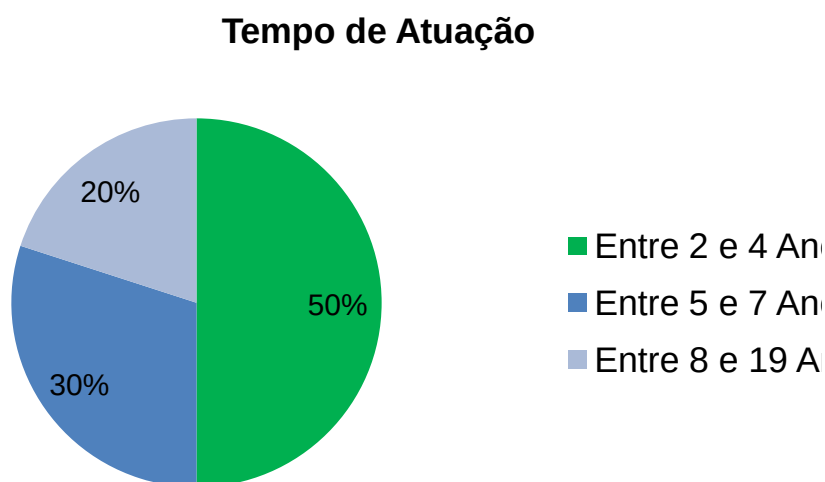


Gráfico 7: Tempo de atuação dos envolvidos na pesquisa. Fonte: Erica Oliveira, 2016.

O Gráfico 07 Mostra que o Tempo de Atuação dos Profissionais entrevistados varia de 02 a 19 anos de atuação, em que se Observou- se que existe de um fluxo rotativo na contratação de profissionais, e funcionários efetivos e contratados para atuar na saúde dos indígenas nas aldeias.

O Gráfico 08 abaixo Mostra o Estado Civil dos 10 entrevistados, indicando que houve uma variação em relação ao estado civil, 20% são solteiros e a maioria são casados o que representa um total de 60% dos entrevistados.

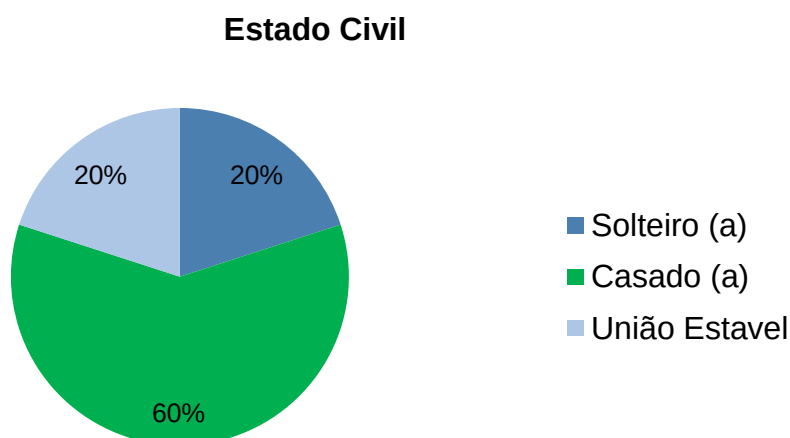


Gráfico 8: Estado Civil dos envolvidos na pesquisa.
Fonte: Erica Oliveira, 2016.

O gráfico 08 acima apresenta variações em relação ao Estado Civil em que 60% dos entrevistados são casados, 20% convivem em União Estável, e 20% são solteiros isso significa que o DSEI, admite enfermeiros de vários perfis: casados; solteiros e em união estável.

4. ANÁLISE DAS RESPOSTAS DOS ENFERMEIROS DO DSEI

Para esta pesquisa foram envolvidos 10 profissionais da Saúde que atuam no DSEI Tapajós, que responderam a um questionário com 6 perguntas abertas.

