

## **A busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose, no cenário indígena potiguara, Paraíba, Brasil<sup>1</sup>**

Rafaela Gerbasi Nóbrega<sup>2</sup>  
Jordana de Almeida Nogueira<sup>3</sup>  
Antonio Ruffino Netto<sup>4</sup>  
Lenilde Duarte de Sá<sup>5</sup>  
Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva<sup>5</sup>  
Tereza Cristina Scatena Villa<sup>6</sup>

Procurou-se analisar as ações de busca ativa de sintomáticos respiratórios (SR) para o controle da tuberculose (TB), no Distrito Sanitário Especial Indígena Potiguara, na Paraíba, Brasil, no período de maio a junho de 2007. Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, foram reunidos 23 profissionais entre médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes indígenas de saúde. Utilizou-se a técnica de grupo focal como instrumento de coleta de dados, cujo tratamento fundamentou-se na técnica de análise de discurso. Evidenciaram-se debilidades de natureza operacional, relacionadas à organização do serviço de saúde local para a implantação de rotinas de diagnóstico para a TB: ausência de rotina sistematizada para a busca de SR, dificuldades na organização do material para exame bacteriológico, abordagem inadequada ao paciente, durante a coleta do escarro, e insuficiente capacitação profissional. Julga-se necessário melhorar a organização dos serviços para a detecção precoce dos casos de TB, no cenário indígena local.

Descritores: Tuberculose; População Indígena; Serviços de Saúde.

<sup>1</sup> Artigo extraído da dissertação de mestrado "As ações de controle da tuberculose desenvolvidas pelas equipes de saúde indígena da Paraíba: análise da dimensão de coordenação", apresentada a Universidade Federal da Paraíba, PB, Brasil.

<sup>2</sup> Mestre em Enfermagem, Professor, Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ, PB, Brasil. E-mail: rafaelagerbasi@yahoo.com.br.

<sup>3</sup> Doutor em Enfermagem, Professor, Universidade Federal da Paraíba, PB, Brasil. E-mail: jal\_nogueira@yahoo.com.br.

<sup>4</sup> Médico, Professor Titular, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, SP, Brasil. Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (REDE-TB). E-mail: aruffino@fmrp.usp.br.

<sup>5</sup> Doutor em Enfermagem, Professor Associado, Universidade Federal da Paraíba, PB, Brasil. E-mail: Lenilde - lenilde\_sa@yahoo.com.br, Ana Tereza - anatmc8@yahoo.com.br.

<sup>6</sup> Enfermeira, Doutor em Enfermagem, Professor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, SP, Brasil. E-mail: tite@eerp.usp.br.

Endereço para correspondência:

Rafaela Gerbasi Nóbrega  
Rua Luiz Lianza, 240, Ap. 203  
Bairro Torre  
CEP: 58040-660 João Pessoa, PB, Brasil.  
E-mail: rafaelagerbasi@yahoo.com.br

## **The Active Search for Respiratory Symptomatics for the Control of Tuberculosis in the Potiguara Indigenous Scenario, Paraiba, Brazil**

This study sought to analyze the actions of an active search for respiratory symptomatics (RSs) in the control of tuberculosis (TB) in the Potiguara Special Indigenous Sanitary District, Paraiba, Brazil, between May and June 2007. After approval by the Research Ethics Committee, 23 professionals were grouped, including physicians, nurses, nurse technicians and indigenous health agents. The focus group technique was used as an instrument for data collection, based on the discourse analysis technique. Weaknesses of an operational nature that became apparent, related to the organization of local health service for the implementation of routines for diagnosing TB: absence of a systematic routine for searching for RSs, difficulties in organizing the material for bacteriological examination, inadequate approach to patient during sputum collection and inadequate professional training. It is deemed necessary to improve the organization of services for early detection of TB cases in the local indigenous scenario.

Descriptors: Tuberculosis; Indigenous Population; Health Services.

