

# Alicerces da Saúde Pública no Brasil 2

Daniela Gaspardo Folquitto  
(Organizadora)

**Atena**  
Editora

Ano 2018

**Daniela Gaspardo Folquitto**  
(Organizadora)

# **Alicerces da Saúde Pública no Brasil**

## **2**

Atena Editora  
2018

2018 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

**Editora Chefe:** Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

**Diagramação e Edição de Arte:** Geraldo Alves e Natália Sandrini

**Revisão:** Os autores

#### Conselho Editorial

- Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília  
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa  
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná  
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia  
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná  
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice  
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense  
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará  
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista  
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

#### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

A398 Alicercers da saúde pública no Brasil 2 / Organizadora Daniela Gaspardo Folquitto. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2018. – (Alicercers da Saúde Pública no Brasil; v. 2)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-85107-19-2

DOI 10.22533/at.ed.192182708

1. Saúde pública – Brasil. I. Folquitto, Daniela Gaspardo. II.Série.  
CDD 362.1

**Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422**

O conteúdo do livro e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

2018

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)

E-mail: [contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)

## APRESENTAÇÃO

Saúde é definida pela Organização Mundial da Saúde como “situação de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de enfermidade”. A Saúde Pública compreende um conjunto de medidas executadas pelo Estado para garantir o bem-estar físico, mental e social da população.

Neste contexto a busca pelo conhecimento nas diversas áreas da saúde como fisioterapia, psicologia, farmácia, enfermagem, nutrição, odontologia, meio ambiente são de grande importância para atingir o bem-estar físico, mental e social da população.

A Coletânea “Alicerces das Saúde Pública no Brasil” é um *e-book* composto por 44 artigos científicos que abordam assuntos atuais, como atenção básica, saúde mental, saúde do idoso, saúde bucal, saúde ambiental, cuidados com crianças e neonatos, atividade física, restabelecimento da movimento e capacidade funcional, nutrição, epidemiologia, cuidados de enfermagem, pesquisas com medicamentos entre outros.

Diante da importância, necessidade de atualização e de acesso a informações de qualidade, os artigos escolhidos neste *e-book* contribuirão de forma efetiva para disseminação do conhecimento a respeito das diversas áreas da Saúde Pública, proporcionando uma ampla visão sobre esta área de conhecimento.

Tenham todos uma ótima leitura!

**Prof. MSc. Daniela Gaspardo Folquitto**

## SUMÁRIO

### EIXO I - SAÚDE DO IDOSO

#### **CAPÍTULO 1 ..... 1**

ANÁLISE DA VARIÁVEL DEPENDENTE ASSOCIADA AO DIAGNOSTICADO POR DIABETES EM PACIENTES IDOSOS ENTREVISTADOS PELA PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE – PNS (2013) NO RIO GRANDE DO NORTE: UM ESTUDO QUANTITATIVO

*Wenderly Pinto Córdula Dionísio de Andrade*  
*Pedro Gilson da Silva*  
*José Vilton Costa*

#### **CAPÍTULO 2 ..... 13**

MANEJO DA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EM IDOSO HOSPITALIZADO: UM RELATO DE CASO CLÍNICO

*Ionara Raquel Alves Carvalho de Sousa*  
*Eane Jucele Linhares Moraes da Silva*  
*Rebeca de Souza Nogueira*  
*Larissa Melo do Nascimento*  
*Marylane Viana Veloso*

#### **CAPÍTULO 3 ..... 21**

ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

*Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão*  
*Marina Lobo Matias*  
*Fernando Rodrigo Correia Garcia*  
*Polyana Sousa dos Santos*  
*Maxwell do Nascimento Silva*  
*Wannessa Rhégia Viégas Cunha Duailibe*

### EIXO II - SAÚDE COLETIVA E EPIDEMIOLOGIA

#### **CAPÍTULO 4 ..... 32**

COBERTURA VACINAL DO HPV QUADRIVALENTE D1 E D2 NA REGIÃO NORDESTE NO PERÍODO DE 2012 A 2017

*Naya Thays Tavares de Santana*  
*Mara Monize Pinheiro Mendes*  
*Terciane Maria Soares*  
*Maysa Aguida Lima Silva*  
*Bruna Furtado Sena de Queiroz*  
*Taciany Alves Batista Lemos*

#### **CAPÍTULO 5 ..... 39**

DENSIDADE DEMOGRÁFICA COMO DETERMINANTE EPIDÊMICO: O CASO DA DENGUE NO ESTADO DE GOIÁS DE 2000 A 2012

*Gabriela Bassani Fahl*  
*Juliana Ramalho Barros*

#### **CAPÍTULO 6 ..... 54**

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO VACINAL DE TRABALHADORES DE EMPRESA PRESTADORA DE SERVIÇO EM DOURADOS/MS

