

SEMINÁRIO SOBRE ALCOOLISMO E
DST/AIDS ENTRE OS POVOS INDÍGENAS

Artigo 4

TUBERCULOSE, ANTROPOLOGIA E SAÚDE PÚBLICA¹

Dominique Buchillet²

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) constitui em escala mundial um sério problema de saúde pública. As taxas de incidência anual são muito altas nos países em desenvolvimento, sendo o Brasil o sexto país do mundo em número de casos de tuberculose (MS/FNS 1999)³. Essa situação, já grave por si só, pode piorar por causa da infecção pelo HIV. Devido a seu efeito imuno-depressivo, a infecção pelo HIV é, com efeito, o fator de risco mais importante para a evolução da infecção tuberculosa em doença, além de promover a reativação de uma infecção tuberculosa prévia (Billo 1995; Sudre et alii 1992). Na maioria dos países em desenvolvimento, a tuberculose constitui-se, assim, na doença oportunista mais freqüente da infecção pelo HIV (Billo 1995).

¹ Versão ampliada da comunicação apresentada no Seminário sobre Alcoolismo e vulnerabilidade às DST/AIDS entre os povos indígenas da região macro-sul", Londrina, 14-16 de abril de 1999. Várias das idéias contidas neste texto foram discutidas em Buchillet (1997).

² Antropóloga da saúde, pesquisadora titular do Institut de Recherche pour le Développement/ IRD (ex-ORSTOM, França); pesquisadora do convênio de cooperação IRD/CNPq/Instituto Socioambiental (ISA). Endereço de contato: Instituto Socioambiental/ISA - SCLN 210 Bloco C Sala 112 - 70.862- 530 Brasília DF - Fone (061) 349 5114 - Fax (061) 274 7608 - e-mail: dbuchil@attglobal.net.

³ Desde o início da década de 80, o Ministério da Saúde (MS) registra oficialmente entre 80.000 a 90.000 novos casos de tuberculose por ano, sendo o coeficiente anual da ordem de 54 a 58 novos casos por 100.000 habitantes variando conforme os anos (MS/FNS 1999). Considera, no entanto, que o número real esteja mais no patamar dos 130.000 novos casos anuais em razão das deficiências do sistema de assistência e de controle dessa doença e, em particular, da falta de um sistema de busca ativa dos casos infecciosos. Calcula, além disso, que mais de 50 milhões de brasileiros estão infectados pelo BK (ibid.). A Organização Mundial da Saúde estima, por sua vez, que um terço da população

mundial (1 bilhão 700 milhões de pessoas)

As populações indígenas são geralmente consideradas como grupo de alto risco em relação à tuberculose, em razão da precariedade de suas condições de sobrevivência em decorrência do contato com os brancos, de suas características sócio-culturais e de suas dificuldades de acesso aos serviços de saúde, entre outros. No rio Negro, região do noroeste amazônico, por exemplo, dados históricos comprovam que essa doença constitui um sério problema de saúde pública desde o início do século, sendo atualmente sua taxa de incidência anual de dois a nove casos por mil habitantes de acordo com as sub-regiões, ou seja, superior de cinco a dez vezes a média nacional brasileira e de vinte a oitenta vezes à da América Latina ou da Europa (Buchillet & Gazin 1998). Taxas de incidência similares foram registradas entre outras populações indígenas do Brasil, como, por exemplo, entre os Yanomami de Roraima (FNS 1996), os Deni do Amazonas (CIMI 1995), os Pakaánova (Wari) de Rondônia (Escobar & Coimbra 1998) e em vários outros povos da Amazônia (Costa 1986; Miranda et alii 1988).

HISTÓRIA NATURAL DA TUBERCULOSE

A tuberculose é uma doença infecciosa causada pelo Bacilo de Koch (BK, *Mycobacterium tuberculosis*) que se transmite por via aérea de uma pessoa doente para um indivíduo sadio. Várias características epidemiológicas dessa doença, importantes para a conduta preventiva e terapêutica, precisam ser consideradas:

1. É uma doença com evolução e disseminação lentas nas sociedades humanas. Difere de outras doenças infecto-contagiosas (gripe ou sarampo, por exemplo) sob vários aspectos. Seu período de incubação é variável, podendo durar anos. Ela é também silenciosa no plano clínico. Embora seu período de contágio esteja mais demorado (de várias semanas a meses, ou mesmo anos), essa doença é pouco contagiosa. Contrariamente à varíola ou ao sarampo que infectam uma população inteira por ocasião de uma primeira exposição ao vírus, estima-se que um indivíduo com tuberculose pulmonar, única forma contagiosa da doença, é suscetível de infectar cerca de dez pessoas por ano sob condições naturais, isto, na ausência de tratamento (Styblo 1980).