### **La búsqueda activa de sintomáticos respiratorios para el control de la tuberculosis en el escenario indígena Potiguara, estado de Paraíba, Brasil**

Este estudio analiza las acciones de la búsqueda activa de sintomáticos respiratorios (SR) para el control de la tuberculosis (TB) en el Distrito Sanitario Especial Indígena Potiguara, en Paraíba, Brasil, en el período de mayo a junio de 2007. Después de aprobado por el Comité de Ética en Investigación, fueron reunidos 23 profesionales, entre médicos, enfermeros, técnicos de enfermería y agentes indígenas de la salud. Se utilizó la técnica de grupo focal como instrumento de recolección de datos, cuyo tratamiento se fundamentó en la técnica de análisis de discurso. Se evidenciaron debilidades de naturaleza operacional, relacionadas a la organización del servicio de salud local para la implantación de rutinas de diagnóstico para la TB, que fueron: ausencia de una rutina sistematizada para la búsqueda de SR, dificultades en la organización del material para examen bacteriológico, abordaje inadecuado al paciente durante la recolección del esputo, e insuficiente capacitación profesional. Se juzga necesario mejorar la organización de los servicios para la detección precoz de los casos de TB en el escenario indígena local.

Descritores: Tuberculosis; Población Indígena; Servicios de Salud.

## **Introdução**

A tuberculose (TB) permanece como problema de saúde pública de grande magnitude entre as populações indígenas. Segundo estimativas da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), a incidência de TB entre indígenas que, em 2002, atingira o pico de 210,3/100 mil habitantes, recuou para 60,9/100 mil habitantes em 2007<sup>(1)</sup>. Contudo, esse percentual ainda supera a média nacional que atinge, atualmente, cerca de 39/100 mil habitantes, segundo estimativas do Ministério da Saúde<sup>(2)</sup>.

Paradoxalmente, dados registrados no Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Potiguara, referentes

ao livro *Registro e Controle do Tratamento dos Casos de Tuberculose*, conforme as normas do Programa Nacional de Controle da Tuberculose do Ministério da Saúde (PNCT/MS), apontam o baixo padrão endêmico para a TB na população potiguara, revelando que, no período de 2004 a 2008, ocorreram apenas doze casos diagnosticados na população indígena local, resultando em coeficiente de incidência médio de 21,7/100 mil habitantes.

Dados da literatura<sup>(3)</sup> enfatizam que os elevados padrões endêmicos para a TB na população indígena

envolvem as etnias mais isoladas e podem estar relacionados ao contato recente dessas com a população branca do país. No que se refere à população potiguara, o contato com a sociedade não indígena remonta ao início da colonização<sup>(4)</sup>, sugerindo contato antigo com o bacilo de Koch, o que não implica considerar que a TB esteja ausente do cenário indígena local, mas que não promove a dizimação ou a extinção do grupo, como ainda acontece em outras regiões do Brasil<sup>(5)</sup>.

O DSEI Potiguara situa-se em três áreas contíguas dos municípios de Rio Tinto, Marcação e Baía da Traição, na Paraíba. Esses municípios englobam a população indígena oficialmente reconhecida nesse Estado, reunindo cerca de 11.763 indivíduos\*, sendo uma das maiores do Brasil e do Nordeste etnográfico. Essa população se encontra distribuída em 26 aldeias, situadas em terras indígenas dos referidos municípios<sup>(4)</sup>.

A rede de serviços de atenção básica de saúde do DSEI Potiguara é articulada ao SUS, desenvolvendo ações previstas no Plano Distrital, incluindo o controle da TB<sup>(4)</sup>. A implantação do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) nos DSEIs intensificou as ações de controle nas populações indígenas, tais como diagnóstico precoce, busca ativa de comunicantes e realização do tratamento supervisionado<sup>(1)</sup>. A operacionalização dessas ações é o ponto de partida para melhorias no controle da doença, tratando-se de atividade preconizada pelo Ministério da Saúde, principalmente no que se refere aos grupos vulneráveis, como é o caso dos indígenas.

Os indicadores desfavoráveis para o controle da TB na população potiguara, contudo, despertam uma série de reflexões acerca dos prováveis motivos que possam estar colaborando para a permanência desse quadro ao longo dos anos. Entre eles se destacam a subnotificação de casos, muitas vezes associada à não realização da busca ativa de casos novos como prática sistemática do serviço de saúde, bem como a omissão na busca de comunicantes e na realização de exames dos sintomáticos respiratórios (SR). Essas dificuldades estão relacionadas ao serviço de saúde e colaboram, igualmente, para a permanência da TB entre populações indígenas que reúnem elevados índices da doença<sup>(3)</sup>.