*Christiane Benites Pontes*  
*Cassia Barbosa Reis*  
*Arino Sales do Amaral*

<b>CAPÍTULO 7</b> .....	<b>62</b>
DIFUSÃO DA DENGUE NO AMAZONAS	
<i>Renato Ferreira de Souza</i>	
<b>CAPÍTULO 8</b> .....	<b>71</b>
ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E AS POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL	
<i>Tony José de Souza</i>	
<i>Juliana Fernandes Cabral</i>	
<i>Adila de Queiroz Neves</i>	
<i>José Olímpio dos Santos</i>	
<b>CAPÍTULO 9</b> .....	<b>84</b>
GEOGRAFIA E MEDICINA: PERSPECTIVAS DE INTERDISCIPLINARIDADES NA SAÚDE COLETIVA	
<i>Larissa Cristina Cardoso dos Anjos</i>	
<i>Adorea Rebello da Cunha Albuquerque</i>	
<i>Antonio de Padua Quirino Ramalho</i>	
<i>Rafael Esdras Brito Garganta da Silva</i>	
<b>CAPÍTULO 10</b> .....	<b>101</b>
PLANEJAMENTO EDUCATIVO EM SAÚDE COLETIVA: FUNDAMENTADO NO MÉTODO DIALÉTICO DE PAULO FREIRE	
<i>Andréa Kedima Diniz Cavalcanti Tenório</i>	
<i>Ladjane do Carmo de Albuquerque Araújo</i>	
<b>CAPÍTULO 11</b> .....	<b>108</b>
SAÚDE INDÍGENA E A INTERFACE COM AS POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO DA TUBERCULOSE	
<i>Tony José de Souza</i>	
<i>Marina Atanaka</i>	
<i>José Olímpio dos Santos</i>	
<b>CAPÍTULO 12</b> .....	<b>118</b>
SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS COM O ATENDIMENTO PRESTADO AO PORTADOR DE HIPERTENSÃO NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DO AGRESTE PERNAMBUCANO	
<i>Rosalva Raimundo da Silva</i>	
<i>Wanessa da Silva Gomes</i>	
<b>CAPÍTULO 13</b> .....	<b>132</b>
SPATIAL DISTRIBUTION OF THE LUTZOMYIA (NYSSOMYIA) WHITMANI (DIPTERA: PSYCHODIDAE: PHLEBOTOMINAE) AND AMERICAN CUTANEOUS LEISHMANIASIS (ACL), IN VIEW OF ENVIRONMENTAL CHANGES IN THE STATES OF THE LEGAL AMAZON, BRAZIL	
<i>Simone Miranda da Costa</i>	
<i>Mônica Avelar Figueiredo Mafra Magalhães</i>	
<i>Elizabeth Ferreira Rangel</i>	
<b>CAPÍTULO 14</b> .....	<b>146</b>
ANTICOAGULAÇÃO ORAL E FIBRILAÇÃO ATRIAL: COMPLICAÇÕES RELACIONADAS À TERAPIA E O IMPACTO PARA A SAÚDE	
<i>Ariana Rodrigues da Silva Carvalho</i>	
<i>Alcirley de Almeida Luiz</i>	
<i>Gabriella França Pogorzelski</i>	
<i>Reginaldo dos Santos Passoni</i>	
<i>Letícia Katiane Martins</i>	
<i>Tomás Machado Lacerda</i>	

## EIXO III - SAÚDE BUCAL

### **CAPÍTULO 15** ..... **159**

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE MEDIASTINITE DESCENDENTE NECROSANTE POR INFECÇÃO ODONTOGÊNICA: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE PAÍSES DE PREVALÊNCIA DIVERGENTES

*Josfran da Silva Ferreira Filho*  
*Caio Furlan Monteiro Moura*  
*Adjair Jairo de Souza*  
*Breno Souza Benevides*  
*Mariana Canuto Melo de Souza Lopes*  
*Mário Igor Pessoa Serpa Damasceno*  
*Isadora Cristina Rameiro da Silva*  
*Sormani Bento Fernandes de Queiroz*  
*Fabrcio Bitu Sousa*

## EIXO IV - PESQUISA

### **CAPÍTULO 16** ..... **168**

GABAPENTINA REVERTE PARÂMETROS INFLAMATÓRIOS NA COLITE INDUZIDA POR ÁCIDO ACÉTICO EM CAMUNDONGOS

*José Victor do Nascimento Lima*  
*Cynthia Maria Carvalho Pereira*  
*Diva de Aguiar Magalhães*  
*Stefany Guimarães Sousa*  
*Tarcisio Vieira de Brito*  
*Jalles Arruda Batista*  
*André Luiz dos Reis Barbosa*

