

**LABORATÓRIO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL DE GESTÃO EM SAÚDE
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**

Railane Pereira de Sant'ana

**HEPATITE B NAS POPULAÇÕES INDÍGENAS DO BRASIL E AS ESTRATÉGIAS DE
CONTROLE: uma questão de saúde pública**

Rio de Janeiro

2012

Railane Pereira de Sant'ana

HEPATITE B NAS POPULAÇÕES INDÍGENAS DO BRASIL E AS ESTRATÉGIAS DE
CONTROLE: uma questão de saúde pública

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada à
Escola Politécnica de Saúde Joaquim
Venâncio como requisito parcial para
aprovação no curso técnico de nível médio em
saúde com habilitação em Gestão em saúde.

Orientador: Marileide do Nascimento Silva
Co-orientador: Simone Goulart Ribeiro

Rio de Janeiro

2012

FICHA CATALOGRÁFICA

FOLHA DE APROVAÇÃO

Railane Pereira de Sant' ana

HEPATITE B NAS POPULAÇÕES INDÍGENAS DO BRASIL E AS ESTRATÉGIAS DE
CONTROLE: uma questão de saúde pública

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada à
Escola Politécnica de Saúde Joaquim
Venâncio como requisito parcial para
aprovação no curso técnico de nível médio em
saúde com habilitação em Gestão em saúde.

Aprovado em: __/__/____

BANCA EXAMINADORA

Gloria Regina da Silva e Sá
Profª. Adjunta de Saúde Coletiva/UNIRIO

Bianca Ramos Marins
Biomédica – Dra. em Vigilância Sanitária de Produtos pelo INCQS/FIOCRUZ

Marileide do Nascimento Silva
Profª. Me em Ensino de Ciências e Saúde pelo IOC

RESUMO

A hepatite B é uma doença infecciosa, causada por um vírus, conhecida como um grave problema de saúde pública com grande impacto para o sistema de saúde. Este estudo aborda a ocorrência da hepatite B frente às populações indígenas, que é um dos grupos de risco, especialmente, as populações indígenas da região Norte e Centro- Oeste do país. A pesquisa destaca os fatores que propiciaram o aparecimento e transmissão da hepatite B nas populações indígenas brasileiras. Aponta as estratégias de saúde implementadas para prevenção e controle da hepatite B, considerando os aspectos positivos e negativos que permeiam as ações em saúde no contexto destas populações. É um estudo de abordagem qualitativa, cuja coleta de dados foi realizada através de levantamento bibliográfico utilizando-se livros, teses, artigos científicos, entre outros. Os dados coletados e analisados buscaram os fatores intervenientes na implementação das ações de prevenção e controle da doença, considerando as especificidades destas populações.

Palavras-Chave: Hepatite B. Estratégias de controle. Povos Indígenas. Imunização

LISTA DE SIGLAS

CISI Comissão Intersetorial de Saúde do Índio
CNS Conselho Nacional de Saúde
COSAI Coordenação de Saúde do Índio
DATASUS Departamento de Informação e Informática do SUS
DEOPE Departamento de Operações
DESAI Departamento de Saúde Indígena
DNA Ácido Desoxirribonucléico
DSEIS Distritos Sanitários Especiais Indígenas
EVS Equipes Volantes de Saúde
FUNAI Fundação Nacional do Índio
FUNASA Fundação Nacional de Saúde
GGT gama-glutamil-transferase
HBeAg Antígeno “e” do vírus da hepatite B
HBsAg Antígeno de superfície do vírus da hepatite B
HIV Vírus da Imunodeficiência Humana
OMS Organização Mundial de Saúde
PNASPI Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
PNI Programa Nacional de Imunizações
RNA Ácido Ribonucléico
SINAN Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPI Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais
SUS Sistema Único de Saúde
SUSA Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas
VHB vírus da hepatite B
VHD vírus da hepatite D

Sumário

1 INTRODUÇÃO	7
1.1 JUSTIFICATIVA.....	10
1.2 OBJETIVOS.....	11
1.2.1 Objetivo Geral:.....	11
1.2.2 Objetivos Específicos:.....	11
1.3 METODOLOGIA.....	12
2 PANORAMA GERAL DE HEPATITE B NO BRASIL	13
3 HEPATITE B	17
3.1 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS.....	17
3.2 ESTÁGIOS DA DOENÇA.....	18
3.3 TRANSMISSÃO.....	20
3.4 TRATAMENTO.....	20
3.5 GASTOS FINANCEIROS.....	23
3.6 VACINAÇÃO.....	25
3.7 ENDEMICIDADE.....	26
4 HEPATITE B NAS POPULAÇÕES INDÍGENAS	29
5 HISTÓRICO DA SAÚDE INDÍGENA	31
6 ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA HEPATITE B ADOTADAS PARA POVOS INDÍGENAS NO BRASIL	40
7 CONCLUSÃO	48
REFERÊNCIAS	50

1 INTRODUÇÃO

A hepatite B é considerada um grave problema de saúde pública em todo o mundo. Cerca de 2 bilhões de pessoas já se infectaram pelo vírus da hepatite B (VHB) sendo, 350 milhões de portadores crônicos. Entre os portadores crônicos há elevada mortalidade ocorrendo em média anualmente 600 mil mortes pela doença (MORAES et al, 2010). No Brasil, o número de casos confirmados de hepatite B é uma questão que merece revisão constante, visto que, os casos notificados veem aumentando significativamente em quase todos os estados do país (BRASIL, 2006).

A hepatite B é uma doença infecciosa, imunoprevinível, causada por um vírus (VHB) da família *Hepadnaviridae*, grupo de vírus que possuem características em comum. Essa família é separada em dois gêneros: *Orthohepadnavirus* e *Avihepadnavirus*. A primeira família constitui os vírus que afetam os mamíferos, incluindo os seres humanos. O genoma do VHB é um dos menores em relação a outros vírus humanos, medindo cerca de 42nm (partícula de Dane). É composto por uma molécula de DNA circular de fita parcialmente dupla e envelopada (SANTOS; ROMANOS; WIGG, 2008). O vírus da hepatite B tem capacidade de associar-se ao vírus da hepatite D ou vírus Delta¹, causando uma co-infecção cuja evolução do quadro clínico é ainda mais rápida (RIBEIRO; SOUTO, 2000). A hepatite B e a hepatite D são caracterizadas como doenças infecciosas virais capazes de desencadear infecção assintomática ou sintomática, sendo a hepatite B por um vírus DNA e a hepatite D, por um vírus RNA (BRASIL, 2007).

O VHB é um vírus de alta infectividade, sendo 50 a 100 vezes maior do que a do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (TAUIL et al, 2012). A transmissão do vírus hepatite B ocorre através do contato com fluidos corporais (via parental) ou sêmen (via sexual), contaminados. A transmissão do VHB pode ocorrer então, pelo contato com o sangue da pessoa infectada, de mãe para filho durante o parto (via vertical), ou por uso de seringas compartilhadas com sangue contaminado pelo vírus da hepatite B (BRASIL, 2007).

A condição de portadores crônicos da hepatite B aumenta consideravelmente a possibilidade de agravamento de seu quadro clínico, acarretando necessidade de medicações de alto custo, com conseqüente aumento dos gastos públicos, sobretudo, com procedimentos e tratamento específicos (CASTELO et al, 2007). Os medicamentos aprovados atualmente para o tratamento desta doença são o interferon-alfa ou convencional, interferon peguilado, a

¹ O VHD causa infecção apenas com a coinfeção com o vírus da hepatite B (VHB) em indivíduos normais ou superinfecção em portadores crônicos do VHB (FONSECA, 2002)

lamivudina, o adefovir dipivoxil, o entecavir e mais recentemente a telbivudina (FERREIRA; BORGES, 2007) A necessidade de disponibilizar estes medicamentos para a população infectada pelo VHB, acarreta um impacto nos gastos públicos, apesar de sua imensurável importância na melhoria da qualidade de vidas dessas pessoas (ALMEIDA et al, 2011). Desta forma, o investimento em prevenção em saúde é mais vantajoso do que o investimento em tratamentos, sem mencionar os ganhos de natureza social e econômica que as medidas preventivas oferecem (FUNASA, 2006).

Para a prevenção da hepatite B, vacinas já foram desenvolvidas, havendo nas últimas três décadas, avanços significativos nesta área (MORAES; LUNA; GRIMALDI, 2010). A vacinação é considerada como o método mais eficaz para prevenção pelo VHB² (PETRY; KUPEK, 2006). No Brasil, em 1989, a vacina contra hepatite B começou a ser aplicada nas crianças menores de um ano, sendo estendida para até dez anos de idade em alguns estados, como Amazonas, por exemplo, em função da co-infecção pelo vírus da hepatite B(VHB) e o vírus da hepatite D (VHD) serem elevadas. Em 1995, a vacina já estava disponível em todo o país (NUNES; MONTEIRO; SOARES, 2007).

A extensão da faixa etária para aplicação da vacina da hepatite B em alguns municípios do Estado do Amazonas, não foi por acaso. Em determinadas áreas do Brasil, a literatura aponta como sendo a região Norte do país e a Amazônia Ocidental³ de maior endemicidade (BRASIL et al, 2003).

A análise da mortalidade por hepatite B no Brasil, no período de 2000 a 2009, indica que a região Norte apresentou as maiores taxas comparando- a as demais regiões (TAUIL et al, 2012). E isto inclui, no caso do Brasil, áreas onde se situam boa parcela das populações indígenas, já que estas se encontram principalmente na região Centro-Oeste e Norte do país (FUNASA, 2002).

Os profissionais de saúde, hemodialisados, homossexuais, hemofílicos, toxicômanos, imunossuprimidos etc., são considerados como grupo de risco para hepatite B, além das populações indígenas (FERREIRA, 2000). Estas populações possuem um aspecto cultural bastante específico, uma vez que este grupo detém seus próprios modos de compreender a vida, costumes, tradições, cultura, religião e sabedoria possibilitando devido a estes costumes maior circulação do VHB (VIANA et al, 2002). Por isso, toda e qualquer ação de saúde

²² Com a prevenção do vírus VHB, conseqüentemente há uma imunização contra a infecção pelo vírus da hepatite D(VHD), já que este último só possui poder de infecção com a co-infecção pelo VHB (FERREIRA; SILVEIRA, 2006)

³³ Amazônia Ocidental é compreendida pelos Estados do Pará, Acre, Roraima e Rondônia (BRASIL, 2007).

destinada a este grupo deve reconhecer e considerar suas especificidades e costumes. Entretanto, observa-se que devido à diversidade desses povos e as dimensões territoriais do país, qualquer ação de saúde, torna-se mais complexa. Em determinadas localidades, como em algumas regiões da Amazônia, por exemplo, as distâncias são medidas em dias de viagens cujas estradas são precárias e os rios de navegabilidade difícil e até, em alguns casos, impossível em certos períodos (FUNASA, 2002). Desta forma, o acesso desta população aos serviços de saúde ou mesmo a prestação da assistência nestes locais, torna-se bastante difícil e complexo na operacionalização de estratégias de controle.

Com a Constituição de 1988, os povos indígenas, foram reconhecidos como sujeitos de direitos especiais e cujas organizações sociais, econômicas e políticas se diferem, cabendo ao Estado respeitá-los como povos distintos, desenvolvendo políticas públicas que contemplem a diversidade cultural destes povos. Somado a este fato, na própria Constituição, existem alguns artigos que tratam sobre a saúde, que asseguram o direito Universal à Saúde a todos os cidadãos brasileiros (BRASIL, 2000). Portanto, está incluso como direito o acesso à saúde aos povos indígenas (SOUZA FILHO, 2008-2009).

Segundo BRAGA et al. (2001) os casos confirmados de hepatite B, nas populações indígenas, tem relação direta com aspectos históricos e antropológicos, formas de representação social do processo saúde-doença, como também aspectos ecológicos desses povos, propiciando a manutenção e a circulação do VHB nos mesmos. NUNES; MONTEIRO; SOARES. (2007, p. 2757) confirma, acrescentando que a transmissão do vírus entre esses povos tem a ver com “seus costumes, sua constituição genética, a ecologia da região, a forma e tempo de contato com outras populações índias e não índias” Assim, fatores ligados diretamente a estas populações como construção histórica, compreensão sobre a saúde, contato com vegetação das matas, costumes próprios e contato com outras populações, seriam agentes responsáveis pela incidência de hepatite B nestes povos.

Considerando estas questões, o presente trabalho aborda os fatores determinantes da hepatite B nas populações indígenas brasileiras a partir de dados presentes na literatura, como também destacar as medidas para seu controle, apontando as possíveis causas que facilitam e dificultam as ações de saúde em torno da prevenção, promoção da saúde e controle da doença na população indígena da região norte do Brasil.

1.1 JUSTIFICATIVA

A hepatite B é considerada mundialmente como um grave problema de saúde pública, devido ao elevado número de pessoas infectadas pelo vírus, estimado em torno de 2 bilhões

de pessoas, dos quais 350 milhões são portadores crônicos. Entre os portadores crônicos há elevado risco de óbitos, ocorrendo em média 600 mil mortes anualmente por hepatite B (MORAES; LUNA; GRIMALDI, 2010). No Brasil, as notificações desta doença vêm aumentando em quase todos os estados, sendo a região norte a pioneira no número de casos confirmados de hepatites virais. Neste sentido, o norte do país e a Amazônia Ocidental apresentam maior prevalência, apesar da distribuição espacial por VHB ser heterogênea (BRASIL et al, 2003). Nestas áreas identificadas como de maior prevalência da hepatite B, encontra-se boa parte das populações indígenas do país, consideradas como um dos grupos de risco, conforme Ferreira (2000).

Essas populações apresentam uma significativa especificidade cultural, pois são dotadas de “sua própria história, seus modos de vida, suas culturas e tradições, sua religião, sua sabedoria.” (VIANA et al, 2002, p. 6) Desta forma, estas populações merecem especial atenção, principalmente em relação a ocorrência da hepatite B, uma vez que os costumes, valores e formas de viver podem interferir substancialmente no modo de transmissão, prevenção e controle de várias doenças, especialmente da hepatite B, onde é mais incidente (BRASIL, 2006). Logo, este estudo mostra-se relevante por direcionar uma reflexão voltada a esta população com base em sua especificidade, tentando compreender os fatores que propiciam a situação de endemicidade por hepatite B nestas populações.