Questionou-se, primeiramente, em relação à experiência dos enfermeiros do DSEI no seu trabalho na Saúde Indígena, a que eles atribuem o alto índice de ocorrência da Tuberculose Pulmonar entre os povos indígenas, ao que responderam:

ENF 1: *vários fatores um deles é a baixa resistência, falta de um plano de ação entre FUNAI, município e DSEI, com o objetivo de prevenir a doença.*

ENF 2: *a cultura, hábitos de ficar em ambientes fechados e a má qualidade na alimentação tornando suscetível a adquirir a Tuberculose Pulmonar.*

ENF 3: *se dá devido o predomínio absoluto de doenças infectocontagiosas, com um incremento recente em ritmo acelerado à mudanças no modo.*

NUTRI. 4: *Falou que é através do contato com outros doentes ou recidivas que abandonam o tratamento.*

ENF 5: *Entendo que não se trata de um acometimento recente, atribuo principalmente à má alimentação, condições necessárias para um bom funcionamento estará sujeito a TB e outras doenças oportunistas.*

ENF 6: *Falou que se dá devido as moradias com grande número de pessoas, pouco ventiladas e as condições de alimentação.*

ENF 7: *por questões culturais moram em um ambiente fechado com pouca ventilação de ar, tendo contato mais fácil com a doença.*

ENF 8: *Falou que se dá pelos os costumes de serem nômades, por esses fato fica de difícil acesso o seu controle, a resistência quanto ao tratamento, a desnutrição é um fator favorável.*

ENF 9: *Falou que A exposições a constantes mudanças climáticas, como sol, chuva, poeira; as incidências de lvas, podem também ser ocasionado pela exposição e fumaça das madeiras utilizadas nas residências, durante o preparo das refeições.*

ENF 10: *Falou que se dá pela alimentação deficiente, e a vacina BCG protege apenas contra as formas graves. CORRIGIR FONTE.*

Os enfermeiros envolvidos na pesquisa afirmam que os fatores que influenciam o acometimento de Tuberculose Pulmonar nos Indígenas são: falta de apoio da FUNAI, do DSEI, e do município e também sobre a cultura e hábitos culturais, além de ambientes fechados, com pouca ventilação e a má alimentação.

Ao perguntar sobre como o enfermeiro pode contribuir na prevenção, no tratamento, no acompanhamento, no controle, e na orientação aos pacientes com Tuberculose Pulmonar, os participantes da pesquisa comentaram:

ENF 1: através de palestras, acompanhamento familiar orientação busca ativa principalmente nas aldeias que existem casos, haja vista que vivem nos aglomerados.

ENF 2: é realizando educação em saúde com isso vai esclarecer a doença, a prevenção e no tratamento na realização do tratamento supervisionado o qual garante a eficácia do tratamento evitando o surgimento de Tuberculose recidiva.

ENF 3: através de busca ativa e orientações referente ao modo de transmissão.

NUTRI 4: faz através de educação em saúde.

ENF 5: Penso que não é uma atividade que deva envolver apenas o enfermeiro precisa-se de atividades com uma equipe de nutrição, saneamento, médico. Em específico algo voltado para melhorar a conscientização de uma boa alimentação. No mais com a realização de exames preventivos em curto prazo e a longo prazo envolver a comunidade e principalmente nessas causas.

ENF 6: é através do acompanhamento adequado dos casos diagnosticados, busca ativa de sintomático respiratória, encaminhamento de pacientes para a realização de exames quando for o caso.

ENF 7: palestras, visitas domiciliares e conversas individuais.

ENF 8: a busca ativa de sintomático respiratório, orientação para o acometido e todos os seus comunicantes, a importância de educação em saúde para toda a comunidade para que tenham consciência de informar quando há alguém com sintomas e a importância do tratamento completo.

ENF 9: a contribuição se faz na prevenção através de orientação em saúde, com palestras; tratamento supervisionado orientações aos familiares e imunização dos comunicantes (SN).

ENF 10: as orientações, e incentivo do plantio de legumes tubérculos que ajudam na alimentação.