Acredita-se que muitos casos de TB não estejam sendo diagnosticados, seja pelo fato de os usuários não terem acesso aos serviços de saúde, ou devido ao fato de os profissionais de saúde não estarem atentos aos SRs<sup>(6)</sup>. Logo, a busca ativa de SR e contatos deve ser atitude permanente e incorporada à rotina de atividades de todos os membros das equipes de saúde, tendo em

vista que a detecção precoce dos casos de TB é uma das prioridades contempladas no PNCT.

Considerando os achados envolvendo a TB já documentados nesse periódico<sup>(7-11)</sup>, o presente estudo traz uma nova contribuição sobre a temática, haja vista a escassez de artigos publicados sobre a TB em populações culturalmente diferenciadas. Essa pesquisa teve como objetivo analisar as ações de busca ativa de SR para o controle da TB, na rotina de serviços das equipes de saúde indígena do DSEI Potiguara.

## Percurso metodológico

O estudo de abordagem qualitativa foi desenvolvido no DSEI Potiguara, Estado da Paraíba, no período de maio a junho de 2007. Participaram do estudo 23 profissionais de saúde entre médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes indígenas de saúde (AIS), pertencentes a três equipes de saúde distintas. Nesse contexto, o AIS tem o papel de realizar a busca de SR durante as visitas, utilizando elementos não incorporados ao protocolo de busca de sintomáticos, como formulários para identificar os sinais e sintomas da TB, entregando os recipientes para coleta do escarro, quando necessário.

Para a obtenção dos dados, foram realizados três grupos focais em momentos distintos, reunindo, respectivamente, sete, cinco e onze profissionais de cada município envolvido no estudo. O instrumento norteador da discussão partiu de um roteiro contendo uma lista de temas relacionados à identificação dos SRs na rotina do serviço, insumos, fluxo laboratorial, acompanhamento dos comunicantes e capacitação profissional.

O grupo focal é uma técnica de pesquisa que permite a obtenção de dados de natureza qualitativa, a partir de sessões grupais, em que quatro a doze pessoas que compartilham um traço em comum discutem vários aspectos de um tema específico, contando com a presença de um moderador e de um relator<sup>(12)</sup>.

Após as transcrições dos depoimentos, os mesmos foram decompostos e organizados em textos cujas linhas foram numeradas. Na sequência, foi realizada a identificação de temas relacionados ao objeto de estudo, seguida do agrupamento dos temas coincidentes, permitindo a formação de blocos de significados que orientaram a construção da categoria empírica: *a necessidade de busca ativa de casos de TB na população indígena e as debilidades dessa prática, na atualidade*. Na análise dos depoimentos, os sujeitos do estudo foram

\* Dados fornecidos pelo DSEI Potiguara, relativos ao censo indígena do ano 2008.

representados pela letra "S", seguidos da numeração relativa aos mesmos e as linhas correspondentes aos seus depoimentos. Para a interpretação do material produzido, foi utilizada a técnica de análise de discurso<sup>(13)</sup>.

Foram consideradas nessa investigação, além das exigências éticas indicadas na Resolução 196/96, que contém as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, as determinações da Resolução 304/2000, no que diz respeito à temática especial "populações indígenas"<sup>(14)</sup>. O projeto que deu origem a esta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, em 28/2/2007, sob Protocolo nº891/07.

## Resultados

A partir dos depoimentos sobre a busca ativa de SR no controle da TB no DSEI Potiguara, foi identificada a categoria temática: *a necessidade de busca ativa de casos de TB na população indígena e as debilidades dessa prática, na atualidade*. Assim, serão abordadas as dificuldades associadas a esse grande tema que se apresenta nos depoimentos relacionados à prática profissional e à organização dos serviços de saúde indígena.

### A necessidade de busca ativa de casos de TB na população indígena e as debilidades dessa prática, na atualidade

A busca ativa de SR representa a estratégia inicial para a detecção de casos novos de TB e a primeira dentre as várias ações de controle, indispensáveis para a continuidade da atenção<sup>(9,11)</sup>. Trata-se de atividade que deve ser incorporada pelos profissionais das equipes de saúde, através de busca sistemática de casos suspeitos, na demanda espontânea dos serviços de saúde, durante as visitas domiciliares, em grupos específicos (pessoas vivendo em instituições fechadas) e em eventos comunitários (campanhas educativas)<sup>(15)</sup>.

Dentre as possibilidades apresentadas, observou-se que, no âmbito do DSEI Potiguara, as ações de busca ativa de SR restringem-se à investigação na demanda espontânea e mobilização do Setor de Vigilância Epidemiológica, conforme as declarações que afirmam *[...] a rotina [de busca ativa] é por livre demanda [...] por conta do número de famílias da gente que é muito grande [...] só que a gente tem uma visão especial para esses pacientes com tosse crônica, febre, escarros hemoptóicos [...]* (S1- L: 36/41).