Além desses fatores e as medidas para seu controle, o estudo destaca a importância do debate acerca do custo do tratamento de hepatite B. O gasto médio por paciente portador de hepatite B tende a elevar-se conforme o agravamento do quadro clínico, o que causa elevados gastos para o SUS, sendo os procedimentos e medicamentos os principais responsáveis por este custo elevado (CASTELO et al, 2007).

Assim, torna-se importante refletir-se sobre as ações de saúde voltadas ao tratamento da hepatite B, como também sobre os mecanismos de prevenção e controle, suas possíveis fragilidades para que, o número de casos notificados desta doença nas populações indígenas, especialmente nestas áreas endêmicas, seja cada vez menor. Torna-se, portanto, fundamental conhecer os fatores que interferem na implantação e desenvolvimento das ações de prevenção e controle da doença nas populações indígenas das regiões Norte e Centro-Oeste do Brasil.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral:

Compreender os fatores determinantes da hepatite B nas populações indígenas brasileiras, apontando as possíveis causas que facilitam ou dificultam ações preventivas e de controle da doença na população indígena da região Norte e Centro- Oeste do Brasil;

1.2.2 Objetivos Específicos:

- Descrever os principais fatores que propiciam o aparecimento e transmissão da hepatite B nas populações indígenas do Brasil;
- Destacar estratégias de saúde para prevenção e controle da hepatite B nestas populações;
- Identificar os aspectos positivos e negativos no desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde nas populações indígenas do Brasil;
- Compreender o panorama geral de hepatite B no Brasil;

1.3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de caráter qualitativo, baseado em levantamento bibliográfico sobre a ocorrência da hepatite B nas populações indígenas brasileiras e as estratégias de prevenção e controle da doença nesta população. A coleta de dados teve por base o levantamento em artigos científicos, livros, cartilhas do Ministério da Saúde, publicações da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), dentre outros, no período aproximado das últimas duas décadas.

Os dados coletados e analisados buscaram os fatores intervenientes na implementação das ações de saúde preventivas e de controle da doença, considerando as especificidades destas populações.

2 PANORAMA GERAL DE HEPATITE B NO BRASIL

Através da análise dos dados disponíveis do sistema de informações do Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS), mais precisamente, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)⁴ referentes aos casos confirmados de Hepatite B no Brasil, é possível observar o panorama geral desta doença no país.

De modo geral, os dados abaixo (tabela 1 e gráfico 1) demonstram um crescimento constante no número de casos confirmados de hepatite B. Sobretudo, tal crescimento se mostrou maior nos anos que compreendem 2003 até, recentemente, 2009, excetuando-se o ano de 2008 que apresentou uma ligeira queda no número de casos confirmados. Em relação aos anos de 2003 a 2007, observa-se um aumento no número de casos confirmados desta doença em todas as regiões do país. Sendo, a região Sudeste a líder no número de notificações. Tal fato pode sugerir não só a elevada ocorrência de hepatite B na região, mas também a própria qualidade do sistema de informação da mesma. Além disso, com tais dados, pode-se indicar a necessidade de uma reavaliação e melhoria das medidas de cunho vacinal no país, já que a vacinação se constitui como o método mais importante no combate à hepatite B (FERREIRA, 2000).

Já no período correspondente ao ano de 1996 até 1999, é possível inferir algumas sugestões quanto à evolução desta doença no país. De início, observa-se que no ano de 1996 os casos confirmados da doença eram praticamente mínimos. Após este ano, em 1997, o número de casos aumentou de maneira bastante significativa, já que acresceu seu valor cerca de nove vezes mais quando comparado aos dados indicados no ano anterior, 1996.

Historicamente, no Brasil, a expansão dos sistemas de informação a respeito da morbidade, mortalidade e nascidos vivos ocorreu nos anos de 80 e 90 a partir do registro de informações municipais, no entanto tais registros apresentavam significativas falhas em sua cobertura. Sobretudo, o Norte e Nordeste foram às regiões mais prejudicadas com a defasagem de dados, segundo Targino (2009). Neste sentido, Frias et al (2008) destaca que em algumas áreas do país há realmente precariedade na coleta de dados, dificultando, deste modo, a elaboração de políticas públicas. Desta maneira, é possível colocar em debate a possibilidade do número de casos confirmados de hepatite B, na região Norte, por exemplo, ter sido prejudicado pelo sistema de informação ainda precário na época, uma vez que a incidência desta doença na região foi apontada como endêmica por autores como Brasil et al (2003) e Nunes; Monteiro e Soares (2007), na região Amazônica.

⁴ Este sistema é responsável pela coleta e transmissão de dados gerados pelo sistema de vigilância epidemiológica do Governo, através dele é possível traçar o perfil de morbidade da população (TARGINO, 2009)

Apesar de estes dados contribuírem para análise sobre a hepatite B, não possuem ainda certa exatidão e clareza absoluta sobre seus valores. Isto, devido a algumas limitações deste sistema, como a insuficiência de estrutura técnico-operacional do sistema de vigilância epidemiológica, tanto no Estado quanto nos municípios, limitando, assim, a detecção, notificação e realização de testes laboratoriais específicos para a confirmação de novos diagnósticos de hepatite B. A distinção entre novos casos confirmados desta doença e portadores do VHB também é prejudicada.

Além disso, os profissionais de saúde também estão envolvidos nas limitações deste sistema, pois alguns deles apresentam deficiências à interpretação dos marcadores sorológicos para a hepatite B e encerramento de casos. Há também determinada deficiência na base de dados no sistema de notificação (Sinan-Net) que dificultam a interpretação dos resultados, sem mencionar ainda o atraso dos resultados sorológicos nos municípios, prejudicando a veracidade dos dados⁵.

No que se refere às notificações no final dos anos 90, acredita-se que a implantação da vacinação universal no Brasil, ocasionou impactos a médio prazo na prevenção de hepatite B no país (CARMO; BARRETO; SILVA JR, 2003). Em relação às populações indígenas, apesar das dificuldades de vacinação (GARNELO, 2011) as estratégias de vacinação mostram-se eficazes no controle desta doença nestes povos (FERREIRA et al, 2006). Estudos recentes apontam também a queda expressiva na prevalência de portadores crônicos de hepatite B na Amazônia Ocidental como resposta aos mecanismos de vacinação adotados (MORAES, LUNA, GRIMALDI, 2010).

⁵ Disponível em: <<http://www3.saude.ba.gov.br/cgi/tabnet/ripsa/d0108/d0108.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2012.

Tabela 1- Casos confirmados de Hepatite B. Brasil, Grandes Regiões por ano de notificação. 1996-2009

Região	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Região Norte	0	93	182	486	945	903	992	1219	1243	1269	1582	1297	390	2052
Região Nordeste	1	449	553	524	808	951	1153	1231	1749	2019	1536	1124	394	1461
Região Sudeste	0	1764	649	1751	2840	2716	3278	4824	6370	6656	6661	4455	2526	5980
Região Sul	705	3149	3278	3407	3478	3056	2888	3656	3741	4405	4295	3528	1433	3777
Região Centro-Oeste	0	643	589	741	883	881	868	1052	1192	1704	1662	1156	381	1709
TOTAL	706	6098	5251	6909	8954	8507	9179	11982	14285	16053	15736	11560	5124	14979

Fonte: MS/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN

Casos confirmados de Hepatite B. Brasil, Grandes Regiões por ano de notificação. 1996-2009

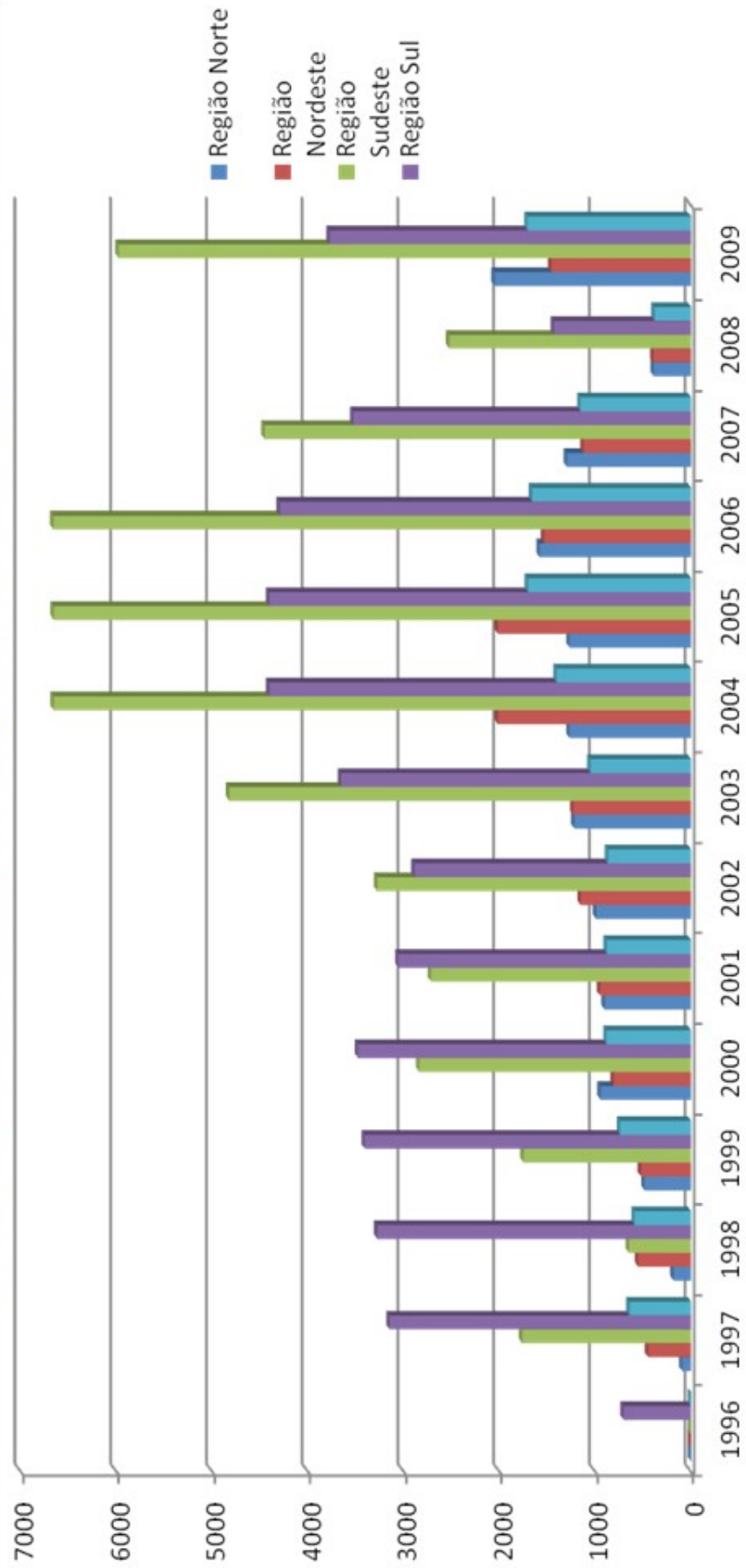


Gráfico 1 – Casos confirmados de Hepatite B. Brasil, Grandes Regiões por ano de notificação 1996-2009
 Fonte: Dados MS/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN

3 HEPATITE B

A hepatite B é uma doença infecciosa, imunoprevenível, causada por um vírus (VHB) da família Hepadnaviridae, grupo de vírus que possuem características em comum. Essa família de vírus é separada em dois gêneros: Orthohepadnavirus e Avihepadnavirus. O primeiro gênero constitui os vírus que afetam os mamíferos, portanto inclui os seres humanos. A segunda, por sua vez, corresponde aos vírus que afetam as aves. O genoma do VHB é um dos menores em relação a outros vírus humanos, é composto por uma molécula de DNA circular de fita parcialmente dupla, é envelopado e mede cerca de 42nm (partícula de Dane) (SANTOS; ROMANOS; WIGG, 2008).

O vírus da hepatite B tem capacidade de ser associado ao vírus da hepatite D ou vírus Delta⁶. A hepatite D é uma infecção cujo agente etiológico é o vírus da hepatite D (VHD), sendo um vírus defectivo (incompleto) ⁷, seu genoma é considerado grande, sua família é a Deltaviridae, é reconhecido como o mais patogênico e infeccioso dentre os vírus hepatotrópicos (SANTOS; ROMANOS; WIGG, 2008). Os vírus classificados como hepatotrópicos, ou seja, hepatotropismo condiz a vírus que afetam primeiramente ao tecido hepático (BRASIL, 2010). As doenças causadas por ambos os vírus podem desencadear infecção assintomática ou sintomática, sendo a hepatite B por um vírus DNA e a hepatite D, por um vírus RNA (BRASIL, 2007).

3.1 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Uma pessoa infectada pelo vírus VHB pode apresentar distintas manifestações clínicas. Mais da metade (90%) dos indivíduos infectados, não apresentam sintomas, outros, no entanto, desenvolvem hepatite crônica, a qual evolui para a cirrose e hepatocarcinoma. Há pacientes que desenvolvem a forma fulminante da doença e, logo, é seguida de óbito. No que se refere às crianças portadoras do vírus, 90% delas tornam-se portadores crônicos e, a justificativa para tal, corresponde à imaturidade do seu sistema imunológico. Os adultos, por sua vez, em 90% dos casos são curados e em 70% destes casos a hepatite mostrou-se sob a forma de hepatite anictérica ou subclínica. (SANTOS; ROMANOS; WIGG, 2008).

As hepatites de modo geral podem ser confundidas com diversas outras patologias cujas manifestações clínicas são semelhantes, por isso a análise do perfil epidemiológico da região e a sazonalidade colaboram com o diagnóstico (BRASIL, 2007). Um indivíduo ao

⁶ O VHD causa infecção apenas com a coinfeção com o vírus da hepatite B (VHB) em indivíduos normais ou superinfecção em portadores crônicos do VHB(FONSECA, 2002).

⁷ Vírus defectivo refere-se a vírus que não conseguem sozinhos reproduzir seu próprio antígeno de superfície, portanto não conseguem provocar uma ação patogênica. Desta forma, necessitam de uma co-infecção para sua replicação (BRASIL, 2005, 6 ed.)

procurar uma unidade de saúde e, sendo levantada suspeita da contração da hepatite B, tal confirmação é possível através do diagnóstico laboratorial. Desta forma, é descoberto se a pessoa de fato é portadora da infecção e também em qual fase a mesma se encontra. No caso de VHD, o diagnóstico laboratorial, baseia-se em identificar indivíduos já portadores recentemente do VHB e que também sejam residentes em locais já classificados como de elevado risco para infecção do vírus VHD (SANTOS; ROMANOS; WIGG, 2008).