Os enfermeiros envolvidos na pesquisa afirmaram que podem contribuir na prevenção, no tratamento, no acompanhamento, no controle e na orientação aos pacientes com TB Pulmonar, através de ações de Educação em Saúde, palestras, orientação individual, acompanhamento familiar, busca ativa dos comunicante e incentivo ao plantio de legumes para contribuir na alimentação.

Quanto aos problemas mais comuns de Tuberculose Pulmonar entre os indígenas da DSEI Rio Tapajós, os enfermeiros citaram:

ENF 1: os problemas mais comuns são: Emagrecimento, resistência dos indígenas a ser referenciado as casas e ao próprio tratamento quando diagnosticado, resistência dos indígenas em realizar o tratamento.

ENF 2: as dificuldades na realização do BAAR de controle devido à logística e dificuldade de produção de escarro.

ENF 3: anorexia, astenia.

NUTRI 4: Desnutrição, aglomeração da doença, transmissão através do contato.

ENF 5: seguimento no tratamento longe do seu lar, longe da família, pois na maioria das vezes esses tratamentos são realizados nas CASAS. O alcoolismo esta presente em alguns casos inferindo no tratamento. E quando é possível realizar na residência. Enfrentam problemas de uma alimentação inadequada, ocasionando um desconforto grande ao tomar medicação.

ENF 6 e ENF 8: não responderam.

ENF 7: Tosse seca por semanas.

ENF 9: os sintomas mais comuns são: tosse, emagrecimento acentuado, astenia etc. os problemas comuns desencadeados em consequência da tuberculose são as doenças como pneumonia, anorexia; desidratações, desnutrições, dentre outros.

ENF 10: Deslocamento, separação da família para realizar o tratamento na CASAI.

Os entrevistados disseram que os problemas mais comuns de ocorrência da Tuberculose Pulmonar entre os indígenas do DSEI, são emagrecimento devido a má alimentação, desnutrição, baixa imunidade, resistência dos indígenas em realizar o tratamento; das dificuldades na realização do BAAR de controle devido à logística e dificuldade de produção de escarro e separação da família para realizar o tratamento na CASAI.

Em relação aos procedimentos como são feitas as orientações pela EMSI, os participantes da pesquisa afirmaram:

ENF1: são feitas individual, através de palestras, em grupos.

ENF 2: que se orienta a tomar a medicação diariamente, a realizar os exames de controle mensalmente a avaliar os contatos.

ENF 3: A equipe é orientada a informar o paciente quanto as orientações clara da doença e a seguir o protocolo do ministério da Saúde.

NUTRI 4: se faz através de palestras, consultas e abordagem individuais.

ENF 5: rodas de conversa com a família, palestra com a comunidade e visitas domiciliares fazendo orientações de alimentação, cuidado com o lixo e moradia.

ENF 6: é através de visitas domiciliares, onde são observadas também a presença em saúde e orientações individuais e em casos positivos quanto ao uso correto da medicação.

ENF 7: Através de palestras coletivas e orientados em visitas domiciliares.

ENF 8: se faz através de educação em saúde p/toda a comunidade focando a TB e casos.

ENF 9: é no desenvolvimento do subprograma na atenção básica, em saúde coletiva, e orientações individuais. (SN).

ENF 10: através de palestras educativas e orientações durante a visita domiciliar.

Em relação às orientações feitas Pela EMSI são feitas através de palestras visita domiciliar orientação individual, sobre o uso da medicação educação em saúde para toda a comunidade com enfoque nos casos de TB, reestrutura na dieta familiar.

Sobre as recomendações que fariam aos indígenas com Tuberculose Pulmonar para reduzir os riscos, os enfermeiros argumentaram: que.