2. A primo-infecção tuberculosa, consecutiva à inalação do BK e sua implantação nos alvéolos pulmonares, é geralmente assintomática. Em noventa por cento dos casos, as defesas imunológicas do indivíduo são suficientes para impedir a multiplicação e a dispersão das micobactérias no seu corpo, o que se traduz por uma reação tuberculínica positiva. Em dez por cento dos casos, a infecção torna-se patente: é a tuberculose doença ou tuberculose primária. Assim, diferentemente da maioria das doenças infecciosas, infecção e doença, no caso da tuberculose, não são processos simultâneos. Cinco por cento desenvolvem a doença dentro dos dois anos seguintes à infecção, os outros cinco por cento no restante de sua vida (Sudre 1993; Perronne 1995). Vale ressaltar, no entanto, que esse risco aumenta em caso de imunodepressão, induzida pelo HIV ou por outras condições patológicas (ver infra).

3. A resistência que se desenvolve após a recuperação de uma infecção primária nem sempre é suficiente para livrar o corpo humano dos bacilos tuberculosos. Estes podem hibernar no organismo e a tuberculose-doença aparecer a partir de focos tuberculosos quiescentes, contemporâneos da infecção primária, após um período de tempo variável - freqüentemente de vários anos. É a reativação endógena. Isso pode ocorrer na ocasião de uma queda das defesas imunológicas. Uma tuberculose mais tardia (pósprimária) pode também se desenvolver após uma nova exposição ao bacilo. É a reinfeção exógena (Sudre 1993). Contrariamente ao vírus do sarampo ou da varíola que, quando não mata seus hospedeiros, provoca uma imunidade definitiva que lhes permite escapar de uma nova infecção, o BK tem sempre a possibilidade de reinfectar a mesma pessoa. As duas formas de tuberculose (primária e pós-primária) apresentam-se clinicamente de forma idêntica.

4. Vários fatores parecem assumir um papel importante na segunda etapa da patogênese, ou seja a da progressão da infecção em doença. Enquanto os fatores de risco para a infecção são essencialmente função de fatores exógenos (concentração bacilar no ar inspirado, precárias condições de vida, casas insalubres com pouca luz e fraca ventilação, promiscuidade, bem como duração, freqüência e intensidade dos contatos com uma pessoa infectada), os fatores de risco para a doença dependem sobretudo de fatores endógenos: subnutrição e desnutrição, mau estado geral de saúde, estresse, idade, alcoolismo, gravidez, lactação etc. Certas doenças, como a infecção pelo HIV, o sarampo ou o diabetes mellitus, ao promover uma diminuição temporária das defesas imunológicas, podem apressar a progressão da infecção em doença (Styblo 1984; Fine 1984). Fatores sócio-culturais e econômicos podem, além disso, determinar diferenças entre os gêneros, tanto em relação ao risco de exposição à infecção e de desenvolvimento da doença, quanto em relação à busca de tratamento e à observância terapêutica (divisão sexual do trabalho, padrões de socialização, valores culturais atribuídos à saúde das mulheres, dependência sócio-econômica destas últimas etc., Cf. Hudelson 1996).

5. A tuberculose pode assumir formas clínicas diversas, dependendo da localização do foco infeccioso. Sua manifestação clínica mais freqüente é a forma pulmonar. É ela a responsável pela transmissão dos bacilos.

Depois de se implantar nos alvéolos pulmonares onde causam uma lesão inicial, estes se multiplicam e podem afetar todos os órgãos do corpo, por via sanguínea ou linfática.