3.2 ESTÁGIOS DA DOENÇA

A hepatite B pode ser classificada em três estágios: hepatite aguda, hepatite crônica e hepatite fulminante. Com a co-infecção do VHB e VHD a infecção envolve formas graves, causando a hepatite fulminante e o agravamento das lesões de hepatite crônica, progredindo gravemente para a cirrose hepática. Em relação às demais hepatites virais somente os vírus B, C e D desenvolvem formas crônicas de hepatite, o potencial de cronificação de cada um deles varia em virtude de fatores ligados aos vírus e aos hospedeiros. Indivíduos com qualquer tipo de imunodeficiência adquirem maior chance de cronificação da infecção pelo vírus da hepatite B(VHB) (BRASIL, 2005, 1 ed.).

A hepatite aguda, de modo mais geral, ocorre em virtude da infecção por um vírus hepatotrópico. Nesta fase há ainda uma divisão em três períodos cujas características sintomáticas diferenciam-se, sendo eles o período prodrômico ou pré-ictérico, fase ictérica e fase de convalescença (BRASIL, 2010).

Período prodrômico ou pré-ictérico está relacionado à incubação do agente etiológico, é anterior a fase ictérica e sua duração é de aproximadamente 3 a 10 dias. Seus sintomas são inespecíficos como: anorexia, náuseas, vômitos, diarreia (ou, raramente, constipação), febre baixa, cefaleia, mal-estar, astenia e fadiga, paladar e/ou olfato intolerantes, mialgia, fotofobia, desconforto no hipocôndrio direito, urticária, artralgia ou artrite e exantema papular ou máculo-papular (BRASIL, 2010).

A Fase ictérica é marcada, em geral, pela diminuição dos sintomas de sua fase anterior, sintomas prodrômicos, e o surgimento da icterícia precedida em certos casos pela presença de colúria (BRASIL, 2005, 6 ed.). Neste período há hepatomegalia dolorosa, podendo ocorrer esplenomegalia. Como também aumento da dosagem de bilirrubinas totais⁸, aminotransferases⁹ e manutenção em níveis normais ou discretamente elevados de fosfatase

⁸ Pigmento de tom esverdeado produzido pela degradação das hemoglobinas no fígado (BRASIL, 2007).

⁹ Enzimas celulares presentes no fígado, no coração e nos músculos (BRASIL, 2007).

alcalina¹⁰ e a gama-glutamil-transferase (GGT) ¹¹. Caso o nível das aminotransferases permaneça alterado em um período superior a seis meses há possibilidade de cronificação da infecção.

A Fase de convalescença caracteriza-se pelo desaparecimento da icterícia e retorno da sensação de bem-estar. Sua recuperação completa dura em média algumas semanas, todavia a fraqueza e o cansaço podem perdurar vários meses.

Já a Hepatite Crônica reflete a permanência do agente etiológico no hospedeiro após seis meses do início da infecção. Pessoas em fase de hepatite crônica tornam-se não só reservatórios de vírus, como também são principais responsáveis pela perpetuação da transmissão do mesmo. Por isso, ressalta-se sua importância epidemiológica na transmissão da doença.

No caso do portador assintomático (forma benigna da doença), apesar de não apresentarem manifestações clínicas e a sua replicação viral ser baixa ou ausente e seus danos hepáticos não serem graves ou evidentes, eles também tem capacidade de transmitir a hepatite, aumentando assim o número de infectados.

O portador sintomático (infecção crônica) apresenta sintomas histológicos de lesão hepática (inflamação, com ou sem deposição de fibrose) e marcadores sorológicos ou virológicos de replicação viral. Os sintomas são melhores evidenciados dependendo do grau de dano hepático estabelecido. “Eventualmente, o diagnóstico é realizado quando aparecem, em face das complicações da doença, sinais e sintomas como cirrose e/ou hepatocarcinoma.” (BRASIL, 2010).

A hepatite fulminante ou insuficiência hepática grave ¹² reporta-se ao agravamento da hepatite aguda, mais precisamente, no período icterico. Surge até 8 semanas após o início da icterícia. Sua mortalidade é bastante elevada e, em regiões endêmicas, sua causa está ligada a co-infecção VHB/VHD (BRASIL, 2005, 6 ed.). Seus “sintomas são confusão mental, sonolência, períodos de excitabilidade, levando ao coma rapidamente. Alterações dos fatores de coagulação são observadas neste caso com surgimento de hemorragias, principalmente no tubo digestivo.” (BRASIL, 2007).

¹⁰ Essa enzima sofre aumento na fase de crescimento de crianças e adolescentes, devendo ser analisado este aspecto. A fosfatase alcalina não sofre alterações significativas nas infecções virais em geral somente nas formas colestáticas (BRASIL, 2007). “Colestase significa diminuição ou interrupção da excreção de bile por obstrução do fluxo através da árvore biliar intra ou extra-hepática, ou por alteração funcional do hepatócito” (PORTA, Gilda, 2006 p. 31).

¹¹ Enzima relacionada aos fenômenos colestáticos, sejam eles simultaneamente intra e extra-hepáticos ou não (BRASIL, 2007).

¹² A possibilidade de insuficiência hepática deve ser observada quando o suspeito apresentar indisposição progressiva, urina escurecida e coagulação anormal (BRASIL, 2010).

3.3 TRANSMISSÃO

A transmissão do vírus da hepatite B ocorre através do contato com o sangue da pessoa infectada, seja de mãe para filho durante o parto (via vertical), contato com seus fluidos corporais como, por exemplo, a saliva, leite materno, ou ainda, por meio do contato com secreções de ferimentos (via parental) ou sêmen (via sexual), se previamente esses fluidos tiverem tido algum contato com o sangue do infectado¹³. Deste modo, medidas preventivas a serem adotadas pelo indivíduo para evitar o contágio pela hepatite B seriam: a utilização de preservativo durante a relação sexual, o não-compartilhamento de objetos pessoais dentre eles lâminas de barbear, escovas de dente, seringas e perfurocortantes em geral, e a utilização de sangue devidamente testado para transfusões. O indivíduo só adquire a hepatite D, por sua vez, se antes já estiver infectado pelo vírus da hepatite B, logo ao se prevenir contra o vírus da hepatite B, estará automaticamente se protegendo do vírus da hepatite D (AMABIS; MARTHO, 2004, p.49). “Por ser dependente do vírus B, o vírus D apresenta a mesma forma de transmissão: parenteral e principalmente, sexual. Na transmissão vertical depende da carga viral do vírus VHB” (BRASIL, 2007).

3.4 TRATAMENTO

Em relação ao tratamento da hepatite B, seu objetivo é eliminar ou inibir o vírus e, assim, diminuir a inflamação hepática, o que, conseqüentemente, evita o surgimento de uma cirrose¹⁴ como também o câncer hepático.

O tratamento para hepatite B depende de vários fatores, como o estágio da doença, a presença ou ausência do antígeno “e”, o potencial de resistência ao medicamento e a subsequente incapacidade de utilização de um medicamento, em particular nos estágios finais da doença crônica do fígado. Esses e outros fatores são importantes para avaliar o momento de início de tratamento, o tipo de tratamento indicado e sua duração (Almeida et al, 2009, p. 1667).

Desta forma, antes do início do tratamento é necessário toda uma análise acerca do mais adequado medicamento para a melhora do estado clínico do paciente. “A avaliação do

¹³ O VHB tem capacidade de sobreviver no sangue seco à temperatura ambiente por até uma semana, sendo maior sua sobrevivência se estiver em um ambiente úmido, sobretudo em sangue, plasma, soro, ou ainda ao abrigo da luz. O DNA desse vírus resiste durante 10 horas a 60°C e durante 5 minutos a 100°C. Esse vírus mantém a capacidade infectante após a exposição ao éter, ao ácido (pH 2,4 por 6 horas) e ao calor (98°C por 1 minuto, 60°C por 10 horas). (BRASIL, 2007)

¹⁴ Doença progressiva cujo excesso do tecido conjuntivo provoca endurecimento e contração do fígado, podendo evoluir com grandes riscos para hepatocarcinoma.

paciente pré-tratamento é fundamental e objetiva para selecionar os indivíduos que serão tratados. Além da história e exame físico cuidadosos é importante estar à disposição do médico, todas as provas de função hepática [...]” (FERREIRA; BORGES, 2007).

No Brasil, a Portaria 860 de 4 de novembro de 2002 do Ministério da Saúde é responsável por definir as características dos pacientes que devem ser submetidos a tratamento por hepatite B: positividade para o HBsAg¹⁵ por mais de seis meses, positividade para o HBeAg¹⁶ ou mais de 30.000 cópias de DNA/ml de soro, enzimas hepáticas (LT/AST) acima de duas vezes o limite superior dos valores de referência, biópsia hepática com atividade inflamatória de moderada a intensa e ausência de contraindicação do tratamento (SANTOS; ROMANOS; WIGG, 2008).

Nas formas agudas, não há tratamento específico, o qual é indicado principalmente a pacientes portadores do VHB em fase de hepatite crônica¹⁷ e cirrose hepática (FERREIRA, 2000). Uma parcela dos infectados em fase aguda evoluem para a cura espontânea, enquanto outra desenvolve hepatite fulminante. Estes últimos apresentam complicações devido à insuficiência hepática aguda e, além de necessitar do tratamento em unidades de terapia intensiva a melhor forma de tratamento é o transplante hepático. “Muitas drogas têm sido avaliadas no tratamento dessa virose nos últimos 10 anos, e a eficácia de cada uma delas em estudos controlados apresenta resultados bastante variáveis”¹⁸ (FERREIRA, 2000, p. 394). Os medicamentos aprovados para o tratamento da hepatite B, atualmente, são cinco: o interferon-alfa ou convencional, interferon peguilado, a lamivudina, o adefovir dipivoxil, o entecavir e mais recentemente a telbivudina (FERREIRA; BORGES, 2007).

Recentemente outros medicamentos têm sido desenvolvidos para o tratamento da infecção crônica pelo VHB. “A descoberta de que esse vírus utiliza a enzima transcriptase reversa no seu ciclo de replicação celular, motivou vários autores a empregar medicações inibidoras dessa enzima [...]” (FERREIRA, 2000, p. 396).

Apesar do desenvolvimento de medicamentos para o controle da infecção pelo VHB em pacientes em fase de hepatite crônica observa-se o surgimento de complicações no quadro do mesmo. Muitos destes pacientes evoluirão com ou sem tratamento para a cirrose hepática e hepatocarcinoma (FERREIRA, 2000). “Os cirróticos descompensados, com icterícia, ascite e

¹⁵ Antígeno de superfície do vírus da hepatite B (BRASIL, 2010)

¹⁶ Antígeno “e” do VHB (BRASIL, 2010)

¹⁷ O tratamento da hepatite crônica B visa eliminar ou suprimir a replicação do VHB e, com isso, evitar a progressão para a cirrose e o carcinoma hepatocelular (FERREIRA; BORGES, 2007)

¹⁸ Nenhuma dessas medicações erradica o VHB dos hepatócitos, pois esse vírus ao infectar a célula hepática desloca seu DNA para o núcleo da célula invadida. (FERREIRA; BORGES, 2007)

encefalopatia hepática, possuem poucas chances de resposta a qualquer terapia antiviral e, portanto, devem ser encaminhados para o transplante hepático” (FERREIRA, 2000, p. 398). Assim, através da análise dos efeitos colaterais, custos do tratamento, possível transplante hepático e abalos psicológicos no portador do VHB, é possível destacar que o melhor para o controle da doença são medidas no âmbito da prevenção e promoção da saúde. Conceitos estes ligados ao campo da saúde e que possuem suas distinções.

As ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações.

A base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno; seu objetivo é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. Os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturam-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos. (CZERESNIA, 2003, p.4)

O termo prevenção em saúde se baseia na perspectiva de que é necessário investir em prévias ações responsáveis por diminuir a probabilidade de contrair determinada doença, não precisando, portanto, ser curada. Vale ressaltar que a cura não é o foco principal do modelo de saúde que preza pela prevenção. A lógica neste está em precaver-se da doença, previamente, para não ter que curá-la, o que é mais benéfico à população.

Já o termo promoção no âmbito da saúde é compreendido como toda e qualquer ação destinada à capacitação dos indivíduos por intermédio da educação em saúde, com a finalidade de torná-los ativos em constatar e se precaver de possíveis agravos a sua própria saúde. Agravos esses que podem, a partir do acesso à informação, serem controlados pelo próprio indivíduo (BUSS, 2002). Desta forma, “Promoção da saúde define-se, tradicionalmente, de maneira bem mais ampla que prevenção [...]” (CZERESNIA, 2003, p. 4). No sentido que se propõe a capacitar as pessoas a reconhecerem os fatores epidemiológicos e, terem, assim, capacidade de atuarem em favor de sua saúde e, conseqüentemente, obterem uma melhor qualidade de vida (CZERESNIA, 2003).

Além disso, o entendimento sobre o que vem a ser o processo saúde doença se constitui como necessário para se compreender a própria relação do homem frente a este processo. Já que este desconstrói a concepção de saúde como ausência de doença e atribui a saúde com um agrupamento de fatores relacionados ao indivíduo que permeiam sua qualidade de vida (BRASIL, 2000).

[...] o processo saúde-doença é um processo social caracterizado pelas relações dos homens com a natureza (meio ambiente, espaço, território) e com outros homens (através do trabalho e das relações sociais, culturais e políticas) num determinado espaço geográfico e num determinado tempo histórico. (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998, p.29).

Portanto, o chamado processo saúde-doença compreende a relação do homem com a natureza que o cerca, a relação de si mesmo com demais homens, subordinada a um tempo histórico e espaço geográfico.

Assim como já foi exposto, é de suma importância se pensar em adotar medidas de cunho preventivo ao invés de curativo, tendo como base uma melhor qualidade de vida, sem contar na diminuição dos gastos públicos com tratamento, como no caso, da hepatite B crônica. A prevenção da hepatite B tem como finalidade reduzir seu número de casos tanto na forma aguda quanto crônica. Portanto, age também com o intuito de reduzir o surgimento de pessoas vítimas das complicações advindas desta infecção. (SANTOS; ROMANOS; WIGG, 2008). As ações preventivas seriam um maior “controle dos doadores de sangue, sêmen, tecidos e da educação da população em relação às formas de transmissão, por meio de programas de conscientização e treinamento de profissionais de saúde.” (SANTOS; ROMANOS; WIGG, 2008, p. 345).