*[...] Faz uns seis meses que a coordenadora [do setor de Epidemiologia] deu uma lista pra gente [...] entrevistar as famílias e saber se eles têm uns sinais, uns sintomas que podem ser tuberculose. Aí eu fiz, só que não deu pra concluir a aldeia toda* (S19 - L: 76/79).

Os depoimentos retratam fragilidades na busca ativa de casos na comunidade, apesar do reconhecimento de sua importância para o controle da TB. Na dependência da demanda espontânea, atribui-se ao paciente a responsabilidade para buscar o serviço, colaborando não apenas para o retardo no diagnóstico da TB, como também para a subnotificação dos casos. Fatores culturais inerentes à referida demanda como, por exemplo, a concepção sobre o processo saúde/doença e o legado histórico de estigma, que a TB agrega, são fatores que podem restringir a procura pelos serviços de saúde e contribuir para a não adesão ao tratamento da TB<sup>(8,16)</sup>.

Embora seja válida a iniciativa do setor de Vigilância Epidemiológica em mobilizar os AIs para a busca de casos de TB na comunidade, observou-se que essa ação se configurou de forma isolada e descontinuada, prejudicando a continuidade da assistência. Os depoimentos seguintes revelam a forma como a busca ativa de SR se realiza: *[...] a enfermeira [do setor] de Epidemiologia fez uns formulários e entregou aos agentes [de saúde], avisando que, no caso de tosse persistente, febre [...], eles já podiam solicitar o escarro ao paciente e [...] avisar no posto para o motorista no dia seguinte pegar* (S8 - L: 67/71).

*A [responsabilidade] é do próprio paciente que faz o escarro, e o motorista pega na casa dele e leva para o laboratório* (S8 - L: 92/93).

Denota-se, portanto, ação de caráter fragmentado do que propriamente integrador, o que demonstra contradição ao que é proposto à equipe de saúde, no tocante à integralidade das ações em saúde. Estudo<sup>(6)</sup> demonstrou que a gama de atividades dos profissionais pode gerar sobrecarga de trabalho, o que resulta no descarte de algumas ações, como a busca de SR.

Identificar o SR, todavia, não significa apenas perguntar ao indivíduo se ele vem apresentando tosse. É preciso assegurar que o profissional desencadeie todas as etapas que envolvem esse processo, considerando-se os aspectos antropológicos que permeiam essa ação. Implica uma atividade educativa do profissional com o paciente, na qual o conceito sobre saúde e sobre doença e, ainda, como os valores que se atribuem ao estigma são referenciais que orientam a interação. Implica também ensinar a maneira de coletar o escarro, explicando a razão pela qual o material deve ser coletado, apresentando os

conceitos básicos sobre a doença, sobre o tratamento e sua relação com a cura. Ainda é preciso assegurar-se de que o material coletado chegará à Unidade de Saúde e que esse serviço tenha, dentro de sua rotina, condições de armazenamento do material coletado e fluxo ao laboratório<sup>(6)</sup>. Dessa forma, a busca ativa de SR requer um conjunto de ações, pautadas em aspectos relacionados ao paciente e/ou ao serviço de saúde.

Na literatura, encontram-se relatos de doentes que protelaram a visita às unidades de saúde pelo receio do diagnóstico de TB, haja vista o estigma e o preconceito da doença<sup>(17)</sup>. Diante disso, serão frustradas as tentativas de coleta do escarro no domicílio, se não trabalhadas as dúvidas, receios e temores do SR<sup>(6)</sup>.

Outro componente determinante diz respeito à disponibilização de insumos, tais como recipientes para coleta, etiquetas, além de condições para adequada conservação e armazenamento do material colhido, fluxo laboratorial e sistema de informação<sup>(6)</sup>. Nos depoimentos, observou-se a disponibilidade de recipientes para realização da baciloscopia e o imprevisto diante da falta desse insumo: [...] *tem pote. Se precisar hoje tem* (S2 – L: 570). *Já faltou [...] mandei pegar um vidrinho e escaldar* (S8 – L: 441).