### **CAPÍTULO 17** ..... **180**

ISOPULEGOL APRESENTA AÇÃO ANTI-INFLAMATÓRIA EM ROEDORES

*Deyna Francélica Andrade Próspero*  
*Itamara Campelo dos Santos Miranda*  
*Camila Leyelle Sousa Neves Rocha*  
*Everton Moraes Lopes*  
*Rômulo Barros dos Santos*  
*Adriana Cunha Souza*  
*Antônio Carlos dos Reis Filho*  
*Aline Raquel de Sousa Ibiapina*  
*Douglas Soares da Costa*  
*Daniele Martins de Sousa Oliveira*  
*Fernanda Regina de Castro Almeida*

### **CAPÍTULO 18** ..... **192**

TOLERÂNCIA E ACEITAÇÃO DA PREPARAÇÃO ALCOÓLICA PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS POR PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

*Mayara Aparecida Passaura da Luz*  
*Debora Cristina Ignácio Alves*  
*Raíssa Ottes Vasconcelos*  
*Maria Aparecida Andriolo Richetti*

## EIXO V – PSICOLOGIA

### **CAPÍTULO 19** ..... **200**

GESTALT-TERAPIA E OBSTETRÍCIA: DIÁLOGOS POSSÍVEIS

*Maysa Milena e Silva Almeida*

*Jadir Machado Lessa  
Bianca Galván Tokuo*

## **EIXO VI - NUTRIÇÃO ESPORTIVA**

### **CAPÍTULO 20 ..... 218**

ANÁLISE DE SÓDIO EM SUPLEMENTOS ALIMENTARES ISOLADO E COMBINADOS EM RELAÇÃO AO PERMITIDO PELA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

*Layane dos Santos Solano  
Ana Paula Gomes da Cunha  
Daniele Alves de Sousa  
Raimundo Nonato Cardoso Miranda Junior*

## **EIXO VII - DIAGNÓSTICO CLÍNICO**

### **CAPÍTULO 21 ..... 222**

CISTO ÓSSEO SIMPLES: CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO-DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA

*Bruno da Silva Gaspar  
Breno Souza Benevides  
Rafael Linard Avelar*

### **SOBRE A ORGANIZADORA ..... 227**

## SAÚDE INDÍGENA E A INTERFACE COM AS POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO DA TUBERCULOSE

### **Tony José de Souza**

Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT),  
Instituto de Saúde Coletiva (ISC), Cuiabá – Mato  
Grosso.

### **Marina Atanaka**

Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT),  
Instituto de Saúde Coletiva (ISC), Cuiabá – Mato  
Grosso.

### **José Olímpio dos Santos**

Faculdades Integradas de Várzea Grande  
(FIAVEC). Impactos Instituto Matogrossense de  
Pós-Graduação e Serviços Educacionais.

**RESUMO:** A assistência à saúde dos indígenas brasileiros foi prestada ao longo da história, inicialmente pela atuação das entidades religiosas, seguidas pela forte intervenção do poder público ainda que consorciados a organizações não governamentais, dando início a era das políticas sociais de saúde como garantia dos direitos humanos. A tuberculose (TB) mantém-se como uma das principais causas de morbimortalidade mundial, apresentando raízes sociais com a pobreza e maior incidência em grupos étnicos minoritários como os indígenas. O presente estudo tem como objetivo estabelecer reflexões sobre as políticas de saúde indígena no Brasil e a interface destas no controle da tuberculose. A pesquisa foi realizada por meio de revisão bibliográfica,

sendo percorridas as seguintes etapas: seleção das fontes de informações: livros, publicações oficiais, tese, monografias e artigos científicos acessados nas bases de dados SCIELO, LILACS e MEDLINE; leitura aprofundada das fontes selecionadas; e elaboração das reflexões do estudo. As escassas políticas de saúde indígena geraram ao longo do tempo acúmulo de insatisfação por partes das diversas etnias e entidades governamentais e da sociedade civil de defesa dos direitos indígenas. A década de 80 registra mudanças abruptas nas políticas de saúde indígena marcadas por fortes influências do movimento da reforma sanitária, sendo implantado oficialmente em 1999, o Subsistema de atenção à saúde indígena. No entanto, as dificuldades de implementação e operacionalização do referido modelo de atenção à saúde destes povos tem propiciado a cadeia de manutenção de diversas patologias, dentre elas a TB que ano após ano, apresenta índices elevados de incidência e óbitos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Políticas de Saúde, Tuberculose, Indígenas, Brasil