CONDUTA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA

A transmissão do *M. tuberculosis* faz-se por via aérea. Ao falar, cantar, espirrar ou tossir, o doente lança no ar finas gotículas de saliva infectadas. Conforme vimos, o risco de transmissão está ligado à densidade de bacilos no ar inspirado, bem como à frequência, duração e intensidade dos contatos com um indivíduo contagioso (Sudre 1993). Uma atmosfera confinada aumenta o risco do contágio. É por isso que a transmissão da tuberculose é um fenômeno essencialmente familiar ou nosocomial. A quimioterapia antituberculosa, que elimina a tosse e reduz o período de infecciosidade - e conseqüentemente diminui ou interrompe a cadeia de transmissão - é a melhor das proteções para as pessoas próximas aos doentes. Sob tratamento, os sintomas geralmente desaparecem em três ou quatro semanas e o exame bacteriológico torna-se negativo nos três primeiros meses de tratamento (Barnes & Barrows 1993). Entretanto, em certos casos, a conversão bacteriológica exige mais tempo. É por isso que a duração mínima do tratamento antituberculoso é de seis meses⁴. Sua interrupção prematura, a tomada irregular dos remédios ou o uso anárquico de seus componentes podem propiciar as recaídas e, portanto, dar origem a novas contaminações. Também favorecem o desenvolvimento de cepas multirresistentes de *M. tuberculosis* (Sudre 1993; Perronne 1995). Daí a importância da supervisão do tratamento que visa igualmente averiguar o aparecimento de efeitos colaterais dos medicamentos⁵. Como se vê, a supervisão do tratamento em regime ambulatorial é crucial, supondo uma rede de luta contra a tuberculose bem estruturada e impondo custos adicionais aos programas nacionais de controle da doença⁶. A tuberculose é uma doença tecnicamente controlável: dispõe-se de um método de diagnóstico (baciloscopia de escarro) e de um tratamento eficazes. É preciso, no entanto, que os programas nacionais de controle e de luta contra essa doença disponham da totalidade⁷ desses tratamentos - o que nem sempre é o caso -, que o doente tenha acesso ao tratamento e que ele tome efetivamente os remédios prescritos até o fim e conforme as prescrições médicas (posologia, duração etc.). Sob este último aspecto, considerou-se durante muito tempo que o não-respeito às prescrições médicas se devia à obstinação, ignorância, má vontade ou a outros traços peculiares dos doentes, os quais eram assim tidos como responsáveis pelo fracasso dos programas nacionais de luta contra a tuberculose (Rubel & Garro 1992; Uplekar & Rangan 1993)⁸. Pesquisas recentes mostraram que pacientes voluntária e antagonicamente não-observantes constituem a exceção e não a regra (Donovan & Blake 1992).

⁴ A quimioterapia de curta duração recomendada pela Organização Mundial da Saúde e aplicada no Brasil compreende uma fase de ataque de dois meses associando três antituberculosos maiores (Isoniazida, Pirazinamida e Rifampicina), seguida de uma fase de manutenção de quatro meses com Rifampicina e Isoniazida (Regime I). Existem outros regimes terapêuticos: para as recaídas (Regime IR), para as meningites tuberculosas (Regime II) e para os fracassos terapêuticos (Regime III) (MS 1995). Geralmente, após uma hospitalização de um ou dois meses durante a fase de ataque, os doentes continuam o tratamento em regime ambulatorial.

⁵ A Isoniazida, um dos principais antituberculosos, sendo também utilizada em quimioprofilaxia, é suscetível de provocar náuseas, vômitos e lesões no fígado, entre outros; a Rifampicina pode provocar, além de náuseas e vômitos, icterícia, broncoespasmo, urticária e manifestações hemorrágicas, enquanto que a Pirazinamida pode causar, além também de náuseas e vômitos, icterícia e artralgia etc. (MS 1992). A hepato-toxicidade da Isoniazida é mais freqüente entre os indivíduos alcoólicos, as mulheres grávidas e após o parto (Barnes & Barrows 1993).

⁶ Os principais pontos do programa de controle da tuberculose no Brasil são: a) diagnóstico por baciloscopia de escarro; b) quimioterapia de curta duração; c) vacinação sistemática das crianças; d) quimioprofilaxia dos comunicantes assintomáticos (MS 1995).

⁷ Conforme vimos, o tratamento consiste em vários antituberculosos, sendo que um único deles pode favorecer a indução de uma resistência.

OBSERVÂNCIA TERAPÊUTICA

Esses estudos mostraram, além disso, que a observância terapêutica é um problema multifatorial que, muitas vezes, está fora do seu controle: questões logísticas, fatores ligados à qualidade do relacionamento médico/paciente, à natureza da doença e ao regime terapêutico ou ao contexto sócio-cultural do paciente foram assim assinalados.

As questões logísticas dizem respeito à organização e à facilidade de acesso aos serviços de saúde, bem como ao custo (direto e indireto) dos tratamentos para o paciente. Problema de acessibilidade geográfica com as dificuldades de transporte subseqüentes, custo dos remédios, suprimento irregular do centro de saúde em medicamentos. São alguns dos problemas com os quais pode se confrontar o paciente. Mesmo recebendo gratuitamente os remédios, como ocorre

no Brasil, o doente sob regime ambulatorial deverá retornar regularmente ao centro médico para receber a seqüência do tratamento e efetuar um controle bacteriológico, significando para ele novos problemas de acesso e de custo. Na maioria das vezes, ele interrompe o tratamento ou o toma de maneira irregular. A acessibilidade (geográfica, econômica) pode assim afetar a observância terapêutica.