Outro fator limitante ao procedimento de coleta de escarro no DSEI Potiguara refere-se à falta de orientação para realização do exame, comprometendo a qualidade do material e levando a equipe a optar pela solicitação de exames de maior precisão diagnóstica, como a cultura do escarro: [...] *é uma coleta que depende muito do paciente. Ele vai tossir, depende de como ele vai tossir, vai vir esse bacilo. Peça logo a cultura porque cultura com pouquinha coisa [...] já identifica* (S1 – L: 368/370).

Um aspecto importante que influencia a qualidade das amostras de escarro é a orientação efetuada pelos profissionais de saúde e a compreensão dessas orientações pelo paciente<sup>(18)</sup>. Espera-se que o profissional possa orientá-lo com informações simples em relação à coleta do escarro, como também execute essa ação em sua totalidade, observando desde a qualidade e quantidade da amostra até a conservação e transporte do material.

Ressaltam-se, ainda, os problemas de acessibilidade geográfica da rede laboratorial que se localiza no município da Baía da Traição, havendo necessidade de um veículo para o transporte das amostras, advindas dos municípios de Marcação e Rio Tinto, em tempo hábil: [...] *o médico solicita ou até mesmo a enfermagem solicita a baciloscopia em duas amostras; é seguida de imediato para a*

*Baía da Traição, até que consiga transporte [...] isso aí é uma dificuldade na nossa realidade [...]* (S2 – L: 375/380).

A adequação de transporte diz respeito à acessibilidade geográfica e se configura como importante debilidade no serviço de saúde local, em razão da distância existente entre as aldeias e os serviços diagnósticos, localizados em municípios sede. Essa condição culmina com diversas dificuldades na rotina do serviço, haja vista a necessidade de deslocar o paciente para outro município, disponibilizar transporte, ocorrência de atrasos para a divulgação dos resultados, entre outras situações referidas que resultam em perda de tempo e ônus para o Sistema de Saúde. [...] *o raio X é feito em João Pessoa e muitas vezes demora [ser realizado]* (S8 – L: 81/83).

No que se refere aos comunicantes, a busca ativa para cumprimento do protocolo relativo às populações indígenas é preocupação constante da equipe que se mostra esclarecida sobre os fatores de risco que envolvem essa população: [...] *vale salientar que a nossa preocupação deve ser também com os comunicantes, [...] buscar esses comunicantes e mostrar pra eles a importância do tratamento caso seja necessário. [...] é complicado, principalmente na nossa área, que é uma área de risco [onde] as famílias estão agregadas em uma só casa, em um só domicílio [...]* (S8 – L: 131/140).

Nesse grupo, a quimioprofilaxia está indicada em todo o contato de tuberculose bacilífero, reator forte ao PPD, independente da idade e do estado vacinal, depois de afastada a possibilidade de tuberculose/doença, através da baciloscopia e do exame radiológico<sup>(15)</sup>. No entanto, a busca ativa dos comunicantes é cercada por resistência desse grupo, conforme os relatos sobre uma abordagem: [...] *Na minha vivência, uma família resistiu! 'Não, eu não estou doente! Quem está doente é ele!' Aí toda essa luta pra gente esclarecer a importância [...] até eles entenderem [...] que também poderão ser portadores sem saber e, com isso, contaminar toda uma comunidade* (S8 – L: 309/313).

Outro agravante observado, durante a pesquisa, diz respeito ao despreparo dos profissionais em identificar o SR, tendo em vista a falta de vivência de casos de TB no cenário local e o desconhecimento da patologia. Tal fato tem despertado nos profissionais dúvidas e insegurança ao lidarem com as ações desenvolvidas no serviço. [...] *você às vezes está vivenciando pouco, fica com medo, naquela angústia 'será que eu não estou achando esses casos porque eu não sei os sintomas de um paciente com tuberculose?'* [...] (S1 – L: 208/210).

*Eu não me sinto preparada pra enfrentar um caso desse [...] eu mesmo [sinto medo] de a gente ter um caso e passar batido [o paciente] não querer ir ao posto de saúde e passar batido por nós AISs (S7 – L: 676/684).*

A formação profissional e a capacitação de recursos humanos são importantes requisitos para a incorporação e sustentabilidade das ações de controle de várias doenças no contexto da Atenção Básica, incluindo a TB. A formação profissional desempenha papel fundamental na disseminação de saberes e de práticas em saúde<sup>(19)</sup>, e a capacitação de recursos humanos para o controle da TB, em um contexto culturalmente diferenciado, decorre da necessidade de abordagem adequada ao paciente com TB: *[...] a dificuldade maior é a forma de abordar a tuberculose na casa do paciente. Isso daí tem que capacitar o pessoal pra quando chegar [...] não é porque foi tuberculose, já vai todo mundo como se fosse urubu ali e não é dessa forma que tem que fazer! [...]* (S13 – L: 252/261).