3.5 GASTOS FINANCEIROS

Os gastos financeiros bancados pelo SUS com o tratamento de doenças, se utilizados com um enfoque, sobretudo, na prevenção podem ser mais bem otimizados. “Estudos comprovam que a prevenção de doenças é o mais importante investimento em saúde. Mais que um dispêndio, a prevenção gera ganhos efetivos de natureza social e econômica” (FUNASA, 2006, p. 2). Os custos investidos em prevenção são mais vantajosos do que o investimento em tratamentos, pois colabora, por exemplo, para a diminuição da demanda hospitalar. Com isso, evita-se a saturação deste setor de atendimento (FUNASA, 2006). No entanto, apesar da prevenção ser um meio de diminuição dos gastos públicos, é de imensurável importância a disponibilidade de medicamentos para o tratamento aos que já possuem determinada doença. Afinal, a qualidade de vida destas pessoas também deve ser assegurada. “Apesar do impacto desses medicamentos nos gastos, fica evidente a importância da disponibilidade do tratamento, por ser relevante fator na melhoria da qualidade de vida dos pacientes [...]” (ALMEIDA et al, 2011, p. 58).

De acordo com o estudo de Castelo et al (2007) conforme há progressão da infecção pelo VHB (e por vezes co-infecção pelo VHD) o gasto médio por paciente sofre um processo de aumento. Isto é, conforme o quadro clínico do paciente avança os gastos do seu tratamento acabam ascendendo-se. Os pacientes que são submetidos a transplante hepático remetem ao maior gasto médio. Os procedimentos e medicamentos relativos ao tratamento se caracterizam

como os principais componentes de gasto para o SUS. Em seu boletim informativo, a Funasa (2009) aponta o elevado custo do tratamento de hepatites virais (hepatite B, C e D) destinado aos indígenas do Vale do Javari, no Amazonas. Os gastos da Fundação chegaram a R\$ 201,6 mil, sendo comprado o número de 360 ampolas para 20 indígenas. A unidade de cada ampola, do medicamento interferon peguilado, custou R\$ 560,00. Já Almeida et al (2011) em sua tese indica que os gastos públicos no setor saúde são, em boa parte, destinados a gastos com medicamentos, uma melhor compreensão dos gastos com hepatite B crônica poderia colaborar na elaboração de políticas públicas com esta finalidade.

Assim, a implementação de ações que resultem na prevenção da infecção pelo VHB e/ou dificultem a progressão da doença trará como consequência melhores resultados na saúde, mais eficiência nos gastos e redução do impacto econômico que o tratamento da HBC representa para o SUS. (ALMEIDA et al, 2011, p. 59).

Sob o olhar da prevenção, Almeida et al (2011) destaca que o investimento em Programas de Imunização seria uma boa estratégia para redução dos gastos em função da evolução do quadro de hepatite B. Segundo Petry e Kupek (2006, p. 463) “a melhor forma de prevenção contra a infecção pelo VHB é a vacinação”. Sabe-se que a imunização através da vacinação é um meio eficaz de se prevenir a infecção pelo VHB e, por conseguinte, pelo VHD. (FERREIRA; SILVEIRA, 2006). Além disso, nas últimas três décadas, ocorreram avanços bastante significativos no desenvolvimento de vacinas contra a hepatite B (MORAES; LUNA; GRIMALDI, 2010).

No cenário atual, o Brasil já possui arcabouço tecnológico e humano para a produção local da vacina contra hepatite B. Além da produção local, a vacina foi inserida no programa de vacinação. A produção nacional de tal vacina foi importante para o combate dos elevados gastos com sua importação. Como exemplo, em 1995, 73% do gasto do país com importação de vacinas se destinou à vacina contra hepatite B (GADELHA; AZEVEDO, 2003).

Com o desenvolvimento desta vacina, ocorreu a queda significativa em seu preço antes mesmo do início da produção brasileira, já que os produtores internacionais se viram ameaçados pela concorrência,¹⁹ (GADELHA; AZEVEDO, 2003).

3.6 VACINAÇÃO

No Brasil, a vacina contra hepatite B começou a ser aplicada em 1989 destinada somente para crianças até dez anos de idade de 13 municípios do Estado do Amazonas, cuja infecção pelo VHB e co-infecção pelo VHD era elevada. Somente após 1995, essa vacina foi

¹⁹ O preço da dose da vacina contra hepatite B passou de oito dólares para oito centavos de dólar a dose (GADELHA; AZEVEDO, 2003).

introduzida no Programa Nacional de Imunizações (PNI)²⁰ e passou a ser disponível em todo o país (NUNES; MONTEIRO; SOARES, 2007).

Estudos recentes na área da Amazônia Ocidental, área considerada de alta endemicidade, considera a vacinação como fator responsável pela queda dos portadores de hepatite B. A resposta inicial a esta vacina diminui com o avançar da idade, outros fatores que exercem influência são o tabagismo, a obesidade e as doenças imunossupressoras, incluindo o diabetes mellitus, uso de corticosteróide, a insuficiência renal crônica e a infecção pelo HIV. Uma pequena proporção de indivíduos saudáveis não responde satisfatoriamente a vacinação contra o VHB (MORAES; LUNA; GRIMALDI, 2010).

O esquema vacinal contra hepatite B corresponde a três doses administradas de 0, 1 e 6 meses²¹ em dosagem padronizada sendo aplicada em crianças no vasto lateral da coxa, por via intramuscular. Alguns autores sugerem a administração da vacina por via intradérmica (MOREIRA et al, 2007) “A vacinação é a ferramenta mais efetiva na prevenção da transmissão da doença e de suas consequências, sendo indicada em todos os indivíduos suscetíveis à infecção, independente da idade.” (SOUZA et al, 2007, p. 51). Atualmente, pode-se afirmar com certeza que as vacinas administradas são “seguras, disponíveis em praticamente todo o mundo, e as recomendações dos órgãos oficiais de saúde de diferentes países estão bem documentadas.” (FERREIRA; SILVEIRA, 2006, p. 56). Desta forma acredita-se que a vacinação é um método estudado e reconhecido cientificamente e que, por isso, é seguro a ser administrado à população. É racional deduzir que a infecção pelos vírus da hepatite B na população pode ser controlada através de campanhas ministeriais, as quais se proponham a melhorar e ampliar o quadro de vacinação da população.

Apesar de não haver informações sobre malefícios significativos advindos da vacinação contra hepatite B²², as práticas vigentes contra imunização por este meio devem ser mantidas em uso. Entretanto, a falta de informação ou a insuficiência desta, gera especulações que se transformam em uma barreira contra este método preventivo. Sobre isto FERREIRA e SILVEIRA, destacam:

Até o presente momento, não existem dados para concluir que as vacinas, particularmente hepatite B, apresentem riscos à saúde, e que não há justificativas para modificar as práticas atuais de imunização. Entretanto, as “cicatrizes” deixadas por relatos *irresponsáveis* que vinculam efeitos adversos graves às vacinas podem ter um impacto importante na cobertura da imunização. (2006, p. 62)

²⁰ O PNI é um Programa da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde cujo objetivo é erradicar, eliminar e controlar as doenças imunopreveníveis no território brasileiro. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1448>. Acesso em: 24 jun. 2012.

²¹ Ou ainda quatro doses, em 0, 1, 2 e 12 meses (MORAES; LUNA; GRIMALDI, 2010)

²² MOREIRA et al (2007) destaca como efeito adverso à vacinação dor local, independente da via (intramuscular ou intradérmica) e ocorrência de pequenas pápulas em alguns dos vacinados por esta última via.

O acesso à informação seja para os profissionais de saúde, população em geral e a mídia são essenciais para aceitação e entendimento das pessoas sobre a importância, neste caso, da vacinação contra hepatite B, como também informações sobre a própria doença em si. “Os profissionais de saúde e a comunidade leiga, sobretudo os pais e a mídia, devem ser continuamente informados em relação aos benefícios e uso adequado das vacinas disponíveis no nosso país.” (FERREIRA; SILVEIRA, 2006, p. 64). Um instrumento de propagação dessas informações, de modo mais amplo, seria por intermédio da própria mídia, sem minimizar a ação da família e dos profissionais de saúde. (FERREIRA; SILVEIRA, 2006)

3.7 ENDEMICIDADE

Em relação à distribuição da hepatite no Brasil, deve observar que as hepatites virais de modo geral apresentam heterogeneidade nas distintas regiões brasileiras “dadas as especificidades dos agentes etiológicos, mecanismos de transmissão e evolução clínica” (BRASIL, 2011-2012, p. 4) Assim, na incidência de hepatite B também se observa que esta “varia de maneira ampla, dependendo da área geográfica” (ANASTÁCIO et al, 2008, p. 11). A literatura acerca do assunto apresenta determinada discordância sobre as áreas de maior incidência desta doença. A explicação para esses resultados diferentes pode estar relacionada à qualidade da fonte de dados pesquisada e a precariedade do sistema de informação da região estudada (CHÁVEZ; CAMPANA; HASS, 2003). “Ainda é crescente o número de casos de hepatite B no Brasil e deve-se considerar que a subnotificação pode afetar os números apresentados.” (CHÁVEZ; CAMPANA; HASS, 2003, p. 91) Além disso, no Brasil, a vacinação universal contra a hepatite B para menores de um ano em 1998 e, posteriormente, a ampliação para menores de 20 anos no ano de 2001 proporcionaram mudanças no quadro de endemicidade da doença (BRASIL, 2009, 1. Ed, B).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) possui uma classificação que divide em três nosoáreas: a alta, média e de baixa endemicidade, sendo estas baseadas no grau de prevalência desse vírus em determinada região (BRASIL et al, 2003). No Brasil, as regiões Sul e Sudeste são consideradas de baixa endemicidade, enquanto as regiões Nordeste e Centro-Oeste são de faixas intermediárias e a Região da Amazônia Ocidental (compreendida pelos Estados do Pará, Acre, Roraima e Rondônia), Espírito Santo e oeste de Santa Catarina, por sua vez, são de alta endemicidade (BRASIL, 2007). Outros estudos, no entanto, apontam

que “no Brasil, a infecção é mais prevalente nos estados do Amazonas²³, Mato Grosso e na região sul.” (ANASTÁCIO et al, 2008) Na literatura mundial, a Amazônia²⁴ é há aproximadamente 40 anos destacada como área de alta endemicidade e de surtos epidemiológicos. Apesar das obras referentes a essa endemicidade, as causas destas ainda não foram bem definidas, sendo apontado como prováveis as “condições ambientais, sociais, culturais e, aspectos genéticos da população que favorecem a circulação desses agentes” (BRAGA et al, 2001, p. 354).

Segundo Ministério da Saúde, “as notificações de hepatite B tem aumentando em praticamente todos os estados do Brasil, o que ressalta maior atenção a estes agravos” (BRASIL, 2006). No período de 1996 a 2000 “a hepatite B foi o segundo tipo de hepatite viral mais prevalente” (CHÁVEZ; CAMPANA; HASS, 2003, p. 91). Em 2004, dos 3469 casos confirmados de hepatites virais no Brasil a Região Norte²⁵ liderou sendo que no mesmo período a mortalidade por hepatite B no Amazonas mostrou-se elevada (BRASIL, 2006). Já no período de 1996 a 2000 “a hepatite B foi o segundo tipo de hepatite viral mais prevalente”. Por sua vez, “No cenário do ano de 2009, a taxa para o Brasil foi de 7,6 e a região Norte se destacou por ser a que mais identificou casos em sua população (13,4 casos de hepatite B por 100 mil habitantes)” (BRASIL, 2011-2012, p. 4). Desta maneira, estes dados apontam que esta doença vem passando por um processo de aumento e necessita de maior controle e medidas de prevenção.

Autores como Soares e Bensabath (1991) destacam níveis endêmicos e hiperendêmicos nos estados do Pará, Amapá, Mato Grosso, Tocantins e Maranhão, localidades onde se situam grande parte dos povos indígenas brasileiros de distintas tribos. Já Braga et al (2001) em seu estudo com sete grupos indígenas do Estado do Amazonas aponta um caráter endêmico de hepatite B na população estudada. Além disso, afirma que a distribuição do vírus entre os grupos se apresentou como heterogênea até entre as aldeias dos mesmos grupos indígenas. Segundo o mesmo, diversos outros estudos que envolvem populações da Amazônia descreveram padrão semelhante de transmissão em idades precoces. Para BRASIL et al (2003) a endemia por VHB e distribuição espacial no Brasil é heterogênea, porém sua prevalência é maior na região Norte do país e na Amazônia Ocidental, sobretudo numa faixa que abrangem os Estados do Acre, Amazonas, Rondônia e Roraima sua

²³ O Amazonas é o estado brasileiro que concentra a maior população indígena do país. (FUNASA, 2006)

²⁴ A endemicidade pelo VHB nesta região não é uniforme. (NUNES; MONTEIRO; SOARES, 2007)

²⁵ Esta região detém 1.235 (77%) dos 1.605 casos de hepatite D confirmados no Brasil entre 1999 a 2009 (BRASIL, 2011- 2012, p. 4)

distribuição é mais acentuada. Nunes; Monteiro e Soares (2007), por sua vez, apontam que desde a década de 1950, sobretudo em algumas áreas da Amazônia brasileira, a infecção pelo VHB se configura como endêmica, sendo o principal alvo as populações indígenas.

Entre os grupos considerados de alto risco para contração de VHB estão: profissionais de saúde das áreas médico-odontológicas, hemodialisados, homossexuais masculinos, hemofílicos, prostitutas, toxicômanos, imunossuprimidos, deficientes mentais, familiares de portadores crônicos e habitantes de tribos indígenas da Região Amazônica (FERREIRA, 2000).

4 HEPATITE B NAS POPULAÇÕES INDÍGENAS

A ocorrência de casos de hepatite B em populações indígenas traz à reflexão suas possíveis causas. Fatores como os aspectos históricos e antropológicos, as formas de representação social do processo saúde-doença e os aspectos ecológicos devem ser considerados como influentes na manutenção e na circulação do VHB em cada um destes povos (BRAGA et al, 2001). “Entre os índios, importantes fatores estão envolvidos na transmissão desses vírus: seus costumes, sua constituição genética, a ecologia da região, a forma e tempo de contato com outras populações índias e não índias” (NUNES; MONTEIRO; SOARES, 2007, p. 2757).