ENF 01: *Primeiro aderir ao tratamento na casai, Alimentar-se bem. Evitar sol, tomar medicação corretamente e evitar abandonar o tratamento.*

ENF 02: *Realizar vacinação que previne a TB de formas, mas grave, melhorar a alimentação, evitar aglomerações em ambientes fechados.*

ENF 03: *aumentar a busca ativa, controle rigoroso no tratamento.*

NUTRI 04: *Concluir o tratamento ofertado.*

ENF 05: *Meus pensamentos em relação a isso vão além da enfermagem. É preciso uma reestrutura na dieta familiar. Percebo que as famílias que mantêm uma alimentação melhor são as mesmas acometidas. No campo sempre recomendo uma alimentação mais rica presente na terra.*

ENF 06: *Uso adequado das medicações, sinais e sintomas para procurar a unidade de saúde, efeitos adversos das medicações. importância de alimentação adequada nessa etapa da vida. Importância da realização dos exames de controle.*

ENF 07: *Procurar mais rápido possível o posto de saúde com sintomas de tosse a mais de uma semana, para ser tratado pelo profissional de saúde.*

ENF 08: *podemos falar de prevenção, dá higiene, dos cuidados com os acometidos p/que complete seu tto, a importância da nutrição, o tabagismo e outros.*

ENF 09: *Fazer o tratamento de forma correta, uso das medicações, cuidados com alimentações, acompanhamento contínuo.*

ENF 10: *aceitar a medicação orientar quanto à necessidade e importância do tto sem abandonar o tto, não ingerir bebida alcoólica.*

Os entrevistados disseram que: Aderir o tratamento na casai, evitar tomar sol, tomar medicação correta, realizar vacinação, aumentar a busca ativa, fazer o tratamento de forma correta, cuidados com a alimentação, não abandonar o tratamento não ingerir bebida alcoólica. Procurar o posto de saúde o mais rápido possível.

Ao ser questionado, como deveria ser um programa de atendimento específico aos indígenas acometidos de tuberculose pulmonar, os entrevistados falaram que:

ENF 01: *deveria ser em parceria com a FUNAI (realizar programas sustentáveis) município (busca ativa em todos os pólos e DSEIS). A única maneira de reduzir os casos será através da busca ativa.*

ENF 02: *deveria ter uma casa de apoio para ficar durante o tratamento para melhor adesão, garantindo um melhor acompanhamento alimentar, e através de exames (BAAR) E (ESCARRO).*

ENF 03: *o programa hoje atende os indígenas acometidos de tuberculose, uma vez que já existe um protocolo de atendimento a ser seguido!*

NUTRI 04: *já existe o programa do ministério da saúde, do qual tem como base de seguimento p/as equipes o protocolo de tratamento.*

ENF 05: *Não gosto da idéia que envolva apenas o paciente em si, mas toda a família Deve haver participação da comunidade também: Um tratamento acompanhado na sua residência, pois vejo que na maior parte não são, dificultando o paciente.*

ENF 06: *não respondeu.*

ENF 07: *equipe fazendo avaliações constantes em área em todos os pólos, para diagnosticar o mais rápido a doença para realizar o tratamento, para não disseminar a doença na aldeia.*

ENF 08: *não respondeu*

ENF 09: *visitas constantes (se os pacientes recebem medicações supervisionadas) o programa deve contemplar suporte de avaliações diária na primeira semana de tratamento, 1 vez semanal no primeiro mês, a até mais se houver necessidade.*

ENF 10: *criar um programa onde o indígena tivesse um local específico para estadia durante o período de transmissibilidade com acompanhamento de assistente social, psicólogo, e interprete ou tradutor indígena.*

Os entrevistados falaram que deveria ter um programa sustentável em parceria com a FUNAI. Contemplando uma casa de apoio para os indígenas ficar durante o tratamento para melhor adesão, garantindo um melhor acompanhamento alimentar através dos exames laboratoriais, acompanhamento de assistente social, psicólogo, e interprete ou tradutor indígena. O programa de atendimento utilizado nos pacientes é o programa do ministério da saúde.