8 O Ministério da Saúde estima que cerca de 25% dos doentes abandonam o tratamento (MS 1999).

Os fatores ligados à qualidade do relacionamento entre médicos e pacientes. Estudos recentes mostraram que diferenças lingüísticas podem não apenas conduzir ao estabelecimento de um diagnóstico errôneo, como também dificultar a colaboração do paciente no tratamento de sua doença (Jackson Carroll et alii 1995; Carey Jackson 1996; Rack 1980). Afora os problemas de comunicação propriamente lingüísticos, as concepções locais dos mecanismos ou modos de contágio, contaminação e transmissão de doenças podem ser diferentes daquelas da medicina ocidental, complicando o entendimento pelo paciente das explicações médicas⁹. Podem também não se aplicar às mesmas doenças e/ou resultar nas mesmas regras de evitação ou de proteção como no esquema ocidental. Noções de remissão, de recaída e/ou de cronicização são igualmente noções muitas vezes incompreensíveis para pacientes não-ocidentais para os quais é impossível cair doente outra vez da mesma doença. Uma recaída no sentido ocidental será assim percebida como nova doença, devendo, portanto, ser o objeto de um outro tratamento. Essa concepção obviamente dificulta a compreensão da explicação médica sobre a importância de seguir o tratamento até o fim de modo a evitar uma recaída. Certas sociedades consideram que a ausência quase imediata de reação da doença ao tratamento é o indicio de um erro de diagnóstico e, portanto, de tratamento (Buchillet 1997). As nosologias indígenas organizam-se também de maneira diferente das ocidentais: as diferentes manifestações clínicas de uma doença na concepção ocidental podem assim ser consideradas como doenças diversas pelas populações indígenas, sendo, portanto, objeto de tratamentos específicos (ibid.). Ao inverso, sintomas de patologias distintas na concepção ocidental podem ser considerados pelas populações locais como fazendo parte de uma mesma doença. Daí a possível dificuldade dos pacientes em entender a relação entre a quimioterapia padronizada e a variedade das manifestações clínicas da tuberculose, considerando

9 Por exemplo, através do cheiro, de emanções corporais, da urina, do sangue, do leite, do vento, da comida, do compartilhamento de utensílios de cozinha, pulando ou pisando nas pegadas de uma pessoa doente etc.

em particular que o tratamento não é apropriado aos sintomas e/ou requerendo um medicamento específico para cada tipo de sintomas (Shimada 1995). Pode igualmente ocorrer uma certa confusão entre sintoma e doença. Uma pessoa com tosse persistente pode, por exemplo, considerar que a tosse não é um sintoma, mas a doença em si (Mata 1985). Advém daí sua dificuldade de aceitar o tratamento médico. Assim, as explicações médicas podem ser incompreensíveis no plano cultural para os doentes. Como se vê, diferenças lingüísticas e culturais entre pacientes e profissionais de saúde influem não apenas sobre a sua relação, mas também sobre a compreensão pelo doente da informação médica e, eventualmente, sobre seu grau potencial de adesão ao tratamento.

Natureza da doença e regime terapêutico. Vários estudos têm mostrado que a natureza da doença e as características do tratamento afetam o grau de observância terapêutica. Doenças infecciosas agudas com sintomas dolorosos ou estressantes promovem geralmente um maior grau de observância do que doenças crônicas, particularmente aquelas de longa duração, como a tuberculose (Bergman & Werner 1963, apud Earnest & Sbarbaro 1996). A longa duração do tratamento constitui também um fator negativo para sua observância. O desaparecimento (geralmente em um mês) dos sintomas que levaram à consulta¹⁰, e o fato de as pessoas infectadas serem submetidas a uma quimioprofilaxia de seis meses também afetam a observância dos tratamentos. Na ausência de sintomas, é difícil convencer sobre a necessidade e os benefícios da quimioprofilaxia, ou seja, fazer entender ao paciente que ela impedirá a evolução da infecção em doença (Earnest & Sbarbaro 1996). Por fim, os efeitos secundários dos antituberculosos podem influir negativamente sobre a adesão aos tratamentos, embora não parecem resultar automaticamente em uma observância terapêutica fraca (ibid.). Podem, além disso, ser encarados como sintomas de uma outra doença e assim, do ponto de vista do doente, invalidar o diagnóstico médico e, portanto, o tratamento prescrito¹¹.

10 Há, com efeito, uma correlação estreita entre sintomas e observância terapêutica, sendo que o desaparecimento dos sintomas coloca em questão o objetivo do tratamento (Bergman & Werner 1963, apud Earnest & Sbarbaro 1996).

11 Conforme já foi colocado, a não-reação da doença ao tratamento, sua cronicização e/ou o aparecimento de outros sintomas podem invalidar o diagnóstico e o tratamento.