Considerando o estigma que envolve a doença, esse relato reforçou que a receptividade ao trabalho da equipe diante de um caso suspeito vai depender da forma como será efetuada essa abordagem, sendo necessária preparação prévia para as equipes de saúde indígena.

Observando as principais debilidades, associadas à busca ativa de SR para o controle da TB, identificadas neste estudo, nota-se que a maioria delas reflete os problemas operacionais dos serviços de saúde do DSEI Potiguara, evidenciadas na prática dos profissionais de saúde.

## Discussão

As ações de busca ativa de SR no DSEI Potiguara mostram o quão subdimensionada pode ser a tuberculose neste cenário. Estudo envolvendo a TB nas populações indígenas do alto rio Negro<sup>(16)</sup> ponderam que a ausência de um sistema de busca ativa faz com que a frequência da tuberculose nessa região seja estimada de maneira imperfeita.

Poder-se-ia afirmar que os casos de TB na população potiguara podem não estar sendo identificados porque o serviço local ainda não incorporou a busca ativa de SR de maneira efetiva e sistematizada, em virtude de debilidades relacionadas à organização dos serviços de saúde e falta de apoio técnico na execução das ações inerentes ao PCT.

Apesar de o referido programa ser amplamente divulgado no país, assim como de Noel Nutels ter implantado as ações voltadas para o controle da TB, nas áreas indígenas, na década de cinquenta<sup>(20)</sup>, os profissionais das áreas indígenas potiguaras vêm atuando sem supervisão e sem atualização, fato igualmente

relatado entre os profissionais que atuam nas áreas indígenas Kaingáng do Rio Grande do Sul<sup>(20)</sup>.

Assim como se observa em outros estudos<sup>(20-21)</sup>, as debilidades relacionadas à organização do serviço de saúde, voltado às populações indígenas, têm gerado descontinuidade das ações em saúde. Entre elas se destacam a falta de estruturação do serviço e a escassez de insumos. Sob esses aspectos, a ausência de recipientes adequados para a realização da baciloscopia foi mencionada na presente investigação, embora não constitua condição frequente na realidade das equipes de saúde indígena locais.

Estudo realizado em Ribeirão Preto, SP<sup>(18)</sup>, constatou que, dentre as dificuldades apontadas para a realização da baciloscopia do escarro, a falta de material foi relatada por 25% dos profissionais, sendo os potes e a caixa de isopor para acondicionamento do escarro os insumos mais mencionados.

Outras evidências relatadas nesse estudo<sup>(18)</sup> apontam as barreiras geográficas relacionadas ao difícil acesso aos recursos diagnósticos, localizados nos municípios vizinhos, que atuam como serviços de referência. A dificuldade, no que diz respeito ao transporte do doente para a realização de exames, esteve presente nos depoimentos dos profissionais que atuam no território potiguara, bem como em outros cenários indígenas<sup>(20,22)</sup>.

Nas ações de busca ativa de SR no DSEI Potiguara são enfrentados singulares desafios para a sua efetivação, pois não incorpora, no exercício dessa prática, o contexto cultural inerente à população indígena. Tal condição dificulta a implantação do PCT no cenário local. Em consonância com outros autores<sup>(20)</sup>, observou-se que esse programa necessita estar adequado à realidade cultural, não sendo eficaz na medida em que apenas reproduz as diretrizes estabelecidas em nível nacional.

Designar a busca ativa de SR, ora investigada como prática centrada na demanda espontânea, reflete realidade passível de discussão em outros cenários de estudo<sup>(23)</sup>, revelando que a concepção de saúde e doença existente, entre os povos indígenas, interfere nos modelos de assistência já preconizados. Diante disso, os profissionais de saúde, pela falta de conhecimento mais aprofundado dessas concepções, encontram dificuldade para se adaptar a tais modelos, provocando assim debilidades na organização dos serviços de saúde<sup>(23)</sup>.