5 RESULTADOS

A partir dos depoimentos dos entrevistados sobre os indígenas acometidos de Tuberculose Pulmonar no DSEI Tapajós, foi identificada *a necessidade de busca ativa de casos de TB na população indígena e as dificuldades dessa prática, na atualidade*. Assim, serão abordadas as dificuldades associadas aos serviços de saúde indígena.

Oblitas *et al* (2010) ao tratar do papel do enfermeiro no atendimento aos pacientes com tuberculose é preciso conhecer as características da população para entender melhor os aspectos sociais que influenciam na probabilidade de se obter a equidade no diagnóstico e na cura. O enfermeiro quando questionado sobre, qual o fator que contribui para o alto índice de ocorrência da Tuberculose Pulmonar entre os povos indígenas, respondeu que *a cultura, hábitos de ficar em ambientes fechados e a má qualidade na alimentação tornando suscetível a adquirir a Tuberculose Pulmonar*,

Dentre esses aspectos sociais, não cabe dúvida que a análise da pobreza é fundamental para intervir sobre essa doença, o segundo entrevistado falou que, *cultura, hábitos de ficar em ambientes fechados e a má qualidade na alimentação tornando suscetível a adquirir a Tuberculose Pulmonar*, fator que contribui para o alto índice de ocorrência da Tuberculose Pulmonar, é também papel do enfermeiro realizar um trabalho intersetorial e interdisciplinar, e contribuir para que o paciente possa alcançar nível de qualidade de vida adequados.

Os entrevistados também citaram as orientações, e incentivo do plantio de legumes tubérculos que ajudam na alimentação contribui na prevenção, no tratamento, no acompanhamento, no controle, e na orientação aos pacientes o enfermeiro como um sócio histórico no trabalho contra a Tuberculose. Com maiores exigências para o seu desempenho,

É papel do enfermeiro também facilitar o acesso do paciente aos serviços de saúde, realizar visitas domiciliares, informar a comunidade com a finalidade de capacitar os usuários para que eles participem ativamente no controle social do setor, verificar desvantagens sociais, valorizar e promover a participação da comunidade nos programas de controle da qualidade de atenção à saúde, principalmente no atendimento específico aos indígenas acometidos de tuberculose pulmonar.

Os entrevistados falaram do programa de Tuberculose que deve contemplar suporte de avaliações diárias na primeira semana de tratamento, vez por semana no primeiro mês, a até mais se houver necessidade, do qual o indígena tivesse um local específico para estadia durante o período de transmissibilidade com acompanhamento de assistente social, psicólogo, e interprete ou tradutor indígena.

Deve haver participação da comunidade também: Um tratamento acompanhado na sua residência, avaliações constantes em área em todos os pólos, para diagnosticar o mais rápido a doença para realizar o tratamento, para não disseminar a doença na aldeia, a assistência à Essa população tão singular, o cuidado ao indígena é um grande desafio, assim como também é para a área das políticas públicas de saúde, devido à cultura peculiar.

Para assistir a saúde indígena o enfermeiro deve focar suas ações na cultura. Levando os indígenas compreenderem a importância do cuidado para que a TB seja erradicada em seu meio, os profissionais de saúde devem incluir ações que ajudam os indígenas, resultando em benéfico para a saúde, sem ofender o que mais acreditam. A ação da enfermagem é decisiva na prevenção, promoção e educação em saúde relacionado a endemia de Tuberculose Pulmonar entre os indígenas, Maior número de pesquisas relacionado a este assunto deve ser discutido para uma melhor análise e solução para este agravante que acomete vários povos nativos do território brasileiro.