**ABSTRACT:** The health care of Brazilian natives was provided throughout history, initially by the religious organizations, followed by the strong intervention of the public power, even though they consorted with non-governmental organizations, beginning the era of social health

policies as a guarantee of human rights .Tuberculosis (TB) remains one of the main causes of worldwide morbidity and mortality, showing social roots with poverty and a higher incidence in ethnic minority groups such as indigenous people. The present study aims to establish reflections on indigenous health policies in Brazil and their interface in the control of tuberculosis. The research was carried out by means of a bibliographic review. The following steps were followed: selection of information sources: books, official publications, thesis, monographs and scientific articles accessed in the databases SCIELO, LILACS and MEDLINE; thorough reading of selected sources; and elaboration of the reflections of the study. The scarce indigenous health policies have generated over time the accumulation of dissatisfaction among the various ethnic groups and governmental entities and civil society in defense of indigenous rights. The 1980s saw abrupt changes in indigenous health policies marked by strong influences from the health reform movement, and the Subsystem for Indigenous Health Care was officially implemented in 1999. However, the implementation and operationalization difficulties of this health care model have led to the chain of maintenance of several pathologies, among them TB that year after year has high incidence rates and deaths.

**KEYWORDS:** Health Policies, Tuberculosis, Indigenous, Brazil

## INTRODUÇÃO

Os indígenas antes da chegada dos portugueses ao Brasil usufruíam saberes e práticas próprias de lidar com as enfermidades. Com o processo de colonização foram introduzidas doenças até então desconhecidas entre essas populações (VERANI, 1999). Durante o processo de apropriação das terras indígenas se estabeleceram no país padres jesuítas e colonos infectados pela TB. O contato direto e contínuo dos doentes com os índios proporcionou o adoecimento e a morte de muitos nativos. Sugere-se que o Padre Manuel da Nóbrega, chegado ao Brasil em 1.549, tenha sido o primeiro indivíduo conhecido portador de tuberculose no país (CAMPOS, R.& PIANTA C, 2.001).

No início do século XVI a população indígena do Brasil foi praticamente dizimada pelas epidemias de doenças infecciosas como a tuberculose (BRASIL, 2002). A tuberculose (TB) ao longo dos séculos XX e XXI tem-se constituído um grande desafio para os serviços de saúde, principalmente os públicos e vários fatores de origem socioeconômico e cultural influenciam o processo de adoecimento. Apresenta incidência elevada nos indígenas e atualmente ocasiona elevado número de óbitos nestas populações.

As políticas sociais do Estado Brasileiro dirigidas aos indígenas foram caracterizadas ao longo da história, inicialmente pela atuação das entidades religiosas, seguidas pela forte intervenção do poder público ainda que consorciados a organizações não governamentais. No setor saúde pública os órgãos responsáveis pela execução das políticas sofreram com a falta de recursos humanos, financeiros e

materiais para o desenvolvimento das ações e serviços, resultando em assistência de má qualidade, descontinuada e centrada na destruição de medicamentos (GARNELO, 2012; GARNELO, MACEDO & BRANDÃO, 2013).

As inconformidades da política de saúde indígena executada no século XX geraram ao longo do tempo acúmulo de insatisfação por partes das diversas etnias e entidades governamentais e da sociedade civil de defesa dos direitos indígenas. Produzindo reivindicações por mudanças nas ações do governo e suscitando a necessidade da criação de um modelo de atenção à saúde que contemplasse as especificidades dos povos indígenas do Brasil (GARNELO, MACEDO & BRANDÃO, 2003).

A década de 80 registra mudanças abruptas nas políticas de saúde indígena marcadas por fortes influências do movimento da reforma sanitária, em 1986 é realizada a Iª Conferência destinada ao debate sobre a saúde dos povos indígenas, sendo esta o marco inicial do princípio de atenção diferenciada. Em 1988 é promulgada a nova Constituição Federal que reconhece uma série de direitos indígenas e versa ainda sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Criado e implantado oficialmente em 1999, o Subsistema de atenção à saúde indígena (Sasi) nasceu com a responsabilidade de prestar atendimento a toda população aldeada em terras indígenas obedecendo aos princípios do SUS, no entanto dificuldades estruturais, escassez de recursos humanos e financeiros dificultam a implementação deste subsistema na atualidade (SANTOS et al., 2013).

A tuberculose constitui-se um grande desafio para os serviços de saúde, principalmente os públicos e vários fatores de origem socioeconômico e cultural influenciam o processo de adoecimento. A diversidade sociocultural dos povos indígenas está relacionada com a maneira de viver, de se situar no mundo e com a organização da vida social destas populações. Neste sentido, abordar a temática saúde das populações indígenas demanda conhecer e valorizar seus modos de vida e adoecer, reconhecendo o contexto social como potencial influenciador neste processo saúde-doença. Diante do exposto, o objetivo deste estudo é estabelecer reflexões sobre as políticas de saúde indígena no Brasil e a interface destas no controle da tuberculose.