Lidar com TB, em um contexto cultural diferenciado, implica conhecer como os índios pensam e vivem o processo saúde/doença que, na grande maioria das vezes, difere completamente da percepção dos não índios. Já

existe literatura expressiva sobre as concepções que associam a TB a uma doença da feitiçaria xamanista<sup>(24-25)</sup>. Nesses termos, ela não seria considerada contagiosa já que a feitiçaria precisa ser endereçada a uma dada pessoa, ou a uma comunidade, para surtir efeito.

Devido aos requisitos necessários à transmissão da infecção tuberculosa - intensidade dos contatos com uma pessoa contagiosa, casas insalubres, pouco ou mal ventiladas - a transmissão da doença ocorre, principalmente, no ambiente familiar. Contudo, certas sociedades não aceitam a possibilidade de contágio entre os familiares em virtude dos laços de consubstancialidade, mas somente entre pessoas estranhas à família biológica<sup>(24)</sup>.

A impossibilidade de contágio na família pode colocar em questão a conduta preventiva preconizada pela medicina ocidental, destacando a busca ativa dos comunicantes na família de um paciente com diagnóstico de tuberculose, negando-se os mesmos a conversar sobre seu diagnóstico. Além disso, tais concepções podem explicar o comportamento de certos pacientes com sintomatologia respiratória compatível com diagnóstico de tuberculose que se negam a fazer os exames bacteriológicos, não vão buscar os resultados, não começam o tratamento ou o interrompem<sup>(24)</sup>.

Cabe apontar a relevância que os serviços de saúde assumem nesse contexto, uma vez que esses podem facilitar ou limitar seu uso pelos indivíduos que demandam atenção<sup>(7)</sup>. Assim, torna-se imperativo a criação de um diálogo entre a prática médica, a especificidade cultural e seus saberes tradicionais, contribuindo para o desenvolvimento de sistema de saúde adequado à realidade dos povos potiguaras, como também às condições logísticas locais, visando diagnosticar e tratar precocemente os doentes de TB.

## Considerações finais

O estudo permitiu identificar lacunas que inviabilizam a implantação de rotinas de diagnóstico para o controle da TB no cenário indígena local. Julga-se necessário melhorar a forma de organização dos serviços no DSEI Potiguara de modo que sejam assumidas novas estratégias que incorporem a busca ativa sistematizada de SR na rotina dessas equipes.

Desse modo, uma vez aceita pelo usuário a realização da baciloscopia, o serviço de saúde deve garantir a continuidade da atenção iniciada, através de sequência de atividades que vão desde a identificação do SR, orientação sobre a coleta de escarro, disponibilidade de insumos e transporte, como fatores determinantes para o fluxo do exame ao laboratório de análise, recebimento do resultado pelo serviço até o encaminhamento para seguimento ambulatorial dos casos diagnosticados.

Viabilizar tal atividade requer planejamento e organização do serviço, bem como a preparação dos profissionais para a aquisição de conhecimentos que transcendem o saber biológico, de modo que seja assumido um conjunto de ações que avancem para nova lógica de trabalho, principalmente quando se considera o contexto cultural diferenciado que caracteriza o cenário de práticas dessas equipes.

## Agradecimentos

Os autores agradecem as equipes de saúde indígena do Distrito Sanitário Especial Indígena Potiguara (DSEI-Potiguara), o Conselho de Saúde Indígena, os coordenadores regionais da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) do Estado da Paraíba, pelo apoio durante a pesquisa.