Com Base nas pesquisas realizadas sugere-se. Que seja realizado a capacitação de mais profissionais para realização de Teste Rápido de Proteico Purificado Derivado, (PPD), principalmente em áreas de difícil acesso que se faz exclusivamente por via aérea, facilitando o trabalho dos profissionais de saúde, e evitando o deslocamento de vários suspeitos e dentre eles, alguns tuberculosos, em aeronaves fechadas, um recurso de grande utilidade permitindo, realizar os exames no grupo de risco,otimizando o processo de diagnostico,e acesso dos indígenas à rede do SUS dos município, não somente pelo tempo gasto no transporte dos suspeitos.Esse transporte de suspeitos teria de ser multiplicado, posto que, as mulheres indígenas, em virtude de geralmente não dominarem o idioma português, precisam ser acompanhadas pelos maridos; as crianças pelos pais e, às vezes, os avós, levando em conta, ainda, despesas com combustível, alimentação e hospedagem em caso de longas viagens, em contra partida, a relutância dos índios mais velhos em se deslocar para a cidade por razões culturais.

Um dos entrevistados citou que: o deslocamento, e a separação da família é uma das dificuldades enfrentadas haja vista que existe resistência dos indígenas suspeitos de Tuberculose Pulmonar que são referenciados para a Casa de Saúde do Índio para realizar o tratamento.

6 CONCLUSÃO

Este trabalho mostrou a importância do profissional da Enfermagem no acompanhamento e controle da Tuberculose Pulmonar, além dos cuidados e das ações preventivas para redução dos casos.

Destacam-se as ações educativas dedicadas ao indígena, respeitando a cultura desses povos, refletindo sobre o nº de casos que ocorreram entre 2006 a 2015, índice preocupante, considerando o difícil acesso dos profissionais até as aldeias e dos indígenas às referências de atendimento.

Um aspecto importante que se observou foi a orientação efetuada pelos profissionais de saúde onde deve ser dadas com informações simples e esclarecedora, pois o papel principal do enfermeiro para a redução de casos são as ações de educação em saúde e busca ativa de sintomático respiratório essa população distinta requer cuidados específicos e apropriados, e a equipe de enfermagem deve ser sensível as diferenças culturais.

Dentro da realidade encontrada pelo profissional enfermeiro, que terá que utilizar sua percepção, conhecimento teórico, planejamento e julgamento crítico para entregar um cuidado digno para tal população, os problemas de acessibilidade geográfica e logística são fatores relevantes que dificultam o trabalho das equipes de saúde as aldeias encontram onde muitas se localizam em áreas de difícil acesso no município de Jacareacanga e Novo Progresso, havendo necessidade de transportes terrestre e fluvial e aéreo.

Outro fator observado, diz respeito à dificuldade dos profissionais em lidar com a cultura e a comunicação haja vista que muitos indígenas não falam o português fluente, e a falta de vivência com os indígenas desperta nos profissionais dúvidas e insegurança ao lidarem com esses povos.

Este trabalho contribuirá para outros estudos sobre o perfil epidemiológico dos povos indígenas com tuberculose pulmonar evidenciado por altas taxas de incidência com enfoque na Tuberculose Pulmonar, sendo este cenário de adoecimento mais marcado entre eles haja vista que a população indígena está entre o grupo prioritário devido à baixa imunidade que apresentam que está diretamente relacionada a uma má alimentação diretamente ligada à cultura desses povos.