Soares e Bensabath (1991) indicam o contato de tribos indígenas da Amazônia com garimpeiros como fator para introdução do vírus da hepatite D (e conseqüentemente vírus da hepatite B) nessas populações. Ademais, destacam o estilo de vida indígena como suficiente para inserção destes povos nos grupos de risco para contração de hepatite B e D. Os aspectos culturais que envolvem as populações indígenas possuem correspondência com a elevada transmissão desse vírus. A exemplo disto destaca-se a perfuração do lábio inferior nos homens e nas orelhas das mulheres²⁶, a infestação por piolhos e o costume de comê-los, as práticas sexuais iniciadas precocemente, às vezes com múltiplos parceiros, quantidade considerável de insetos hematófagos nas aldeias. As lesões cutâneas constantes como impetigo, piodermites e escabiose ou ainda arranhaduras pela vegetação das matas, o contato familiar com portadores do VHB e o uso comum de objetos e utensílios seja na alimentação, na higiene corporal ou em tatuagens e rituais, também são fatores que contribuem para o aumento da transmissão do vírus da hepatite B nas populações indígenas (NUNES; MONTEIRO; SOARES, 2007).

Soares et al (1994) sustenta que a alta endemicidade da infecção pelo VHB nas comunidades indígenas da Amazônia brasileira depende da introdução e manutenção do agente nos grupos mais jovens da população, onde encontraria condições ótimas de transmissão. Premissas responsáveis por tais condições nas populações indígenas também são apontadas. Dentre elas, o uso em comum de objetos e utensílios na alimentação como também em rituais. O contato intercorpóreo entre crianças, muito frequente, aumenta a possibilidade da transmissão do VHB através de material sanguíneo e de secreções. Frequentes lesões

²⁶ Na etnia Xavante, por exemplo, a perfuração das orelhas compõe parte da iniciação masculina entre rapazes de 12 a 18 anos. A utilização do mesmo instrumento, geralmente um pedaço afiado de osso de animal, facilita a transmissão do VHB (NUNES; MONTEIRO; SOARES, 2007).

dermatológicas, sobretudo na infância, por causas diversas como, por exemplo, picadas de insetos, ferimentos provocados pela vegetação. Sistema de defesa cutânea física e imunológica mais suscetível no período da infância²⁷. Probabilidade de evolução para hepatite B crônica acrescida nos primeiros anos de vida. A própria potência infectante através dos fluidos orgânicos do portador do vírus, pois o VHB possui uma sobrevivência ao tempo e as condições adversas bastante consideráveis. Outra causa, entretanto hipotética, é a possibilidade de transmissão mecânica por insetos hematófagos (SOARES et al, 1994).

²⁷Em populações indígenas, a transmissão do VHB ocorre precocemente em crianças e adultos jovens. Provavelmente, por transmissão familiar e/ou por contato sexual (NUNES; MONTEIRO; SOARES, 2007).

5 HISTÓRICO DA SAÚDE INDÍGENA

Ao desenvolver estratégias para controle e prevenção da hepatite B no Brasil, há o choque com a questão das populações indígenas, sendo necessário compreender sua história e constituição na atualidade. De acordo com o Censo de 2010, vivem no Brasil mais de 800 mil índios, o que é aproximadamente 0,4% da população brasileira. Destes, há grupos indígenas alocados em terras indígenas, alguns vivendo em áreas urbanas, outros que não foram ainda contatados e ainda outros grupos a espera do reconhecimento de sua condição indígena.²⁸ São mais de 170 línguas identificadas, cerca de 210 povos, cada um deles detém sua própria maneira de compreender e se organizar diante o mundo, logo apresentam “diferentes formas de organização social, política, econômica e de relação com o meio ambiente e ocupação de seu território” (FUNASA, 2002, p. 9). A população indígena esta presente em todos os estados brasileiros, exceto no Piauí e Rio Grande do Norte. Em algumas regiões sua presença é mais significativa, como no Centro-Oeste e Norte do país (FUNASA, 2002).

O modo de se observar tais populações desde a colonização brasileira até o período da década de 1970 se baseou em uma concepção pautada na “integração à comunhão nacional”²⁹, o que era nada mais que converter os valores destes povos em relação ao restante da sociedade brasileira. Para tanto, essa integração se dava através da “catequização, colonização, ou até mesmo da escravização” (AZEVEDO, 2008, p. 19). No início do século XIV, a população indígena no Brasil era estimada em cinco milhões de pessoas (FUNASA, 2002). Entretanto, a vinda do homem branco teve diversas consequências negativas às populações indígenas: a dizimação de seu povo seja pelas doenças trazidas pelo mesmo, pela escravização voltada para explorar sua mão de obra, perda de suas terras, menosprezo a cultura indígena graças ao preconceito e imposição da cultura europeia. Além disso, pode destacar “a perda da auto-estima, a desestruturação social, econômica e dos valores coletivos (muitas vezes da própria língua, cujo uso chegava a ser punido com a morte) também tiveram um papel importante na diminuição da população indígena.” (FUNASA, 2002, p. 7). O termo genérico “índio” muitas vezes utilizado não comporta a diversidade cultural das populações indígenas, pois, por exemplo, no período da chegada dos portugueses ao Brasil, havia aproximadamente mais de 900 povos cujo modo de vida, tradições, costumes e ensinamentos constituíam-se como diferentes entre si. (VIANA et al, 2002) “A população indígena é

²⁸ Disponível em : <<http://www.funai.gov.br/>>. Acesso em 16 jun. 2011.

²⁹ Expressão utilizada por Marta Maria de Azevedo, Bacharel em Ciências Sociais pela Universidade de São Paulo (USP) e Doutora em Demografia pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e atual Presidente da Fundação Nacional do Índio (FUNAI).

bastante diversificada cultural, étnica e linguisticamente, como também os contatos entre índios e a sociedade nacional não se deram todos da mesma maneira.” (COSTA, 1987, p. 388).

Já no início do século XX, em virtude do aumento da mortalidade indígena seja pelas doenças transmissíveis ou expansão das fronteiras econômicas para o Centro-Oeste e construção de linhas telegráficas e ferrovias, foi criado o Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais (SPI). “Nesse processo foram contatados vários grupos indígenas. Esses contatos foram, em sua maioria, extremamente violentos” (COSTA, 1987, p. 389). “Com a criação do Serviço de Proteção ao índio, [...] o atendimento médico aos grupos indígenas passou a ser atribuição desta agência governamental” (CONFALOIERI, 1989, p. 442). O seu vínculo era ao Ministério da Agricultura, visava à proteção indígena e delimitava suas terras no sistema produtivo nacional. A partir do momento, iniciava uma política indigenista pautada na concepção de que atrasados, os indígenas, deveriam alcançar uma “evolução” e assim integrar-se a sociedade nacional. “O SPI não tinha uma estrutura organizada e abrangente de assistência à saúde e atendia basicamente às situações de surtos epidêmicos advindos da perda do isolamento.” (CONFALOIERI, 1989, p. 442). Isto é, a atenção à saúde desses povos permaneceu desorganizada e esporádica, a prestação de serviços tinha caráter emergencial ou eram acompanhadas de um contexto de “pacificação” (FUNASA, 2002).

Na década de 50, a saúde indígena passou por um processo de organização através da criação do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA) pelo Ministério da Saúde. Cujo objetivo era promover ações básicas de saúde (atendimento odontológico, controle de tuberculose e outras doenças transmissíveis) às populações indígena e rural em áreas de difícil acesso. Em 1967, porém, o SPI foi extinto e houve a criação da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) que tinha por modelo a própria atenção que já era prestada pelo SUSA e inovou criando as Equipes Volantes de Saúde (EVS). A FUNAI é o órgão indigenista oficial, está vinculado ao Ministério da Justiça, coordena ações do governo federal com o intuito de assegurar os direitos constitucionais dos povos indígenas no país. A garantia dos territórios indígenas, acompanhamento das ações de saúde e elaboração de projetos de desenvolvimento sustentável e manejo adequado do meio ambiente são priorizados por essa instituição. (FUNASA, 2002)

As Equipes Volantes de Saúde (EVS) prestavam, na época, atendimentos esporádicos às comunidades indígenas de sua área de atuação por meio da assistência médica aplicando vacinas e supervisionando o trabalho do pessoal de saúde local, geralmente auxiliares ou

atendentes de enfermagem. Entretanto, após a crise financeira do Estado brasileiro pós-milagre econômico da década de 70, a FUNAI enfrentou dificuldades diversas para a organização de serviços de atenção à saúde. A grande diversidade e dispersão geográfica das comunidades levaram à carência de suprimentos e capacidade administrativa de recursos financeiros, precariedade da estrutura básica de saúde, falta de planejamento das ações e organização de um sistema de informações em saúde adequado, além da falta de investimento na qualificação de seus funcionários para atuarem junto a comunidades culturalmente diferenciadas (FUNASA, 2002).

Os profissionais da EVS passaram por um processo de fixação aos centros urbanos nas sedes das administrações regionais e, alguns deles, em postos indígenas. A visita às aldeias começou a tornar cada vez mais eventual até não mais ocorrer. As ações em saúde sofreram um processo de limitação às ações assistenciais curativas e emergenciais, destituídas de qualquer acompanhamento. A atenção em saúde geralmente ignorava “os sistemas de representações, valores e práticas relativas ao adoecer e buscar tratamento dos povos indígenas, bem como seus próprios especialistas” (FUNASA, 2002, p. 8). Desta forma, os valores indígenas referentes ao campo da preservação ou recuperação da saúde não eram observados como importantes no desenvolvimento de ações em saúde (FUNASA, 2002).

O próprio Estatuto do Índio, Lei Nacional de 1973, apesar de tratar diretamente das populações indígenas, vai ao encontro desta antiga concepção, pois considera a necessidade do índio integrar-se ao restante da sociedade, convertendo seus valores. Além disso, o Estatuto do Índio é alvo de críticas, pois dá ao Estado a função de tutela aos povos indígenas, institui uma "renda indígena", que justifica o uso das riquezas contidas nas terras indígenas para a manutenção da burocracia indígena e o direito do governo deslocar fisicamente esses povos por motivos de segurança nacional ou de desenvolvimento nacional (COSTA, 1987). Atualmente, é considerado desatualizado, já que

Com a Constituição de 1988, os povos indígenas passaram a ser considerados como povos distintos sujeitos de direitos especiais, são reconhecidas suas organizações sociais, econômicas e políticas distintas e fica estipulado que o Estado deve respeitá-los enquanto povos distintos. Portanto, não estão mais fadados ao desaparecimento, espera-se uma convivência mais respeitosa, as políticas públicas não devem mais ter como objetivos a integração desses povos à comunhão nacional. (AZEVEDO, 2008, p. 19)

Portanto, sob este novo olhar acerca do cidadão indígena, legitimou-se sua especificidade em relação ao restante da sociedade, como também o direito de possuir seus valores específicos, sem a tentativa do Estado de convertê-los conforme os valores do restante da população, o desaparecimento não deve ser mais um perigo aos mesmos, as políticas

públicas, por sua vez, devem respeitar o indígena tal como ele se constitui, sua base não deve impor medidas, mas sim pensar estratégias que não firam essa população tal como ela é.

Para o desenvolvimento da Política de saúde indígena adotou-se um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços de atenção à saúde, em que se procurou levar em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais, sendo para tanto, estruturada uma rede de serviços nas terras indígenas, de forma a superar as deficiências no acesso e promover maior cobertura da assistência à saúde (MONTEIRO, 2007).

Próximo a este período, em 1986 e 1993, correram duas Conferências respectivamente I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio e a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, por indicação da VIII e IX Conferências Nacionais de Saúde, com o objetivo de debater acerca da saúde indígena. Ambas defenderam a proposta de um modelo de atenção diferenciada, com acesso universal e integral à saúde, com ativa participação indígena no processo de planejamento, execução e avaliação das ações, tudo isto baseado na estratégia de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIS). Sob este modelo, ainda em fevereiro de 1991, o Ministério da Saúde passa a coordenar as ações de saúde aos povos indígenas em virtude do Decreto Presidencial nº 23. Para enfim implementar este novo modelo de atenção à saúde indígena, criou-se, no Ministério da Saúde, a Coordenação de Saúde do Índio (COSAI), subordinada ao Departamento de Operações (DEOPE) da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA, 2002).

Ainda em 1991, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) criou a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), para assessorar o CNS a elaboração de princípios e diretrizes de políticas no campo da saúde indígena. De início, sem representação indígena, os membros da CISI reformularam sua composição e com a saída espontânea de representantes do CNS abriu-se vagas para representantes de organizações indígenas. Em sentido oposto ao processo de construção da política de atenção à saúde indígena no âmbito do SUS, em 19 de maio de 1994 o Decreto Presidencial nº 1.141/94 constituiu uma Comissão Intersetorial de Saúde (CIS), com a participação de vários Ministérios relacionados com a questão indígena, sob a coordenação da FUNAI, com este decreto a execução de ações de saúde retorna a FUNAI. A CIS por meio da Resolução nº 2, de outubro de 1994 aprovou o "Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio", que dividia responsabilidades entre o Ministério da Justiça e Ministério da saúde. O primeiro estaria a cargo da FUNAI, cuja responsabilidade era a recuperação da saúde dos índios e a prevenção. Já ao Ministério da Saúde, com a Fundação Nacional de

Saúde (FUNASA)³⁰, caberiam ações de imunização, saneamento, formação de recursos humanos e controle de endemias. Portanto, a atenção à saúde indígena foi dividida (FUNASA, 2002).

Vale abordar também que a Constituição de 1988, além de assegurar os direitos indígenas, em sua seção que trata acerca da saúde, artigos 196 a 200, criou uma nova forma de organização para o setor saúde da sociedade brasileira, o Sistema Único de Saúde (SUS), que, posteriormente, em razão da necessidade de uma mais adequada regulamentação foi complementado pelas leis 8.080 e 8.142, ambas editadas em 1990 e formam a “Lei Orgânica da Saúde”. O SUS é um sistema que compreende um conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados tanto por órgãos e instituições federais, estaduais, municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público, sendo ainda permitido de forma complementar a iniciativa privada (BRASIL, 2000).