As representações e as práticas locais em matéria de saúde e de doença podem também afetar a observância terapêutica. Certas populações consideram a tuberculose como uma doença contagiosa, outras não. Os Desana do rio Negro, por exemplo, atribuem essa doença à feitiçaria xamânica, em parte por causa de suas características epidemiológicas distintas daquelas de outras doenças infecciosas (gripe, sarampo, por exemplo) que eles imputam aos efeitos epidemiológicos e sanitários do contato com os brancos¹². Portanto, a tuberculose não é considerada como contagiosa já que, de acordo com a concepção indígena, a feitiçaria, para ser efetiva, deve ser endereçada a uma pessoa determinada. Ou seja, o isolamento do doente, a quimioprofilaxia dos comunicantes, como também a padronização dos tratamentos antituberculosos (um tratamento idêntico para todos os doentes com diagnóstico ocidental de tuberculose) são dificilmente compreensíveis para os pacientes indígenas. Certas sociedades, embora considerando a tuberculose como doença contagiosa, não reconhecem a possibilidade de contágio entre os familiares

em virtude dos laços de consubstancialidade¹³, mas apenas entre pessoas estranhas à família biológica. Cabe ressaltar que essa concepção de um tipo de barreira epidemiológica compartilhada pelos membros de uma mesma família não é generalizável a todas as sociedades. Entre os Desana, por exemplo, os parentes de uma pessoa picada por jararaca estão proibidos de qualquer contato com a vítima, sendo também submetidos a rigorosas proibições alimentares (sobre a pimenta, o assado etc.), já que sua simples presença física, assim como o consumo de certos alimentos ou de outros cozidos de determinadas maneiras, podem aumentar a dor no local da picada, além de facilitar a disseminação do veneno pelo corpo do doente, em virtude justamente dessa comunidade de substância. Vale ressaltar que, neste caso, trata-se da inversão da concepção ocidental: não é a pessoa doente que é passível de afetar ou contaminar os parentes próximos, mas estes últimos, em razão dessa proximidade de substância, que podem piorar o estado do doente.

12 Por exemplo, fraca contagiosidade, evolução relativamente crônica, possibilidade de reativação endógena, disseminação lenta na sociedade humana (no caso da tuberculose) versus caráter agudo e transitório, extrema virulência, curto período de incubação e de infecciosidade, alto poder de contágio, produção de uma imunidade temporária ou definitiva. (caso, por exemplo, da gripe e do sarampo). Sobre os fundamentos epidemiológicos e históricos da distinção operada pelos Desana entre "doenças de branco" e "doenças autóctones" (ou "indígenas"), ver Buchillet (1995).

13 O que foi chamado por vários pesquisadores de " grupo (comunidade) de substância ". Ver, por exemplo, Seeger, Matta & Viveiros de Castro (1987).

Na África ou nas Filipinas, como no Haiti ou no México, onde essa doença é associada ao estigma e à rejeição social, os doentes costumam negar o diagnóstico de tuberculose e o tratamento prescrito (Mata 1985; Farmer et alii 1991; Barnhoorn & Adriaanse 1992; Nichter & Nichter 1994; Jaramillo 1996). Na Índia ou no Paquistão, onde a tuberculose pode-se tornar um motivo de divórcio ou de repúdio da mulher, o seu diagnóstico pode ser negado por esta última e/ou retardar a sua busca de cuidados de saúde (Barnhoorn & Adriaanse 1992; Jaramillo 1996). As concepções locais sobre os mecanismos da eficácia terapêutica também podem ser determinantes. Entre os Desana, por exemplo, a cura é principalmente baseada na recitação de encantações terapêuticas altamente formalizadas sobre líquidos ou plantas que lhes servem essencialmente de suporte material e de veículo para alcançar o doente, mas podem ao mesmo tempo redobrar simbolicamente o efeito procurado na encantação (Buchillet 1987, 1988, 1990). Essas encantações são repetidas várias vezes em seguida, sendo seu efeito quase instantâneo (ao cabo de dois dias), de acordo com a concepção indígena. Repetição imediata e efeito quase instantâneo das palavras xamânicas são dois elementos-chave da eficácia terapêutica. Assim, a não reação da doença ao tratamento empreendido é geralmente considerada como o indicio de um erro no diagnóstico e, conseqüentemente, no tratamento. Tal concepção, obviamente, pode dificultar a compreensão da racionalidade e da necessidade de um tratamento de longa duração, como, por exemplo, no caso da tuberculose. Vale relembrar aqui que o tratamento da tuberculose dura no mínimo seis meses e que a melhora nítida do paciente (desaparecimento dos sintomas) advém somente após três ou quatro semanas de tratamento. Por fim, a percepção e o uso dos medicamentos são diferentes dos preconizados pela medicina ocidental. Numerosas sociedades, indígenas ou outras, aplicam, com efeito, aos medicamentos os mesmos critérios de seleção e de uso dos remédios vegetais, os quais são geralmente escolhidos em função de uma característica física desejada para o objetivo da cura¹⁴. Por essa razão, sua função ou ação específica no tratamento de uma determinada doença pode ser distorcida. Depois de se identificar suas características potencialmente aproveitáveis, os remédios poderão ser usados para tratar doenças diversas. Assim, as noções de posologia, de duração do tratamento e de adequação do medicamento a um tipo específico de sintoma ou de doença não têm a menor validade para muitas populações. Evidentemente, o uso inadequado de um medicamento não é isento de riscos para o doente e, em certos casos, dependendo da natureza da doença (tuberculose, por exemplo), também para a comunidade (Buchillet 1997)¹⁵. Certas populações, como no sudeste asiático, por exemplo, percebem o tratamento antituberculoso como demasiado "forte", podendo agravar o quadro de "fraqueza interna" em que se encontra o doente com diagnóstico de tuberculose, sendo, portanto, necessário ajustá-lo, reduzindo as doses prescritas, ou tomando-o de maneira descontínua (Schultz 1982; Shimada 1995).