## **METODOLOGIA**

O trabalho desenvolvido seguiu os preceitos do estudo exploratório, por meio de uma revisão bibliográfica. Para realização do estudo foram percorridas as seguintes etapas: 1ª etapa (fonte das informações): a) livros que abordavam a temática saúde e saúde indígena, publicados em língua portuguesa no período de 1994 a 2008; b) Artigos científicos sobre a temática saúde e doença, políticas de saúde, políticas de saúde indígena e tuberculose em indígenas, acessados nas bases de dados SCIELO, LILACS e MEDLINE, publicados nas últimas décadas; c) publicações oficiais do

ministério da saúde sobre tuberculose, saúde indígena e políticas de saúde; d) Teses e dissertações sobre saúde e doença, políticas públicas e determinantes sociais da saúde. Para seleção das fontes, para a seleção das fontes, foram considerados como critério de inclusão as bibliografias que abordassem as temáticas: processo saúde e doença, políticas de saúde, políticas de saúde indígena, e tuberculose em indígenas. Foram excluídas as referências que não abordavam as temáticas que dão sustentação ao presente estudo. 2ª etapa (leitura das referências): A coleta de dados seguiu a seguinte premissa: a) leitura exploratória do material selecionado com a finalidade de verificar se a obra consultada era de interesse para o trabalho; b) leitura aprofundada das fontes selecionadas com a finalidade de ordenar e resumir as informações contidas nas fontes, de forma que estas possibilitassem na construção das reflexões objetivadas pelo estudo. 3ª etapa (elaboração das reflexões do estudo): As categorias que emergiram na etapa anterior foram discutidas por meio de reflexões alicerçadas nos conceitos das ciências sociais e humanas em saúde com base nas referências utilizadas para a construção do estudo.

## **A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS SOCIAIS DE SAÚDE INDÍGENA E A INTERFACE COM A TUBERCULOSE**

A população indígena do Brasil estimada em cerca de 5 milhões de pessoas no início do século XVI, comparável à da Europa nesta mesma época, foi praticamente dizimada pelas epidemias de doenças infecciosas como a tuberculose. A assistência à saúde dos povos indígenas desde a colonização era realizada por missões religiosas. Somente no início do século XX, inicia-se a atuação direta das instituições públicas nas ações e serviços de saúde destinados a estes povos, através da formulação e implementação de políticas sociais (BRASIL, 2002).

Em 1910 foi criado o Serviço de Proteção aos Índios (SPI), comandado por Marechal Rondon. O SPI era vinculado ao Ministério da Agricultura, destinado a proteger os índios, no entanto, as ações resumiam-se a prestação de serviços emergenciais e pacificação de etnias (BRASIL, 2012; BRASIL, 2002). Na década de 1950 foi criado o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), vinculado ao MS, com objetivo de levar ações básicas às populações indígenas em áreas de difícil acesso e suas ações eram voltadas especificamente para a imunização, atendimento odontológico, controle de tuberculose e outras doenças transmissíveis (BRASIL, 2012).

Em 1967 em substituição a SPI, foi estabelecida a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), devido às pressões das lideranças indígenas de diversas etnias. A FUNAI estabeleceu um modelo de assistência à saúde com Equipes Volantes de Saúde (EVSS) visando ofertar ações e serviços às populações indígenas (VARGA & ADORNO, 2001).

A atenção primária à saúde era oferecida nas aldeias e centrada na distribuição de medicamentos. O apoio nas cidades ofertado pelas Casas do Índio (CASAI) que

abrigavam os indígenas durante tratamento médico.

A FUNAI passou por uma fase de grande instabilidade, sobretudo na década de 80 e 90 com diversas mudanças políticas e estruturais e o atendimento à saúde nas terras indígenas tornou-se descontinuado e ineficaz (SANTOS et al.,2013).

A partir dos anos 80, observam-se mudanças substanciais nas bases ideológicas das políticas públicas voltadas para os povos indígenas, especialmente o fim do regime militar e a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 que trouxe avanços significativos para o setor saúde. Ainda em 86, foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio em 1986 com a presença de lideranças de várias etnias indígenas, órgãos públicos e organizações da sociedade civil para discutir diretrizes relativas à Saúde do Índio, sendo esta o movimento inicial do princípio de atenção diferenciada pela situação multicultural apresentada por estes povos (SANTOS et al.,2013; BRASIL, 1986).

A Constituição Brasileira (CF) de 1988 reconhece uma série de direitos dos povos indígenas apresentados em capítulo específico (VARGA & ADORNO, 2001). A CF ainda definiu os princípios gerais do sistema público de saúde, regulamentado posteriormente pela Lei nº 8.080/1990 que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), fruto da reforma sanitária. O SUS trouxe consigo a responsabilidade de ofertar atenção à saúde de qualidade para todos os grupos populacionais que habitam no país. O SUS nasce como uma política de proteção social, orientada para a redução das desigualdades sociais (ESCOREL, 2008; FLEURY & OUVENEY, 2008).