Este modelo de atenção à saúde está orientado por princípios e diretrizes: Universalidade, Integralidade, Equidade, Regionalização e Hierarquização da rede, Participação e Controle social e Descentralização na saúde. O primeiro princípio, universalidade, pode ser associado ao fato de qualquer pessoa que precise se utilizar do SUS terá seu acesso legitimado por lei, por isso faz-se necessário políticas que visem à ampliação do acesso, principalmente, em destaque as maiores carências no âmbito da saúde para a população. Já o princípio da integralidade determina que as ações e serviços em saúde devem ser executados de maneira integral, com a divisão em uma rede hierarquizada em complexidades, a atenção básica, média e alta complexidade. Logo, as políticas ministeriais devem executar ações de promoção e prevenção, sem excluir, no entanto, a necessidade de realizar ações de complexidade maior, ainda que a porta de entrada do SUS proponha-se a ser a atenção básica. Por sua vez, o princípio da equidade traz a percepção da necessidade de equilibrar a saúde de acordo com o grau de carência das pessoas neste âmbito (BRASIL, 2000).

A regionalização e hierarquização da rede são diretrizes que auxiliam os gestores a buscar a eficiência, eficácia e efetividade apesar dos recursos escassos do SUS. O caminho para tal é o da qualificação e o da capacitação de estados e municípios a assumirem a plenitude da gestão dos respectivos sistemas. A participação e controle social impulsiona a sociedade a ter direito de voz nos rumos tomados pelo SUS através dos Conselhos de Saúde. Estes representam os mais diversos setores da sociedade atuantes na área da saúde e assim

³⁰ A Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) é o órgão responsável pela execução das ações do âmbito da saúde às populações indígenas em conjunto ao Ministério da Saúde (FUNASA, 2002).

estimulam à democratização. A descentralização na saúde vai ao encontro dos princípios do federalismo e, da diretriz, hierarquização do SUS, pois estabelece a cooperação financeira com órgãos das três esferas e com entidades públicas e privadas. É uma diretriz cuja base apoia a participação social no processo de definição de prioridades, adequando o modelo assistencial de acordo com a realidade do município e fiscalização correta dos recursos destinados à saúde (BRASIL, 2000).

Uma análise superficial sobre o direito a saúde indígena através da Constituição de 1988, pode supor que o direito ao acesso a saúde para estes povos se compôs de forma equivalente assim como para todos os demais cidadãos brasileiros. Tudo isto, em virtude da ausência de um dispositivo relacionado somente a saúde, como há para muitos outros direitos, como a terra, à cultura e à organização social (SOUZA FILHO, 2008-2009).

Porém, na Constituição em seu capítulo destinado à cultura, o Estado brasileiro se torna encarregado de proteger as “culturas populares, indígenas e afro-brasileiras, e das de outros grupos participantes do processo civilizatório nacional” (art. 215, § 1º) Mais precisamente, no capítulo referente aos povos indígenas reconhece sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições (art. 231). Em relação à educação, assegura “às comunidades indígenas também a utilização de suas línguas maternas e processos próprios de aprendizagem” (art. 210, § 2º) Ao compreender que estes dispositivos garantem a diferença cultural destes povos e que, a cultura está intimamente ligada com a própria forma de entender a saúde, esses povos, portanto obtiveram o direito de manter suas práticas culturais também no que se refere à saúde (SOUZA FILHO, 2008-2009).

Desta maneira, o direito a saúde aos povos indígenas pode ser considerado, na verdade, como dois direitos. Simultaneamente, como o direito à manutenção de seus métodos, conhecimentos e instrumentos de cura e prevenção tradicionais a cultura indígena, como também o direito ao acesso aos métodos, conhecimentos e instrumentos de cura disponíveis a todas as demais pessoas da sociedade (SOUZA FILHO, 2008-2009). Para assegurar o direito à saúde as populações indígenas, foi estruturada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnaspi).

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnaspi) procura assegurar-lhes o acesso integral à saúde, segundo as orientações dos princípios e diretrizes do SUS sem, no entanto, abandonar a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política destes povos. Assim, esta política se baseia em combater os fatores que tornam mais vulneráveis certos agravos à saúde e, de forma simultânea, reconhecer a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura. Para tanto, há diretrizes que orientam os

instrumentos de planejamento, implementação, avaliação e controle das ações de atenção à saúde dos povos indígenas como:

- Organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Pólos-Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam;
- Preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural; monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas;
- Articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde;
- Promoção do uso adequado e racional de medicamentos;
- Promoção de ações específicas em situações especiais;
- Promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas;
- Promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena;
- Controle social.

O Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEIS) é um modelo de organização dos serviços pautado em um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo. Sua organização se dá através de discussões e debates com a participação de lideranças e organizações indígenas, do órgão indigenista oficial, de antropólogos, universidades, instituições governamentais e não-governamentais que prestam serviços às comunidades indígenas e secretarias municipais e estaduais de Saúde. Cada distrito deve organizar-se em uma rede de serviços de atenção básica de saúde dentro das áreas indígenas, integrada e hierarquizada com complexidade crescente e articulada com a rede do SUS. Nas aldeias, a atenção básica é realizada por intermédio dos Agentes Indígenas de Saúde e, periodicamente, pelas equipes multidisciplinares.

Já os Pólos-Base se constituem como outra instância de atendimento e são a primeira referência para os agentes indígenas de saúde. Seja na comunidade indígena ou num município de referência, caso já exista Unidade básica de Saúde no município, os Pólos-Base correspondem a uma unidade básica de saúde, em que a maioria dos agravos à saúde são resolvidos nesse nível. As equipes de saúde são compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde, como também, segundo uma participação sistemática, antropólogos, educadores, engenheiros sanitários e outros especialistas e técnicos considerados necessários. De acordo com o planejamento das atividades, o número, qualificação e perfil dos profissionais das equipes são estabelecidos

tudo em conformidade com as diretrizes desta política. O distrito Sanitário está pautado em alguns critérios:

- População, área geográfica e perfil epidemiológico;
- Disponibilidade de serviços, recursos humanos e infraestrutura;
- Vias de acesso aos serviços instalados em nível local e à rede regional do SUS;
- Relações sociais entre os diferentes povos indígenas do território e a sociedade regional;
- Distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, que não coincide necessariamente com os limites de estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas.

Em caso dos Pólos-Base não serem capazes de suprirem determinada demanda de acordo com seu grau de complexidade, estes pacientes serão encaminhados à rede de serviços do SUS a partir da realidade de cada Distrito Sanitário Especial Indígena. Desta forma, há garantia ao acesso de média e alta complexidade sem desconsiderar a necessidade da oferta de serviços diferenciados as populações indígenas. Os pacientes encaminhados ao SUS usufruem ainda de serviços de apoio prestados pelas Casas de Saúde Indígena, localizadas em municípios de referência dos distritos a partir da readequação das Casas do Índio. As Casas de Saúde Indígena recebem, alojam e alimentam seus pacientes e acompanhantes, possuem a disponibilidade de prestar assistência de enfermagem 24 horas por dia, marcar consultas, exames complementares ou internação hospitalar, providenciar o acompanhamento dos pacientes nessas ocasiões e o seu retorno às comunidades de origem, acompanhados das informações sobre o caso. Outras atividades como educação em saúde, produção artesanal e lazer são promovidas aos acompanhantes e, em certos casos, aos pacientes se estiverem em condições físicas para tal (FUNASA, 2002).



Figura 1: Esquema da organização do distrito sanitário indígena e fluxo de atenção à saúde.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Saúde Indígena: etnodesenvolvimento das sociedades indígenas. Brasília- Df, janeiro, 2001.

6

ADOTADAS PARA POVOS INDÍGENAS NO BRASIL

A elaboração de políticas públicas voltadas aos indígenas é ainda um grande desafio, pois apresentam aspectos limitantes ao seu desenvolvimento. Em entrevista, Wanderley Guenka³¹, chefe do Departamento de Saúde Indígena (DESAI) da Funasa, relata que a diversidade das etnias, acompanhadas de sua própria cultura, língua e religião, a dimensão territorial do Brasil, a infraestrutura nas aldeias, a acomodação dos profissionais que viajam por dias a barco ou avião são fatores limitantes. Além destes, há os sistemas de comunicação a grandes distâncias, a existência de povos indígenas mais isolados do que os indígenas litorâneos, a recente política pública de saúde voltada aos povos indígenas, a falta de equipamentos públicos e de logística se constituem todos como desafios nesse processo de construção. “A dificuldade que existe deve-se ao fato de as políticas do Estado brasileiro com as populações indígenas serem muito recentes”, ressalta (FUNASA, 2009).

Outro aspecto relevante são os Sistemas de Informações que captam dados referentes às populações indígenas. Sabe-se que os sistemas de informações populacionais são importantíssimos para implementação de uma política pública, já que esta será baseada em

³¹ Wanderley Guenka, odontólogo de formação e chefe do Departamento de Saúde Indígena (Desai) da Funasa

uma necessidade da população a ser sanada. Sobre isso, Targino (2009) destaca que “a informação em saúde é fundamental ao processo de tomada de decisões no âmbito das políticas públicas, objetivando elevar a qualidade de vida dos povos.”. Estas estatísticas populacionais fundamentam o processo decisório no âmbito governamental, por isso detém significativa importância (TARGINO, 2009). No entanto, autores como Azevedo (2008) apontam a necessidade do desenvolvimento de sistemas de informações populacionais mais detalhados. “ainda é nítida a falta de sistemas de informações populacionais mais detalhados e com ampla cobertura para orientar, acompanhar e avaliar as políticas públicas” (AZEVEDO, 2008, p. 20).

No Brasil, ainda há certa fragilidade nas estatísticas nacionais dos sistemas de informação de modo geral. No nível local, existe confronto de dados imprecisos e inexatos, dificultando desta maneira o conhecimento mais aprofundado de determinada situação. Um dos motivos para tal seria a carência de profissionais técnicos capacitados para exercer funções de caráter burocrático tanto no âmbito da saúde ou não (TARGINO, 2009). Portanto, a partir disso, sugere-se que a capacitação do corpo técnico responsável por tal atividade seria benéfica para a melhoria destes sistemas e, conseqüentemente, para elaboração de políticas públicas.

Em relação aos sistemas de informações sobre os povos indígenas, apenas em 1991, os censos demográficos brasileiros começaram a captar informações específicas sobre eles, porém se limitando a auto-declaração de pessoas no quesito “cor ou raça”. Porém, tal informação, por si só, não é capaz de promover uma melhor análise acerca da situação destes povos. Azevedo (2008) destaca “muitos trabalhos já demonstraram que essa metodologia de captação tem sido insuficiente para termos uma ideia mais acurada da situação sociodemográfica dos povos indígenas [...]” (AZEVEDO, 2008, p. 20). Os indicadores epidemiológicos têm por fim útil contribuir no processo de construção de políticas públicas de saúde, suas bases encontram-se na população total por etnia, dividida por sexo e idade. É considerada a população total em um determinado período, em caso de dados pouco precisos em relação à população total por sexo e idade torna-se inviável esses indicadores aproximarem da realidade. Assim, a construção de uma política pública de saúde voltada a esses povos é também prejudicada (AZEVEDO, 2008).

Neste sentido, outro fator é a limitada e tardia coleta de informações como uma barreira ao desenvolvimento de uma política pública para esta população de maneira mais satisfatória. Uma mudança na profundidade e qualidade das informações coletadas proporcionaria maior arcabouço sociodemográfico para o diagnóstico das imediatas

necessidades desta população e, por conseguinte, elaboração de soluções para combater os problemas detectados. A imprecisão desses dados torna insuficiente e, até, passível de ineficácia, determinada política a ser elaborada.

A deficiência do sistema de informações em saúde, que não contempla, entre outros dados, a identificação étnica e o domicílio do paciente indígena, dificulta a construção do perfil epidemiológico e cria dificuldades para a sistematização de ações voltadas para a atenção à saúde dos povos indígenas. (FUNASA, 2002, p. 12)

A coleta de dados mais aprofundados destes povos é, portanto, de suma importância pra orientar a tomada de decisões, uma vez que colabora para o trabalho de profissionais de saúde como também para antropólogos envolvidos com este objetivo. Esses dados são importantes também para a avaliação e, se detectados problemas, criação de soluções para melhorar as ações já implementadas. “Assim, os dados antropológicos relativos aos grupos indígenas deveriam ser explicitados de uma maneira melhor, de forma a garantir adequada compreensão dos problemas por parte dos profissionais de saúde” (ATHIAS; MACHADO, 2001, p. 430).

A intensificação das discussões a respeito da implantação de um sistema de informação para a saúde indígena é urgente, de modo a melhorar a qualidade em termos demográficos e epidemiológicos e possibilitar a análise comparativa da situação de cada grupo, assim como a avaliação das ações implementadas. (HOKERBERG; DUCHIADE; BARCELLOS, 2001, p. 270).

O sistema de informação em saúde deve, portanto, sofrer transformações, a fim de que se torne mais prático e seja capaz de melhor descrever a diversidade das populações indígenas.

A formação, por sua vez, dos antropólogos, os quais auxiliam os profissionais da saúde neste objetivo, no entanto, em sua grande maioria se mostra carente no que se refere ao conhecimento da área da saúde. Os antropólogos detêm conhecimentos aprofundados sobre determinados grupos populacionais e seriam importantes no processo de ligação entre o profissional da saúde e estas populações. Porém, a falta ou insuficiente gama de conhecimentos sobre as áreas da saúde por estes profissionais, pode dificultar em certo sentido a produção e execução de certa política pública de saúde. Uma vez que

[...] os antropólogos não dispõem de conhecimento mais específico no que se refere à organização de serviços de saúde e ao potencial criativo de sistemas locais de saúde que poderiam vir a ser construídos mediante a incorporação das diversas concepções do processo saúde/doença existentes entre os grupos indígenas. (ATHIAS; MACHADO, 2001, p. 430)

Os profissionais na área da saúde, por sua vez, tem papel ativo na construção do SUS que “dá certo” (BRASIL, 2009, 1 ed. A, p. 7) e, ainda assim, veem demonstrado certa carência e necessidade de melhor capacitação. Afirmação esta que se apoia a experiência do artigo: “Informação de profissionais de saúde sobre transmissão transfusional de hepatites

virais”, o qual identificou no grupo de profissionais selecionados para responder um questionário, incluindo na lista médicos, dentistas e enfermeiros, e, em menor quantidade, demais profissionais da saúde, a presença de dúvidas referentes às hepatites virais. Ao melhor capacitar o profissional em saúde, torna-se possível uma troca de conhecimento mais eficaz entre profissionais de saúde e usuários do sistema de saúde, por exemplo, o que colaboraria para prevenção, no caso, da hepatite B e D.