14 Entre os Marubo/AM, as plantas são geralmente escolhidas em função de certas características ou qualidades físicas (como quente, frio, azedo, doce.) analógicas em relação à origem da doença (Montagner-Melatti 1991, 1996). Os Kulina/AM, por sua vez, selecionam principalmente as plantas pelo seu aroma, considerando que somente aquelas de aroma agradável têm propriedades curativas, enquanto que as outras, de mau cheiro, são percebidas como agravando a doença (Pollock 1994, 1996). Entre os Desana do rio Negro, as plantas utilizadas na medicina caseira ou como suportes da fala terapêutica são escolhidas em função de uma característica física que evoca simbolicamente o(s) efeito(s) procurado(s) no tratamento de uma doença ou de um sintoma específico: por exemplo, o gosto amargo de certos cipós ou cascas de árvores para desinfetar e ajudar na cicatrização de uma ferida, a cor preta de certas plantas para esconder uma ferida na superfície da pele, a viscosidade de certas frutas para facilitar o trabalho do parto etc. (Buchillet 1987, 1988).

15 Conforme vimos, o uso inadequado dos medicamentos é suscetível de provocar a reativação endógena da doença, favorece a continuidade da infecção e, portanto, a disseminação da doença na comunidade e, por fim, facilita a indução de resistência aos antibióticos e o conseqüente desenvolvimento no paciente de uma tuberculose multirresistente.

CONCLUSÃO

Cabe ressaltar aqui que não se pode generalizar a influência das percepções etnomédicas sobre a observância terapêutica, nem inferir automaticamente delas o grau potencial de adesão ao tratamento dos doentes (Menegoni 1996). Ou seja, embora importantes, elas não são os únicos fatores em jogo na conduta terapêutica dos pacientes e na adesão aos tratamentos. Fatores de ordem sócio-econômico ou associados às estruturas de saúde precisam ser averiguados. No entanto, a consideração das concepções locais é imprescindível. Elas afetam, em primeiro lugar, o comportamento do doente e o das pessoas do seu entorno. Elas influam, em segundo lugar, sobre a compreensão pelo paciente das explicações relativas à doença e ao tratamento e, a um nível mais geral, sobre a receptividade das mensagens de prevenção veiculadas pela medicina ocidental. Sua consideração pode assim ajudar a prever as dificuldades potenciais de aceitação das condutas preventivas e terapêuticas preconizadas pela medicina ocidental. Levando-se em conta as características epidemiológicas da tuberculose, assim como os requisitos para o tratamento dessa doença, parece evidente que a conduta profilática e terapêutica a adotar com pacientes portadores de um diagnóstico ocidental de tuberculose precisa ser culturalmente apropriada, isto é, fundamentada sobre o próprio contexto sócio-cultural local.