Até o início da década de 1990, a política indigenista de saúde estava a cargo da FUNAI, no entanto, em fevereiro de 1991, o Decreto Presidencial nº 23 transferiu as responsabilidades para o ministério da saúde. Foi então criada, no MS a Coordenação de Saúde do Índio – COSAI (GARNELO, MACEDO & BRANDÃO, 2003; BRASIL, 2002). A resolução 11, de 13 de outubro de 1991, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), criou a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), sendo sua atribuição assessorar o CNS na elaboração de princípios e diretrizes de políticas governamentais no campo da saúde indígena (BRASIL, 2012).

Em 1996 diante da forte pressão da OMS pela redução do número de casos de Tuberculose, o MS elaborou o Plano Emergencial de Combate à Tuberculose. O plano trouxe como recomendação a implantação do tratamento supervisionado e a necessidade de vigilância permanente da TB nos grupos vulneráveis como os indígenas, no entanto tal medida é oficializada apenas em 1999 por intermédio do Plano Nacional de Controle da Tuberculose – PNCT (BRASIL, 2002).

O PNCT foi uma importante política social estatal de enfrentamento da TB, pois reconhece a importância de horizontalizar o combate a TB, estendendo-o para todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disto, o PNCT enfatiza a necessidade do envolvimento da sociedade civil organizada e gestores das distintas instâncias governamentais, parcerias com organismos nacionais e internacionais na prevenção e combate à TB, sobretudo em grupos vulneráveis (BRASIL, 2002).

A necessidade de ofertar aos povos indígenas uma atenção diferenciada à saúde apontada anteriormente conferência de proteção à saúde do índio aliada com o contexto da reforma sanitária e políticas como o plano nacional de controle da tuberculose, inicia-se um processo que culminou em 1999, com a aprovação da lei n. 9.836 (Lei Arouca), que instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS. Esse subsistema passou a responder pelas ações básicas de saúde nas áreas indígenas, de acordo com as diretrizes do SUS, devendo, portanto, se articular de forma hierarquizada e integrada aos demais níveis de complexidade do sistema de saúde (SANTOS et al., 2013).

O subsistema foi organizado segundo a proposta dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), caracterizados como uma rede de serviços capaz de oferecer cuidados de atenção primária (promoção da saúde e prevenção de doenças) a população aldeada em terras indígenas (SANTOS et al., 2008). Gradualmente o subsistema foi sendo estruturado, tendo como órgão gestor o Ministério da Saúde, o qual repassou para Fundação Nacional de Saúde (Funasa), a responsabilidade pela gestão e execução das ações de saúde. (SANTOS et al., 2013).

A FUNASA um órgão do governo federal, dispunha de poucos servidores para desenvolver atividades nas terras indígenas optou pela terceirização das ações e serviços nas aldeias, por meio da celebração de convênios com prefeituras municipais, organizações indígenas e outras entidades não governamentais que assumiram a responsabilidade pela totalidade da execução dos serviços de saúde em áreas indígenas. Apoiada na terceirização, em poucos meses, entre 1999 e 2000, a FUNASA implantou 34 Distritos Sanitários, em todas as regiões do país (GARNELO, 2012).

Aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, com propósito de 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. Dentre as prioridades estabelecidas pela política estava o controle da Tuberculose nas populações indígenas (BRASIL, 2012).

Diante de inúmeras pressões de lideranças indígenas em 2010 foi publicado o decreto Nº 7.336 do Ministério da Saúde formalizando a decisão governamental de repassar a gestão do subsistema de saúde indígena para a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) que recebeu as atribuições anteriormente desenvolvidas pela FUNASA. A criação da SESAI representou um avanço na efetivação dos direitos dos povos indígenas a atenção à saúde diferenciada (GARNELO, 2012).

Segundo a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) hoje, no Brasil, vivem 817.963 mil índios, cerca de 0,4% da população brasileira (FUNAI, 2015). Estudos demonstram que nas últimas décadas ocorreu um processo de transição epidemiológica, onde é possível observar além da permanência das doenças infecciosas e parasitárias, a emergência de doenças crônicas não transmissíveis (SANTOS et al., 2008). Entretanto, as doenças infectocontagiosas com a Tuberculose continuam apresentando incidência

e prevalência elevada nas populações indígenas se comparadas com as não indígenas (MALACARNE, 2013).

No Brasil, no período de 2005 a 2014 foram diagnosticados, em média, 73 mil casos novos de tuberculose por ano, e em 2013, ocorreram 4.577 óbitos. Os índios têm três vezes mais riscos de contrair a doença, em relação à população em geral (BRASIL, 2015). Mesmo que fatores de ordem biológica desempenhem papel diferenciado na determinação do perfil epidemiológico da tuberculose em populações indígenas, não se pode excluir ou subestimar o papel primordial exercido por fatores socioeconômicos (ESCOBAR et al., 2001). Os indígenas compartilham com as demais minorias a condição de desiguais numa sociedade em que a condição de classe social é estrutural e estruturante das relações sociais historicamente instituídas (BARROS, 2003).