No DSEI Tapajós, apesar das altas coberturas vacinais pela vacina BCG, a incidência da doença é muito elevada, e bastante expressiva chegando a 201% no ano de 2015, o que torna preocupante entre os indígenas brasileiros, é necessário que ações sejam tomadas melhorar o controle da endemia e o cuidado com a saúde dos indígenas, desta forma poderemos conservar a nova geração dessas etnias distintas do Brasil.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, D. S. **A Produção de Textos no Ensino Superior: Uma Proposta Interdisciplinar de Ensino de redação para o 1º ano da Graduação**. Curitiba-PR, CRV, 2012.
- BERTAZONE, GIR E HAYASHIDA. **Situações vivenciadas pelos trabalhadores de Enfermagem na Assistência ao portador de Tuberculose pulmonar**. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. Maio-junho; 13 (3) : 374-81, 2005. Brasil.
- BRASIL – FUNASA - Fundação Nacional de Saúde. **Manual de Atuação - Saúde Indígena**. Ministério da Saúde. Brasília, 2006.
- BRASIL – FUNASA - Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Saúde Indígena. Ministério da Saúde. Brasília, 2002.
- BRASIL - **Tratamento Diretamente Observado (TDO) da Tuberculose na Atenção Básica**. Brasília, 2011.
- CALIARI, J. S. FIGUEIREDO, R. M. **Tuberculose: Perfil de doentes, fluxo de atendimento e opinião de enfermeiros**. Acta Paul Enfermagem. São Carlos, São Paulo, 2012.
- CARVALHO, L. B **Minidicionário Larousse da Língua Portuguesa**, São Paulo 2009.
- CIMI – Conselho Indigenista Missionário. **Caderno dos Encontros de Saúde do CIMI (1978 a 1988)** Coordenação de Saúde. Brasília, 2015.
- ESCOBAR, A.L. **Epidemiologia da Tuberculose na População Indígena Pakaánova (wari')**. Estado de Rondônia, Brasil, 2001.
- NÓBREGA, R.G. Nogueira, J.A.NETTO, A.R.SÁ, L.D.SILVA, A.T.M.C. VILA, T.C.S. **A Busca ativa de Sintomáticos Respiratórios para o controle da Tuberculose, no cenário Indígena Potiguara, Paraíba**. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. Brasil, 2010.
- NENO, M. ROCHA, C. SARGENTO, D. SILVA, G. **Tuberculose ganglionar: Desafio Diagnóstico**. *Arquivos de medicina*. Casos clínicos: série de casos. Centro Hospitalar de Lisboa Norte, 2013.
- NOGUEIRA, L. M. V. MOTTA, M. C. S. **Itinerários Terapêuticos dos Índios Munduruku do Pará no Tratamento da Tuberculose: uma contribuição para a prática de enfermagem**. 16º SENPE 2011. Ciência da enfermagem em tempos de interdisciplinaridade Campo Grande. MS, 2011.
- OBLITAS, F. Y. M. LONCHARICH, N. SALAZAR, M. E. DAVID, H. M. L. SILVA, I. VELASQUEZ, D. **O Papel da Enfermagem no controle da tuberculose: uma**

discussão sob a perspectiva da equidade. Revista Latino Americana de Enfermagem. Jan - fev, USP, 2010.

PRESTES, M.L.M. A Pesquisa e a Construção do Conhecimento científico: do Planejamento aos textos, da escola à academia. São Paulo: RÊSPEL, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A**SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA NO DSEI RIO TAPAJÓS**

Itaituba, 05 de dezembro de 2015.

Eu, ERICA MARIA DE OLIVEIRA SANTOS, responsável principal pelo Projeto de Pesquisa Parte Integrante para o TCC da Graduação em Enfermagem da Faculdade de Itaituba, venho pelo presente, solicitar autorização do Chefe da divisão de apoio a saúde indígena (DIASI) do DSEI Rio Tapajós de Itaituba, Alderino Cardoso da Silva, para realizar pesquisa no setor de Banco de Dados de pesquisa sob o título: Perfil Epidemiológico da População Indígena Acometida de Tuberculose Pulmonar nas aldeias indígenas do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) rio Tapajós, com o objetivo de diagnosticar as causas da epidemiologia da Tuberculose Pulmonar, enfocando o povo Munduruku para traçar um perfil dessa população quanto o acometimento da doença, em, 2006 a 2015 na cidade de Itaituba, para o qual necessitamos dados estatísticos dos dez últimos anos, bem como fazer entrevistas com a equipe de enfermagem que atua na saúde indígena.