BIBLIOGRAFIA

- BARNES P.F. & Barrows S.A., 1993. Tuberculosis in the 1990s. *Annals of Internal Medicine*, Sept 1, vol. 119, n° 5, pp. 400-410.
- BARNHOORN F. & Adriaanse H., 1992. In search of factors responsible for non-compliance among tuberculosis patients in Wardha District, India. *Social Science and Medicine*, vol. 34, n° 3, pp. 291-306.
- BERGMAN A.B. & Werner R.J., 1963. Failure of children to receive penicillin by mouth. *New England Journal of Medicine*, n° 268, pp. 1334-1338.
- BILLO N., 1995. Programa de controle da tuberculose nos tempos da infecção pelo HIV. In Ministério da Saúde, *Anais do Seminário Interprogramas HIV/ Tuberculose*, pp. 25-29. Brasília, MS/SAS/PN-DST/AIDS.
- BUCHILLET D., 1987. " Personne n'est là pour écouter ". Les conditions de mise en forme des incantations thérapeutiques chez les Indiens Desana du Uaupés brésilien. *Amérindia*, n° 12, pp. 7-32.
- BUCHILLET D., 1988. Interpretação da doença e simbolismo ecológico entre os Índios Desana. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi*, vol. 4, n° 1, pp. 7-32. BUCHILLET D., 1990. Los Poderes del hablar. Terapia y agresión chamánica entre los indios Desana del Vaupes brasileiro. In Basso E. & Sherzer J. (Eds.), *Las culturas nativas latinoamericanas a través de su discurso*, pp. 319-354. Coedición, Roma, MLAL/Quito, Abya-Yala (Colección 500 Años n° 24).
- BUCHILLET D., 1995. Perles de verre, Parures de Blancs et " Pots de paludisme ". *Epidémiologie et représentations desana des maladies infectieuses (haut rio Negro, Brésil)*. *Journal de la Société des Américanistes*, tomo 81, pp. 181-206 (versão brasileira. *Contas de vidro, Enfeites de Branco e " Potes de malária "*, *Epidemiologia e Representações de Doenças Infeciosas entre os Desana*. Brasília, Departamento de Antropologia, série Antropologia n° 187, 24 p.).
- BUCHILLET D., 1997. Tuberculose, busca de assistência médica e observância terapêutica na Amazônia brasileira. *Flash-França Saúde*, n° 11 (abril-maio-junho), pp. 1-8.
- BUCHILLET D. & Gazin P., 1998. A situação da tuberculose na população indígena do alto rio Negro (Estado do Amazonas, Brasil). *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 14, n° 1, pp. 181-185.
- CAREY JACKSON C., 1996. Linguistic and cultural aspects of tuberculosis screening and management for refugees and immigrants. In *International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (North American Region), Proceedings of the First Mid Year Conference on Tuberculosis & Migration*, pp. 155-166. Chicago Ill., Sheraton Chicago Hotel and Towers, 1-2 march. CIMI/Conselho Indigenista Missionário, 1995. Dossiê: A agonia do povo Deni. Brasília, 15 de novembro de 1995.
- COSTA D.C., 1986. *Processo Social e Doença. Tuberculose em grupos indígenas brasileiros*. Dissertação de mestrado, Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro. DOLIN P.J., Raviglione M.C. & Kochi A., 1994. Global Tuberculosis incidence and mortality during 1990-2000. *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 72, pp. 213-220. DONOVAN J.L. & Blake D.R., 1992. Patient non-compliance: deviance or reasoned decision-making? *Social Science and Medicine*, vol. 34, n° 5, pp. 507-513.
- EARNEST M. & Sbarbaro J.A., 1996. Tuberculosis: Adherence to Regimens and Directly Observed Therapy. In Rom W.N. & Garay S.M. (Eds.), *Tuberculosis*, pp 927-934. Boston, Little, Brown and Company.