Vale citar que o artigo mencionado também destaca um ponto bastante relevante, quando aborda a deficiente apropriação de conhecimentos acerca das hepatites virais pelos profissionais da saúde, como um empecilho “para garantir a efetivação de programas de prevenção e controle” (GAZE; CARVALHO; TURA, 2006, p. 864). O êxito de novos programas voltados à prevenção e controle seria prejudicado, já que os profissionais são fundamentais a elaboração dessas medidas de caráter preventivo. Além disso, estes profissionais exercem influência bastante significativa na orientação de diversas pessoas, não só pacientes, estudantes e médicos em formação, como também os próprios filhos, sem mencionar a relevância destes profissionais na própria formação de opinião pública (CONCEIÇÃO et al, 2009).

Portanto, um profissional da área da saúde bem informado, não só transmite seus conhecimentos para os usuários do serviço de maneira correta, mas também é responsável pela difusão dessas informações para sua família como também para os novos trabalhadores da área. Desta forma, os trabalhadores da área podem ser vistos como peça importante, para solucionar o problema de falta de informação acerca deste problema de saúde pública (CONCEIÇÃO et al, 2009).

Ainda pode-se observar o desafio que é implantar um serviço de saúde em uma área indígena, de modo que seu resultado seja inteiramente eficaz. A maneira de administrar a saúde para o indígena ainda não atingiu um consenso. Há, ainda, necessidade de uma reflexão de caráter mais amplo pra se estruturar o acesso à saúde para estes povos, pondo em prática seus direitos legitimados pelo SUS. Como se sabe, o SUS admite a possibilidade de criação de modelos de saúde cuja base procura atender as necessidades da realidade local. Athias e Machado (2001, p. 427) ressaltam que

Os diversos projetos de saúde implantados na áreas indígenas não chegaram a formular consenso mínimo de como os serviços de saúde seriam melhor organizados, tendo em vista sua relação ou não com um modelo nacional que também optou por favorecer os sistemas locais de saúde.

Apesar do SUS aprovar a adequação do modelo de sistemas de saúde para cada região de acordo com a realidade do local, os projetos de saúde referentes às populações indígenas

não possuem até o presente momento uma satisfatória estrutura básica de melhor modelo para atender as necessidades dessas pessoas. Devido, em boa parte, a diversidade cultural destes povos. “Nestes dez anos de subsistema foram construídos mais de 200 tipos diferentes de unidades de saúde em áreas indígenas”, Wanderley Guenka afirma. Desta forma, há uma carência no que diz respeito a uma ligação mais clara entre as possibilidades que o SUS oferece e as necessidades de saúde desta população.

Pode-se notar que, nos últimos 30 anos, vários projetos de saúde foram iniciados nas áreas indígenas – em especial, por organizações não-governamentais – com apoio de recursos provindos da cooperação internacional. Os resultados advindos destes projetos constituem-se em acervo significativo de experiências em saúde indígena (ATHIAS; MACHADO, 2001, p. 426).

As experiências em saúde implementadas nas áreas indígenas até agora podem ser consideradas um caminho acessível na ajuda para construção de um modelo de saúde para o indígena. Os serviços de saúde nos últimos anos para o indígenas foram divididos basicamente entre Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), de tal modo que na primeira houve o exercício de atividades curativistas, enquanto na outra um foco mais direcionado a prevenção. Tal dicotomia deu origem a relações paternalistas, como também a limitação de promover um serviço de saúde de modo mais integral, sendo, portando, incoerente. (ATHIAS; MACHADO, 2001)

As interações entre os povos indígenas e outros grupos, como no caso, profissionais de saúde são de caráter extremamente delicado, pois são encaradas tanto como uma forma de renovação como uma ameaça à sua integridade (GARNELO, 2011). Já que “desde o início dos tempos uma das principais características da interação com o estranho é a violência” (GARNELO, 2011, p. 177). O contato entre povos indígenas com demais culturas em boa parte das vezes se mostrou pautada, sobretudo, pela violência, tendo consequências significativas na vida desses povos. De acordo com esta ideia GARNELO (2011, p. 178) ressalta, “a violência do contato interétnico marcou indelevelmente a organização dessas culturas, sendo até hoje perceptível nos mais diversos âmbitos da vida indígena”.

As ações de saúde em áreas indígenas não são tarefas fáceis. Em respeito à vacinação, as grandes distâncias até a chegada às aldeias e a falta de luz elétrica para conservação dos materiais imunobiológicos determinam que as ações em saúde sejam desenvolvidas em forma de campanhas. “Nesse cenário, [regiões amazônicas], a vacinação não pode ser considerada uma atividade rotineira, diária ou semanal, como ocorre nas unidades urbanas da rede básica de saúde.” (GARNELO, 2011, p. 181). Assim, as equipes de saúde se deslocam através de rios o mais rápido possível, portando caixas de isopor com gelo. Em razão dos longos

percursos, duração do gelo para conservação desse material e número de locais a serem visitados as equipes tem de permanecer pouco tempo nas aldeias (GARNELO, 2011).

A necessidade de permanecer pouco tempo nas aldeias não é o único enfrentamento dos profissionais de saúde que atendem estes povos. As equipes de saúde enfrentam problemas de caráter tanto político, operacional quanto administrativo. No entanto, as populações indígenas não detêm capacidade de entender as dificuldades que os profissionais enfrentam devido suas concepções culturais. Para eles, ausências, atrasos ou descumprimento de acordos são nada mais que uma decisão dos profissionais em não honrar seus compromissos. Além disso, a notável pressa dos profissionais para vacinação na aldeia é considerada como certa afronta e possibilidade de conflitos futuros, provocando tensões na relação destes sujeitos. Em vista disso, “o ritmo acelerado que as equipes de imunização imprimem à dinâmica do trabalho, premidas pelas condições e pelos prazos de conservação dos imunobiológicos, é bastante chocante para as comunidades indígenas.” (GARNELO, 2011, p. 184).

Neste sentido, o único estranhamento dos indígenas não se limita apenas a pressa das equipes de saúde. Outro fator é a percepção destes povos acerca da rápida mudança dos saberes dos brancos em contraponto da valorização dos saberes tradicionais por parte dos povos indígenas. Isto é, “os indígenas também estranham a rapidez com que os saberes dos brancos mudam” (GARNELO, 2011, p. 184) A princípio, somente as crianças deveriam ser vacinadas, posteriormente as grávidas e por último os adultos também passaram a ser vacinados. Outras mudanças frequentes como a periodicidade e o número de doses de cada vacina, as mudanças de esquema e as contra-indicações estimulam este processo. Outro fator é o forte pensamento em defesa do igualitarismo, para os indígenas, o ato de vacinar apenas alguns ao invés de todos do grupo constitui uma discriminação por parte da equipe de saúde³² (GARNELO, 2011).

Para agravar a relação entre os profissionais de saúde e estas populações, na realidade da Amazônia o único meio de comunicação é a radiofonia. Porém, ainda assim está restrita a algumas localidades, sendo comum seu uso interrompido por falta de energia. Com isso, a informação sobre o dia e horário da vinda da equipe de saúde na aldeia por vezes não é possível de ser informada ou mudada. Os atrasos da equipe de saúde e a impossibilidade de comparecimento na data programada estimulam o retorno às atividades diárias desses povos e,

³² De acordo com esta ideia, GARNELO (2011, p. 184) levanta as seguintes questões: “Que lógica pode convencer uma velha índia de que apenas algumas pessoas devem tomar vacinas e outras não? O que, a seus olhos, poderia justificar essa diferenciação?”

quando a equipe enfim chega à aldeia pode não haver ninguém para vacinar (GARNELO, 2011).

Nesta situação, os profissionais de saúde “particularmente aqueles sem experiência ou capacitação no trato com povos indígenas” (GARNELO, 2011, pág. 185), tendem a sofrer desmotivação, indignação, tensões e acusações na equipe. Devido, a prévia expectativa que o indígena compreenda a importância da vacinação, dificuldades e todo esforço enfrentados pela equipe de saúde. “Entre os profissionais de saúde, a consciência da utilidade e necessidade da vacina gera a expectativa de que o usuário indígena compartilhe de suas prioridades e valorize o esforço feito a fim de realizar a vacinação a contento” (GARNELO, 2011, p. 185).

No entanto, as relações entre povos indígenas e profissionais de saúde mostram-se bastante delicadas. A forma como a equipe aborda essas pessoas por mais profissional que seja pode gerar a resistência do indígena à vacinação. Acerca disto, GARNELO (2011) destaca conflitos quando a equipe de saúde tende a tratar o indígena com certa formalidade e impessoalidade. O objetivo da vacina para o indígena acaba tornando-se um método de curar pessoas doentes ou eliminar doenças presentes no corpo, portanto, sendo irrelevante a administração da vacina naqueles já considerados sadios.³³ Além disso, “a chegada à aldeia de equipes exclusivas para vacinação pode gerar rejeição do usuário indígena, que costuma priorizar as demandas pelas consultas médico-curativas e relegar a um plano secundário a oferta de serviços como os preventivos de doenças” (GARNELO, 2011, p. 185).

Por outro lado, os efeitos colaterais da vacina como febre, por exemplo, geram desconfiança do indígena sobre as intenções da equipe de saúde, principalmente pelo fato desta alegar como utilidade da vacina a prevenção de doenças. Posteriormente, um futuro adoecimento dos vacinados reafirmam para estas pessoas o caráter duvidoso da equipe, “as pessoas observam que, mesmo com o cartão de vacinação completo, as crianças continuam a adoecer” (GARNELO, 2011, p. 186). As relações podem agravar-se ainda mais em caso da administração de vacinas insuficientes para todos da aldeia ou quando a equipe passa direto pela aldeia rumo a outro local (GARNELO, 2011). Desta forma, em boa parte o confronto de objetivos entre a equipe de saúde e esses povos “tem implicações negativas no processo de vacinação” (GARNELO, 2011, p. 175).

Entretanto, não basta apenas apontar os defeitos do que já foi implementado até o momento, é necessário buscar estratégias para melhora deste sistema. Em um primeiro

³³ Desta forma, a vacina é encarada como uma espécie de medicamento para cura de uma doença já estabelecida (GARNELO, 2011).

momento, a construção de um modelo de saúde para o indígena deve considerar o mesmo como sujeito cuja participação se torna essencial. A compreensão destas populações sobre a questão da saúde e doença exerce influência em relação ao modelo de assistência à saúde “convencional” administrado a eles. Por isso, os profissionais da área da saúde devem, previamente, conhecer as especificidades da população a ser atendida, para que o modelo de saúde seja capaz de atender as populações em destaque, sem grandes obstáculos. A ajuda de antropólogos neste processo seria uma boa estratégia (ATHIAS; MACHADO, 2001).

Se a compreensão por parte dos profissionais de saúde sobre toda especificidade indígena, já é um grande desafio, este se torna ainda mais complicado quando os profissionais detêm conhecimentos insuficientes sobre a própria doença em si, a hepatite B. Em seu estudo, ATHIAS E MACHADO (2001) destacam os conhecimentos dos profissionais de saúde, no caso, obstetras como insatisfatórios. Já em relação direta dos profissionais de saúde com as populações indígenas observa-se que “os profissionais de saúde, pela falta de conhecimento mais aprofundado dessas concepções, [as concepções dos povos indígenas] encontram dificuldade em adaptar tais modelos, provocando assim dificuldades na organização dos serviços de saúde.” (ATHIAS; MACHADO, 2001, p. 429) De fato, a construção de uma política nacional de saúde para populações indígenas requer bastante cautela, sobretudo, pela especificidade dessas populações. O atendimento no sistema de saúde demanda a consideração das concepções culturais que orientam o modo de ver a vida para as mesmas. Observa-se que

A especificidade desse povo exige que, para que possam ser atendidos no sistema de saúde, seja considerado seu “modo de vida” tradicional, isto é, sua cosmovisão e forma de organização social, política e cultural, o que pressupõe conhecer como pensam e vivem o processo saúde-doença, que na grande maioria das vezes difere completamente da percepção dos não índios (CHAVES; CARDOSO; ALMEIDA, 2006, p. 302).

Desta maneira, é inviável buscar um modelo de saúde para a população indígena que ignore seus valores no que se refere a sua própria concepção acerca da saúde e doença. Neste sentido, os profissionais de saúde precisam ter em mente as especificidades destas populações, para tanto, uma melhor capacitação seria uma adequada estratégia. A atuação dos povos indígenas na construção de um modelo de saúde que atendam suas necessidades “pode contribuir para o desenvolvimento de um sistema local de saúde adequado à realidade dos povos indígenas.” (ATHIAS; MACHADO, 2001, p. 429). Como também, por em prática a diretriz do SUS que preza pelo controle social (BRASIL, 2000).

Além disso, a área de planejamento e organização dos serviços de saúde se faz bastante construtiva neste processo. A partir desta noção considera-se os indicadores em

saúde de uma população como de suma importância para o estabelecimento de determinado planejamento, cujas estratégias, se pautarão nas informações disponíveis acerca de tal população. Apesar desta importância, ATHIAS; MACHADO (2001) destacam que os profissionais da área da saúde tendem a não aderir a um novo modelo de saúde, mostrando-se inflexíveis a mudanças fruto basicamente de sua formação acadêmica. Neste sentido, um maior investimento na formação acadêmica desses profissionais, com um enfoque a versatilidade do sistema de saúde, seria também importante.

7 CONCLUSÃO

Este trabalho aponta a relevância da hepatite B, como um problema de saúde pública. Seja pela sua alta infectividade, número de portadores crônicos, agravamento do quadro clínico, gastos públicos para seu tratamento, ou ainda, a questão dos grupos de risco.

Em relação aos grupos de risco, vários aspectos abordados sugerem as causas para essa situação de vulnerabilidade frente à hepatite B. No que se refere ao contexto em que vivem, fatores como: o difícil acesso a essas regiões pelas longas distâncias, baixa-estrutura das aldeias, pouco desenvolvimento urbano desses locais, sem mencionar, as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde, acabam dificultando a implementação de ações de saúde que atendam tais populações. Somado a isso, toda uma questão cultural engloba as populações em destaque.