## Referências

1. Fundação Nacional de Saúde (BR). Funasa constata queda nos índices de tuberculose entre indígenas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008. [Internet]. [acesso 02 julho 2009]. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/Web%20Funasa/not/not2008/not154.htm>.
2. Cimieri F. Diminui taxa de incidência de tuberculose no Brasil. Estadão.com.br 24 mar 2009 [acesso 02 janeiro 2010]. Disponível em: [http://www.estadao.com.br/vidae/not\\_vid344041,0.htm](http://www.estadao.com.br/vidae/not_vid344041,0.htm).
3. Marques AMC, Cunha RV. A medicação assistida e os índices de cura de tuberculose e de abandono de tratamento na população indígena Guaraní-Kaiwá no Município de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública. 2003;19(5):1405-11.
4. Nóbrega RG. As ações de controle da tuberculose desenvolvidas pelas equipes de saúde indígena da Paraíba: análise da dimensão de coordenação. [dissertação de mestrado]. João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba; 2007.
5. Moonen F. Os índios Potiguara da Paraíba. Recife (PE); 2008. [acesso03 jul 2009]. Disponível em: [http://www.dhnet.org.br/direitos/sos/ciganos/a\\_pdf/moonen\\_indios\\_potiguara\\_pb\\_2008.pdf](http://www.dhnet.org.br/direitos/sos/ciganos/a_pdf/moonen_indios_potiguara_pb_2008.pdf).
6. Muniz JN, Palha PF, Monroe AA, Gonzales RC, Ruffino A Netto, Villa TCS. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. Ciênc Saúde Colet. 2005;10(2):315-21.
7. Oliveira SAC, Ruffino A Netto, Villa TCS, Vendramini SHF, Andrade RLP, Scatena LM. Health services in tuberculosis control: family focus and community orientation. Rev. Latino-Am. Enfermagem. maio/junho 2009;17(3):361-7.
8. Sanchez AIM, Bertolozzi MR. Beyond DOTS (Directly Observed Treatment Short-Course) in tuberculosis' control: interfacing and sharing needs. Rev. Latino-Am. Enfermagem. setembro/outubro 2009;17(5):689-94.

9. Gazetta CE, Santos MLSG, Vendramini SHF, Poletti NAA, Pinto JM Neto, Villa TCS. Tuberculosis contact control in Brazil: a liberature review (1984-2004). Rev. Latino-Am. Enfermagem. março/abril 2008;16(2):306-13.
10. Villa TCS. Nursing knowledge production in tuberculosis control in Brazil. Rev. Latino-Am. Enfermagem. julho/agosto 2008;16(4):655-56.
11. Hino P, Costa-Júnior ML, Sasaki CM, Oliveira MF, Villa TCS, Santos CB. Time series of tuberculosis mortality in Brazil (1980-2001). Rev. Latino-Am. Enfermagem. setembro-outubro 2007;15(5):936-41.
12. Cruz O Neto, Moreira MR, Sucena LFM. Grupos focais e pesquisa social: o debate orientado como técnica de investigação. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.
13. Fiorin JL. Linguagem e ideologia. 6. ed. São Paulo: Ática; 1998.
14. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 304 de 09 de agosto de 2000: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo populações indígenas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000.
15. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. Área Técnica de Pneumologia Sanitária. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
16. Buchillet D, Gazin P. A situação da tuberculose na população indígena do Alto Rio Negro (Estado do Amazonas, Brasil). Cad Saúde Pública. 1998;14(1):181-5.
17. Khan A, Walley J, Newell J, Imdad N. Tuberculosis in Pakistan: socio-cultural constraints and opportunities in treatment. Soc Sci Med. 2000;50(2):247-54.
18. Nogueira JA, Ruffino A Netto, Monroe AA, Gonzales RIC, Villa TCS. Busca ativa de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose na percepção do agente de saúde. Rev Eletr Enferm. 2007;9(1):106-18.
19. Carvalho YM, Ceccim RB. Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: Campos GWS, Mianyo MA, Drumond M Júnior, Carvalho YM. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec; 2007. p. 137-170.
20. Hokerberg YHM, Duchiate MP, Barcellos, C. Organização e qualidade da assistência à saúde dos índios Kaingáng do Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública 2001; 17(2): 261-72.
21. Garnelo L, Sampaio S. Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de "fazer ver" e "fazer crer" nas políticas de saúde. Cad Saúde Pública 2005; 21(4):1217-23.
22. Chaves MBG, Cardoso AM, Almeida C. Implementação da política de saúde indígena no Pólo-base Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas. Cad Saúde Pública 2006; 22(2):295-305.
23. Athias R, Machado M. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. Cad Saúde Pública 2001; 17(2):425-31.
24. Buchillet D. Tuberculose, cultura e saúde pública. Série Antropologia. Brasília; 2000.
25. Garnelo L, Wright R. Doença, cura e serviços de saúde. Representações, práticas e demandas Baniwa. Cad Saúde Pública 2001; 17(2):273-84.

Recebido: 12.9.2009

Aceito: 16.7.2010

### *Como citar este artigo:*

Nóbrega RG, Nogueira JA, Ruffino-Netto A, Sá LD, Silva ATMC, Villa TCS. A busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose, no cenário indígena potiguara, Paraíba, Brasil. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. nov-dez 2010 [acesso em: \_\_\_\_\_];18(6):[08 telas]. Disponível em: \_\_\_\_\_

dia

ano

URL

mês abreviado com ponto