- ESCOBAR A.L. & Coimbra C.E.A., 1998. Considerações Sobre as Condições de Saúde das Populações das Áreas Indígenas Pakaánova (Wari') e do Posto Indígena Guaporé, Rondônia. Porto Velho, Universidade Federal de Rondônia; Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública (Documento de Trabalho n° 1), 21 p.
- HUDELSON P., 1996. Gender differentials in tuberculosis: the role of socioeconomic and cultural factors. *Tubercle and Lung Disease*, vol. 77, pp. 391- 400.
- JACKSON CAROLL L.M., Graham E. & Jackson J.C., 1995. Beyond Medical Interpretation: The Role of Interpreter Cultural Mediators (ICMs) In Building Bridges Between Ethnic Communities and Health Institutions. Selecting, Training and Supporting Key Outreach Staff. Seattle, Community House Calls, 45 p.
- JARAMILLO E., 1996. Anthropological Issues and Their Impact on Tuberculosis Control in Developing Countries. In International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (North American Region), Proceedings of the First Mid Year Conference on Tuberculosis & Migration, pp. 107-117. Chicago Ill., Sheraton Chicago Hotel and Towers, 1-2 march.
- MATA J.L., 1985. Integrating the client's perspective in planning a tuberculosis education and treatment program in Honduras. *Medical Anthropology*, winter, vol. 9, n° 1, pp. 57-64.
- MENEGONI L., 1996. Conceptions of Tuberculosis and therapeutic choices in Highland Chiapas, Mexico. *Medical Anthropology*, vol. 10, n° 3, pp. 381-401. MS/Ministério da Saúde, 1992. Controle da tuberculose. Uma proposta de Integração Ensino-Serviço. Rio de Janeiro, Convênio MS/SNPES/DPS/ CNCT-
- MEC/UFRJ/FUJB/NUTES. MS/Ministério da Saúde, 1995. Manual de normas para o controle da tuberculose. Brasília, Ministério da Saúde/Centro Nacional de Epidemiologia/Coordenação de Pneumologia Sanitária (Série A: Normas e Manuais Técnicos 13). MS-FNS/Ministério da Saúde-Fundação Nacional de Saúde, 1999. Plano Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília, Ministério da Saúde, 184 p. MIRANDA J.A.N., Hautequestt A.F.de & Costa D.C., 1988. A tuberculose no índio. *Saúde em Debate*, janeiro, pp. 24-25.
- MONTAGNER-Melatti D., 1991. Mani Pei Rao: remédios do mato dos Marúbo. In Buchillet D. (Org.), *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*, pp. 463-487. Belém, MPEG/Edições Cejup/UEP.
- MONTAGNER-Melatti D., 1996. A Morada das Almas: Representações das Doenças e das Terapêuticas entre os Marúbo. Belém, MCT/CNPq/Museu Paraense Emílio Goeldi (Coleção Eduardo Galvão), 132 p.
- FARMER P., Robin S. Ramilus St.-L. & Kim J.Y., 1991. Tuberculosis, Poverty and " Compliance ": Lessons From Rural Haiti. *Seminars in Respiratory Infections*, vol. 6, n° 4, pp. 254-260. FINE P., 1984. Leprosy and Tuberculosis. An epidemiological comparison. *Tubercle and Lung Disease*, vol. 65, pp. 137-153. FNS (Fundação Nacional de Saúde), 1996. Tuberculose. Número de casos por região para os Anos de 1994, 1995 e 1996 (Primeiro Semestre). Boa Vista, FNS (Distrito Sanitário Yanomami).
- NICHTER M. & Nichter M., 1994. Acute Respiratory Illness: Popular Health Culture and Mother's Knowledge in the Philippines. *Medical Anthropology*, vol. 15, pp. 353-375. PERRONNE C., 1995. Le traitement de la tuberculose. *Médecine thérapeutique*, vol. 1, n° 1, pp. 39-45.
- POLLOCK D., 1994. Etnomedicina Kulina. In Santos R.V. & Coimbra Jr. C.E.A. (Org.), *Saúde & Povos Indígenas*, pp. 143-160. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz. POLLOCK D., 1996. Culina Shamanism. In Langdon E.J.M. (Org.), *Xamanismo no Brasil: Novas Perspectivas*, pp. 25-40. Florianópolis, Editora da UFSC. RACK P.H., 1980. Ethnic Differences in Depression and its Response to Treatment. *Journal of International Medical Research*, n° 8, suppl. 3, pp. 20-23. RUBEL A.J. & Garro L.C., 1992. Social and Cultural Factors in the Successful Control of Tuberculosis. *Public Health Report*, vol. 107, n° 6, pp. 626-635.
- SCHULTZ S.L., 1982. How Southeast Asian refugees in California adapt to unfamiliar health care practices. *Health Social Working*, vol. 7, pp. 148-156.
- SEEGER A., Matta E. da & Viveiros de Castro E., 1987. A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras. In Pacheco de Oliveira F° J. (Org.), *Sociedades Indígenas e Indigenismo no Brasil*, pp. 11-29. Rio de Janeiro, UFRJ/Marco Zero. SHIMADA J., Carey Jackson J., Goldstein E. & Buchwald D., 1995. "Strong Medicine": Cambodian Views of Medicine and Medical Compliance. *Journal of General and Internal Medicine*, vol. 10, pp. 369-374. STYBLO K., 1980. Recent advances in epidemiological research in tuberculosis. *Advances in Tuberculosis Research*, vol. 20, pp. 1-63.
- STYBLO K., 1984. Epidemiology of Tuberculosis. In Meissner G. et alii (Eds.), *Infecktionskrankheiten und ihre Erreger. Mykobakteria und mykobakteriellen Krankheiten*, vol. 4, pp. 1-161. SUDRE P., 1993. Aspects contemporains de l'épidémiologie de la tuberculose. *Annales de l'Institut Pasteur/Actualités*, vol. 4, n° 3, pp. 225-231. SUDRE P., Tenn Dam G, Koch A., 1992. La tuberculose aujourd'hui dans le monde. *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé*, vol. 70, n° 3, pp. 297-306. UPLEKAR M. & Rangan S., 1993. Private doctors and tuberculosis control in India. *Tubercle and Lung Disease*, n° 74, pp. 225-231.



SEMINÁRIO SOBRE ALCOOLISMO E
DST/AIDS ENTRE OS POVOS INDÍGENAS

CRÉDITOS

Edição:

Assessoria de Comunicação

Dario Almeida Noleto (editor)

Lúcia Helena Saldanha Gomes (designer gráfico, arte final e diagramação)

Versão para a internet:

Direção: Daniel Lavenere

Webdesign: Rafael Lavenère