Os povos indígenas no Brasil apresentam uma enorme diversidade sociocultural e étnica. A população indígena representa 0,4% da população, fala 274 línguas, é composta por 305 etnias e vive em 80,5% dos municípios brasileiros (IBGE, 2014). Apresentam uma enorme diversidade sociocultural e étnica, uma vez que vivem em espaços geográficos, sociais e políticos distintos. Deste modo, podemos concluir que não existe identidade cultural indígena única, mas sim diversas identidades que coexistem e convivem de forma harmoniosa, facultando e enriquecendo as várias maneiras possíveis de indianidade, brasilidade e humanidade (LUCIANO, 2006).

O cuidado ao indígena com tuberculose requer uma atenção integral, sistematizada e continua indo desde a perspectiva do tratamento/cura até a compreensão social e cultural do adoecimento (LIMA et al., 2014). A arte da assistência à saúde não pode reduzir-se à mera manipulação de objetos. Cuidado para com o outro concretizado através de atitudes de respeito, escuta e acolhimento da sua singularidade e de seu sofrimento. Não implica a negação dos saberes e conhecimentos já construídos no campo da saúde, mas, antes, a necessidade de expansão das ações rumo ao diálogo para podermos, de fato, caminhar em direção à melhoria do cuidado no campo dos serviços públicos de saúde.

## CONCLUSÕES

As políticas sociais de saúde voltadas para os indígenas avançaram de forma significativa no decorrer dos séculos XX e XXI passando de um modelo meramente campanhista para um modelo de atenção que contemple as suas especificidades de saúde respeitando os aspectos socioculturais das diversas etnias. Contudo as dificuldades de implementação e operacionalização do referido modelo de atenção à saúde destes povos tem propiciado a cadeia de manutenção de diversas patologias, dentre elas a TB que ano após ano, apresenta índices elevados de incidência e óbitos.

O reconhecimento das sociedades indígenas como detentoras de direitos e

demandas específicas em saúde, deve ser assegurado pelo Estado e sociedade por meio da formulação e execução de políticas públicas alicerçadas nos princípios da acessibilidade, universalidade, equidade, acolhimento, resolutividade, territorialidade e valorização da dignidade humana. A implementação das políticas sociais existentes e das futuras, por meio do subsistema demanda urgentemente da ampliação das equipes, expansão do número de unidades básicas de saúde nas aldeias, fortalecimento dos fluxos de referência e contra referência e, sobretudo melhorias das condições socioeconômicas destes povos aliadas com a preservação da identidade cultural, modos de viver/adoecer são ações fundamentais para o controle da Tuberculose em populações indígenas.

Práticas de saúde pautadas no vínculo e acolhimento humanizado, compreensão do indígena como indivíduo biopsicoespiritual detentor de cultura, experiências, práticas e saberes distintos do nosso são premissas básicas essenciais no processo de atenção à saúde indígena. Não existe um caminho mais curto para eliminação da TB em indígenas. Cruel e desumano seria responsabilizar os índios pela perpetuação da cadeia de transmissão desta patologia, como frequentemente ocorre. Talvez o caminho mais justo, humano, solidário, porém, com inúmeros desafios é o do reconhecimento das distintas identidades indígenas, incorporação de práticas dos serviços de saúde que valorizem essa imensidão cultural sobre o processo saúde-doença-cuidado e a inserção dentro deste universo de melhores condições de habitação, alimentação, saneamento, higiene e outras ações que favoreçam o desenvolvimento das sociedades indígenas.

Cultura, desigualdades sociais/ saúde, e alteridade são alguns dos conceitos que as Ciências Sociais em Saúde trazem em seus discursos e abordagens. Estas conceitualizações nos permite tecer valiosas reflexões a respeito do processo saúde-doença-cuidado, sobretudo em grupos étnico/racial ou grupos minoritários como os indígenas. Compreender cultura, desigualdades em saúde e alteridade são premissas extremamente importante para melhor compreensão das experiências, valores e significados atribuídos ao processo saúde-doença e também permite aprofundarmos na análise das questões de ordem social, econômica, política e cultural que exercem grande influência e impacto nos modos de ser, viver, adoecer e morrer das populações indígenas.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio**. Tema específico da 8ª Conferência Nacional de Saúde. [internet] 1986. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/1cnsi.pdf>. Acesso em 25 de Maio de 2015.

\_\_\_\_\_. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas** - 2ª edição – Brasília (DF); 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). **Subsistema de Saúde Indígena: onde estamos e para onde vamos**. 2012. Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/apres\\_cs\\_ssssi.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/apres_cs_ssssi.pdf)/Acesso em 30 de Maio de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI)**. 2015. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/sesai/>Acesso em 30 de Maio de 2015.