Projeto sob orientação da Professora Dr^a DJALMIRA DE SÁ ALMEIDA. Contato do pesquisador principal: 91997581, erica.oliveiraitb@hotmail.com, Contato da orientadora: 992148101, djalmira@unifaitb.edu.br Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, a coleta de dados deste projeto será iniciada, atendendo todas as solicitações administrativas dessa unidade. Contando com a autorização desta instituição, coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Principal
RG: 2556878 DF

Instituição: Faculdade de Itaituba

Assinatura do Orientador da Pesquisa

APÊNDICE B



**Centro de Estudo Superior de Itaituba S/C Ltda
Faculdade de Itaituba – FAI**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O presente estudo denominado de PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA POPULAÇÃO INDIGENA ACOMETIDA DE TUBERCULOSE PULMONAR NAS ALDEIAS INDIGENAS DO DSEI RIO TAPAJÓS **(2006-2015)** tem por objetivo Diagnosticar as causas da epidemiologia da tuberculose pulmonar nas aldeias indígenas do Dsei Rio Tapajós, enfocando o povo Munduruku para traçar um perfil dessa população quanto o acometimento da doença. Em 2006 e 2015 nas Aldeias Indígenas do DSEI Rio Tapajós justifica-se pelo aumento Considerando que nessas aldeia se encontram vários casos de Tuberculose pulmonar entre os índios munduruku, conforme dados do SIASI do Município de Itaituba, doença associada a outros problemas, tais como: Tabagismo, Alcoolismo, uso de drogas e comportamentos irregular.

A sua participação nesse estudo consiste em um questionário. Não foram identificados riscos ou desconfortos decorrentes de sua participação neste estudo.

No caso de quaisquer dúvidas ou questionamentos você poderá contatar a pesquisadora principal desta pesquisa, Erica Maria de Oliveira Santos, pelo telefone (93)991997581 ou pelo erica.oliveiraitb@hotmail.com , assim como sua orientadora, Djalмира de Sá Almeida, ou ainda com a Secretaria do comitê de Ética em Pesquisa da UEPA (Universidade do Estado do Pará) pelo telefone (93) 3512-8013.

Sua participação neste estudo é voluntária, tendo você o direito de a qualquer momento recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação neste estudo, sua recusa não implicará em qualquer prejuízo. Será garantido a manutenção de sua privacidade e confidencialidade. Os resultados desta pesquisa serão utilizados para fins de pesquisa sobre a temática e serão publicados ou apresentados em eventos científicos, sendo que você poderá ser informado sobre os resultados da pesquisa se assim o desejar.

Este termo de consentimento possui duas vias, sendo que uma ficará em seu poder e a outra será arquivada com a pesquisadora.

PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Eu, _____, declaro que fui informado (a) dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada e que pude esclarecer minhas dúvidas. Tenho conhecimento de que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e de interromper minha participação se assim o desejar.

Em caso de dúvidas poderei contatar a qualquer momento a pesquisadora Erica Maria de Oliveira Santos pelo telefone (93)991997581 ou pelo erica.oliveiraitb@hotmail.com, assim como sua orientadora, Djalmira de Sá Almeida, ou ainda com a Secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa da UEPA (Universidade do Estado do Pará) pelo telefone (93) 3512-8013.

Declaro que concordo em participar desse estudo e que recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

ITAITUBA, ____ de _____ de 20____.

Participante

Pesquisador (a)

APÊNDICE C



ENTREVISTA A EQUIPE DE ENFERMAGEM DO DSEI RIO TAPAJÓS

Variáveis:

Identificação: _____ Sexo: _____ Escolaridade: _____

Função: _____ Tempo de atuação: _____ Estado Civil: _____

- 1) Pela sua experiência no trabalho na saúde indígena, a que você atribui o alto índice de ocorrência da Tuberculose Pulmonar entre os povos indígenas?
- 2) Como o enfermeiro pode contribuir na prevenção, no tratamento no acompanhamento, no controle, e na orientação aos pacientes com Tuberculose Pulmonar?
- 3) Quais os problemas mais comuns de Tuberculose Pulmonar entre os indígenas da Dsei Rio Tapajós?
- 4) Como são feitas as orientações pela EMSI.
- 5) Que recomendações você faria aos indígenas com Tuberculose Pulmonar para reduzir os riscos?
- 6) Como deveria ser um programa de atendimento específico aos indígenas acometidos de tuberculose pulmonar.