Suas questões culturais, isto é, seus costumes e tradições, sugerem uma propensão maior à própria transmissão do vírus. Em boa parte, por costumes como, uso comum de objetos em perfuração dos lábios e orelhas, em tatuagens rituais, em utensílios para a alimentação e na higiene corporal. Além de aspectos como: atividades sexuais iniciadas precocemente e com múltiplos parceiros, frequentes lesões cutâneas pelos insetos ou vegetação rasteira das matas.

A cultura desses povos também exerce influência nas ações de saúde voltadas para si mesmos. As populações indígenas tendem a não compreender a importância de medidas preventivas como a vacinação, fruto de sua especificidade cultural. Por outro lado, os profissionais de saúde ao perceberem a resistência indígena, somado as dificuldades estruturais enfrentadas, acabam muitas vezes se desestimulando. Outros profissionais

envolvidos com a saúde indígena, os antropólogos, também enfrentam obstáculos, neste caso, no que diz respeito a uma melhor compreensão da área da saúde.

No entanto, um ponto favorável, em meio a este contexto, é o desenvolvimento do modelo de saúde indígena, pautada em uma política, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnaspi), que prevê o direito ao acesso integral a saúde, assim como todo e qualquer cidadão brasileiro. E, além disso, garante o direito desses povos de preservar seus valores culturais também ao que se refere as suas próprias concepções sobre saúde.

São inúmeros os desafios para a implementação de ações de saúde que contemplem as necessidades destes povos, existem medidas sugestivas para o controle desta doença, como também melhoria do modelo de saúde indígena como um todo. Medidas como, um enfoque na vacinação destes povos de modo mais efetiva, tendo em vista a importância da prevenção, elaboração de políticas públicas considerando a baixa infraestrutura que os rodeia, melhorias em específico no Sistema de Informações voltado aos indígenas, com a finalidade do desenvolvimento de políticas públicas com uma maior proximidade às necessidades desses povos, capacitação mais adequada dos profissionais de saúde para compreenderem a relevância cultural dos povos indígenas, como também aos antropólogos especializações sobre o campo da saúde.

Neste sentido, o estudo demonstrou que os povos indígenas detém uma forte especificidade cultural que, por consequência, exerce influência em suas ações de saúde. Destacou também a importância dos direitos destes povos, no que se refere à preservação de sua cultura e costumes, atrelados ao direito a saúde como determina a Constituição Federal de 1988.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. M. **Alternativas de Tratamento para Hepatite Viral Crônica B: análise de custo-efetividade.** [Tese De Doutorado]. Belo Horizonte – MG: Universidade Federal De Minas Gerais, 2011.
- ALMEIDA, A. M. et al. **Eficácia do adefovir dipivoxil, entecavir e telbivudina para o tratamento da hepatite crônica B: revisão sistemática.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical v. 43 n.4, p.440-451, jul-ago, 2010.
- ALMEIDA, A. M. et al. **Revisão sistemática da eficácia do interferon alfa (convencional, peguilado) e lamivudina para o tratamento da hepatite crônica B.** Cad. Saúde Pública. v. 25, n.8, p. 1667-1677, 2009 .
- AMABIS, J. M.; MARTHO, G. R. **Biologia: Biologia dos Organismos.** 2 ed., São Paulo, Ed Moderna, 2004.
- ANASTÁCIO, J. et al. **Prevalência do vírus da hepatite B em indivíduos da região Centro-Ocidental do Paraná Brasil.** SaBios: Rev. Saúde e Biol., v.3, n.2, p.10-15, jul-dez, 2008
- ANDRADE, L. O. M. de. **A. SUS Passo a Passo – Normas, Gestão e Financiamento.** Editora Metha, 2001.
- 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. v. 17, n. 2, p. 425-431, 2001. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2001000200017>> Acesso em 30 abr. 2012.
- AZEVEDO, M. M. **Diagnóstico da população indígena no Brasil.** Cienc. Cult, v.60, n.4, p. 19-22, 2008.
- BARTOLOMEI, C. E. F.; CARVALHO, M. S. de.; DELDUQUE, M. C. **A Saúde é um Direito!** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.27, n. 65, p.184-191, set – dez, 2003. Disponível

em:<http://cebes.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20em%20Debate_n65.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2012.

BRAGA, W. S. M. et al. **Ocorrência da infecção pelo vírus da hepatite B (VHB) e delta(VHD) em sete grupos indígenas do Estado do Amazonas.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v.34, n.4, p.349-355, jul-ago, 2001.

BRASIL, L. M. et al. **Prevalência de marcadores para o vírus da hepatite B em contatos domiciliares no Estado do Amazonas.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v.36, n.5, p.565-570, set-out, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Hepatites Virais: desafios para o período de 2011 a 2012 - BRASILIA/ DF, 2011-2012.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.** – 2. ed. - Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Humanizausus: O HumanizaSus na Atenção Básica.** 1. ed. A- Brasília/DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Superintendência de Epidemiologia. Gerência de Vigilância Epidemiológica. **Guia Estadual de Orientações técnicas das Hepatites Virais.** MINAS GERAIS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional para Prevenção e Controle das Hepatites Virais: Manual de aconselhamento em hepatites virais.** - 1. ed.– Brasília/ DF, 2005.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Hepatites Virais: o Brasil está atento- 2. ed.- BRASÍLIA / DF, 2005.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Tratamento da Hepatite Viral Crônica B e Coinfecções.** 1. ed. B - BRASÍLIA – DF. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Manual A B C D E das Hepatites Virais para Cirurgiões Dentistas** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância Epidemiológica** - 6. ed. – Brasília- DF, 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Relatório de Situação:** Amazonas. 2. ed. Brasília/DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização:** Humaniza SUS, Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Brasília/DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde(SUS):** Princípios e conquistas- Brasília, 2000.

BUSS, P. M. **Promoção da Saúde da Família.** Revista Brasileira de Saúde da Família. v. 2, n.6, p.50-63, 2002. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/.../is_digital/is_0103/IS23\(1\)021.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/.../is_digital/is_0103/IS23(1)021.pdf)>. Acesso em: 03 maio. 2012

CARMO, E. H.; BARRETO, M. L.; SILVA JR, J. B. da. **Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira:** os desafios para um novo século.

Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 12, n. 2, abr/jun. 2003.

CASTELO, A. et al. **Estimativas de custo da hepatite crônica B no sistema único de saúde Brasileiro em 2005.** Rev. Assoc. Med. Bras, v 53, n.6, p. 486-491, 2007. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302007000600013>>. Acesso em: 19 mar. 2012.

CHAVES, M. de. B. G.; CARDOSO, A. M.; ALMEIDA, C. **Implementação da política de saúde indígena no Pólo-base Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil:** entraves e perspectivas. Cad. Saúde Pública, v. 22, n. 2, p. 295-305, 2006. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000200007>>. Acesso em: 16 mar. 2012.

CHÁVEZ, J. H.; CAMPANA, S. G.; HAAS, P. **Panorama da hepatite B no Brasil e no Estado de Santa Catarina.** Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health, v. 14, n. 2, 2003.

CONCEIÇÃO, J. S. da. et al. **Conhecimento dos obstetras sobre a transmissão vertical da hepatite B.** Arq. Gastroenterol, v. 46, n. 1, p. 57-61, 2009.

CONFALONIERI, U. E. C. **O Sistema Único de Saúde e as Populações Indígenas:** Por uma Integração Diferenciada. Cadernos de Saúde Pública, RJ, v. 5, n. 4, p. 441-450, out-dez, 1989.

COSTA, D. C. **Política Indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas.** Cadernos de Saúde Pública, RJ, v. 4, n. 3, p. 388-401, out-dez, 1987.

CZERESNIA, D. F. C.M. (org.). **Promoção da Saúde:** conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p.39-53, 2003.

- FERREIRA, C. T.; SILVEIRA, T. R. da. **Prevenção das hepatites virais através de imunização.** *Jornal de Pediatria*, v. 82, n. 3, 2006.
- FERREIRA, M. S. **Diagnóstico e tratamento da hepatite B.** *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v. 33, n.4, p.389-400, jul-ago, 2000.
- FERREIRA, M. S.; BORGES, A. S. **Avanços no tratamento da hepatite pelo vírus B.** *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* v. 40, n.4, p.451-462, jul-ago, 2007.
- FONSECA, J. C. F. da. **Hepatite B.** *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* v.35, n. 2, p. 181-190, mar-abr, 2002.
- FRIAS, P. G. de. et al. **Sistema de Informações sobre Mortalidade:** estudo de caso em municípios com precariedade dos dados. *Cad. Saúde Pública*, RJ, v. 24, n. 10, p. 2257-2266, out, 2008.
- FUNASA. Ministério da Saúde. **Boletim informativo Especial:** Saúde Indígena, uma década de compromisso. 8. ed. abr, 2009.
- FUNASA. Ministério da Saúde. **Boletim informativo:** Imunização Total. Publicação da Funasa. 2. ed. maio, 2006.
- GADELHA, C.; AZEVEDO, N. **Inovação em vacinas no Brasil:** experiência recente e constrangimentos estruturais. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, v. 10, n.2, p. 697-724, 2003.
- GARNELO, L. **Aspectos socioculturais de vacinação em área indígena.** *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.18, n.1, jan.-mar, p.175-190, 2011.
- GAZE, R.; CARVALHO, D. M. de. ; TURA, L. F. R. **Informação de profissionais de saúde sobre transmissão transfusional de hepatites virais.** *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 5, p. 859-64, oct, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000600016>. Acesso em: 02 fev. 2012.
- HOKERBERG, Y. H. M.; DUCHIADE, M. P.; BARCELLOS, C. **Organização e qualidade da assistência à saúde dos índios Kaingáng do Rio Grande do Sul, Brasil.** *Cad. Saúde Pública*, v.17, n.2, p. 261-272, 2001. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2001000200002>>. Acesso em 30 mar. 2012.
- MONTEIRO, F. **Políticas y programas territoriales y autónomos.** Seminário Taller Pueblos Indígenas de América Latina. Santiago de Chile: CEPAL; 2007. Disponível em: <<http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/8/29208/FMonteiroD.pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2012.

- MORAES, J. C. de; ALBUQUERQUE, E. J. de; GRIMALDI, R. **Imunogenicidade da vacina brasileira contra hepatite B em adultos.** Rev Saúde Pública, v. 44, n.2, p. 353-359, 2010.
- MOREIRA, R. C., et al. **Soroprevalência da hepatite B e avaliação da resposta imunológica à vacinação contra a hepatite B por via intramuscular e intradérmica em profissionais de um laboratório de saúde pública.** J Bras Patol Med Lab , v. 43, n. 5 p. 313-318, out, 2007.
- NUNES, H. M.; MONTEIRO, M. R. de. C. C. ; SOARES, M. do. C. P. **Prevalência dos marcadores sorológicos dos vírus das hepatites B e D na área indígena Apyterewa, do grupo Parakanã, Pará, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2756-2766, nov, 2007.
- PETRY, A.; KUPEK, E. J. **Efetividade das vacinas anti-VHB (DNA-recombinante) em doadores de sangue de uma região endêmica para hepatite B no sul do Brasil.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 39, n. 5, p. 462-466, set-out, 2006.
- PORTA, G. **Abordagem Diagnóstica das Doenças Colestáticas na Infância** Gaz. méd. Bahia, v. 76, n. 1, p. 31-33, 2006.
- PORTAL DA SAÚDE. Hepatites em foco. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=18044>. Acesso em: 13 nov. 2011.
- REDE GLOBO. Distância atrapalha controle das hepatites na Amazônia. Disponível em:
<<http://fantastico.globo.com/Jornalismo/FANT/0,,MUL1668880-15607-431,00.html>>.
Acesso em: 20 set. 2011.
- RIBEIRO, L. C.; SOUTO, F. J. D.** Hepatite Delta no Estado de Mato Grosso: **apresentação de cinco casos.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 33, n. 6, p. 599-602, nov-dez, 2000.
- SANTOS, N. S. de. O. S.; ROMANOS, M. T. V.; WIGG, M. D. **Introdução à Virologia Humana-** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- SANTOS, R.V. **Crescimento físico e estado nutricional de populações indígenas brasileiras.** Cad. Saúde Pública, v. 9, n. 1, p. 46-57, 1993.
- SILVA, J. L. L. **O processo saúde-doença e importância para a promoção da saúde.** Informe-se em promoção da saúde, n. 2, p. 03-05, 2006. Disponível em:
<<http://www.uff.br/promocaodasaude/informe>>. Acesso em: 12 set. 2011.

- SOARES, M. C. P. et al. **Epidemiologia dos vírus das hepatites B, C e D na tribo indígena parakaná, Amazônia Oriental Brasileira.** Bol Oficina Sanit Panam, v. 117, n. 2, 1994.
- SOARES, M. C. P.; BENSABATH, G. **Tribos Indígenas da Amazônia Oriental Como População de Risco Pará a hepatite D (Delta).** Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo, v. 33, n. 3, p. 241-242, 1991.
- SOUZA FILHO, C. F. M. de. **A Saúde como Cultura, a Cultura como Direito.** Revista de Direito Sanitário, São Paulo. v. 9, n. 3 p. 109-114, nov- fev, 2008 – 2009.
- SOUZA, D. E. R. de. et al. **Incidência de Hepatite B e Vacinação no Estado de Santa Catarina. Brasil, 1996-2004.** Arquivos Catarinenses de Medicina, v. 36, n. 2, 2007.
Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/491.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2012.
- TANCREDI, F.B; BARRIOS, S.R. L; FERREIRA, J. H. G. **Planejamento em saúde.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/ Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, 1998.
- TARGINO, M. das. G. **Informação Em Saúde: Potencialidades E Limitações.** Inf. Inf., Londrina, v. 14, n. 1, p. 52 - 81, jul-jun, 2009.
- TAUIL et al. **Mortalidade por hepatite viral B no Brasil, 2000-2009.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 472-478, mar, 2012.
- VARGA, I. V. de. ; VIANA, R. L. **Distrito sanitário especial indígena do Maranhão: crônicas de um desastre anunciado.** Revista de Direito Sanitário. v. 9, n. 3, p. 133-149, 2008.
- VIANA, J. et al. **Povos do Acre: História Indígena da Amazônia Ocidental.** Fundação de Cultura e Comunicação Elias Mansour (FEM). Rio Branco-Acre, 2002.