BARROS, P. E. **Saúde indígena: a invisibilidade como forma de exclusão**. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R.M.G.; GOMES, M.H.A. (org). O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003, p.224-238.

CAMPOS, R.; PIANTA, C. **Tuberculose: histórico, epidemiologia e imunologia, de 1990 a 1999, e co-infecção TB/HIV, de 1998 a 1999, Rio Grande do Sul - Brasil**. Bol. Saúde, v. 15, 2001, p.61-71.

ESCOBAR, A.L.; COIMBRA JR, C.E.A.; CAMACHO, L.A. PORTELA M.C. **Tuberculose em populações indígenas de Rondônia, Amazônia, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, v.17, n. 2, 2001, p. 285-298.

SCOREL S, MOREIRA MR. **Participação social**. In: GIOVANELLA L. et al. (Orgs.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 1, pp. 979-1010, 2008.

FLEURY S, OUVENEY A. M. **Política de Saúde: uma Política Social**. In: GIOVANELLA L, SCOREL S, LOBATO LVCL, NORONHA JC, CARVALHO AI. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008: 23 – 64.

FUNAI. Fundação Nacional do Índio. [homepage na internet]. Disponível em <http://www.funai.gov.br>. Acesso em 27 de Janeiro de 2018.

GARNELO L, PONTES AL (Orgs.). **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: MEC-SECADI, 2012.

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

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indígenas [Internet]. Rio de Janeiro. 2014. Disponível em: <http://indigenas.ibge.gov.br/> Acesso em 19 de Maio de 2018.

KRITSKI AL, VILLA TS, TRAJMAN A, SILVA JRL, MEDRONHO R, RUFFINO-NETO A. **Dois décadas de pesquisa em tuberculose no Brasil: estado da arte das publicações científicas**. Rev. Saúde Pública. 2007;41:9-14.

LIMA, L.M.; CARDOZO-GONZALES, R.I.; SCHUWARTZ, E.; COSTA, L.M.; BEDUHN, D.A.V.; TOMBERG, J. **Estigma e tuberculose: olhar dos agentes comunitários de saúde**. Cuid salud, v. 1, n 1, 2014, p.1-8.

LONNROTH K, CASTRO KG, CHAKAYA JM, CHAUHAN LS, FLOYD K, GLAZIOU P, ET AL. **Tuberculosis control and elimination 2010-50: cure, care and social development**. The Lancet. 2010; 375 (9728): 1814-1829.

MAHER D, RAVIGLIONE M. **Por qué se necesita un sistema de comunicación y registro y cuál se recomienda?** In: Frieden, T.R. (org). Tuberculosis: detección de casos, tratamiento y vigilancia. Washington: OPAS; 2006.

MALACARNE J. **Tuberculose na população indígena de Rondônia: caracterização do acesso aos serviços de saúde e diagnóstico situacional entre os Wari da aldeia Igarapé Ribeirão.** Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

RAVIGLIONE M. et al. **Scaling up interventions to achieve global tuberculosis control: progress and new developments.** Lancet. 2012;379(9829):1902–1913.

SANTOS RV, CARDOSO AM, GARNELO L, COIMBRA JR CEA, CHAVES MBG. **Saúde dos Povos Indígenas e Políticas Públicas no Brasil.** In: G, L.; E, S.; L, L.V.C.; N, J. C.; C, A. I. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Cebes; 2008.

SANTOS SC, MARQUES AMC, OLIVEIRA RL, CUNHA RV. **Diagnóstico da tuberculose em indígenas menores de quinze anos por meio de um sistema de pontuação em Mato Grosso do Sul.** J Bras Pneumol. 2013; 39(1):84-91.

VARGA IVD, ADORNO RCF. **Terceirizando a indianidade? Sobre a política nacional de saúde para os povos indígenas aos “500 anos”.** Revista de Direito Sanitário. 2001; 2(1): 9-26.

WHO. World Health Organization. **Global Tuberculosis Report,** Geneva, 2012.

## **SOBRE A ORGANIZADORA**

### **DANIELA GASPARDO FOLQUITTO**

Coordenadora do curso de farmácia das Faculdades Integradas dos Campos Gerais – CESCAGE. Docente no curso de farmácia nas disciplinas de Botânica, Farmacognosia e Estágio Supervisionado em Análises Clínicas, Bacharel em Farmácia-Bioquímica pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), Especialista em Farmácia Hospitalar (IPH-SP) e Especialista em Microbiologia Clínica (PUC-PR) Mestre e Doutoranda em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Possui experiência com o desenvolvimento de pesquisas na área de fitoquímica.

---

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-85107-19-2



9 788585 107192