

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DO ARAGUAIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

RHEURE ALVES MOREIRA LOPES

**ANTIBIOTICOTERAPIA DISPENSADA A CRIANÇAS INDÍGENAS XAVANTE E
NÃO INDÍGENAS INTERNADAS EM UM HOSPITAL DE MT NO PERÍODO DE
2007 A 2008**

Pontal do Araguaia – MT

2009

RHEURE ALVES MOREIRA LOPES

**ANTIBIOTICOTERAPIA DISPENSADA A CRIANÇAS INDÍGENAS XAVANTE E
NÃO INDÍGENAS INTERNADAS EM UM HOSPITAL DE MT NO PERÍODO DE
2007 A 2008**

Monografia apresentada à banca examinadora do curso de enfermagem do Campus Universitário do Araguaia, como requisito parcial, para obtenção do título de bacharel em enfermagem.

Orientador: Profa. Ms. Rosaline Rocha Lunardi.

Co-Orientador: Profa. Dra. Flávia Lúcia David.

Pontal do Araguaia – MT

2009

RHEURE ALVES MOREIRA LOPES

**ANTIBIOTICOTERAPIA DISPENSADA À CRIANÇAS INDÍGENAS XAVANTE E
NÃO INDÍGENAS INTERNADAS EM UM HOSPITAL DE MT NO PERÍODO DE
2007 A 2008**

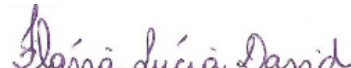
Monografia julgada e aprovada para a
obtenção do grau de Bacharelado em
Enfermagem no Instituto Universitário do
Araguaia – UFMT.

Pontal do Araguaia 08 de dezembro de 2009

BANCA EXAMINADORA

Profa. Ms Rosaline Rocha Lunardi 

Orientador

Profa. Dra. Flávia Lúcia David 

Examinador

Prof. Dr. Wagner Welber Arrais da Silva 

Examinador

Nota Final 9,5

Pontal do Araguaia – MT

2009

Dedicatória

A meus pais,

Adão Alves e Maria Lopes

Aos amigos que se tornaram família,

*Carolina Pires, Julian Faoro, Núbia Andrade, Paulo Anderson, Raquel Gomes e Veridiana
Assêncio.*

À amada,

Karla Bianca

Agradecimentos

A Deus,

Pela proteção, pelas oportunidades e palavras construtivas que me chegam de todas as formas.

À Rosaline Lunardi,

Por todo o aprendizado e sugestões, fundamentais para a construção deste trabalho. Pelos encontros, mesmo depois de dias longos e cansativos, pelos telefonemas em finais de semana, pela confiança durante nossas viagens de pesquisa, pelo apoio fora da graduação. Pelo incentivo para expor minhas idéias, pelo direcionamento, importantíssimos para que a objetividade não fosse perdida.

À Flávia Lúcia David,

Pela direção durante todo o período acadêmico, mais que professora, representou acolhimento e serenidade. Sou grato pela bondade de uma educadora genuína, em receber e apreciar minhas opiniões e aguçar minha curiosidade. Pelas confraternizações em sua casa que por anos participamos, pelo apoio fora da graduação que tem nos dado, pelo auxílio nos congressos, pela Iniciação Científica que ofereceu sem mesmo me conhecer. Sua forma de conduzir meu processo educativo foi fundamentação para arquitetar minha graduação.

A meus pais, Adão Alves e Maria Lopes,

A estes que se doaram inteiros e renunciaram a suas vontades, para que, muitas vezes, pudessem realizar as minhas, agradeço pelo carinho, amparo, dedicação e torcida pelas conquistas.

À Karla Bianca Neves,

Pela ajuda durante os meses de coleta de dados, inserção de informações obtidas e análise do banco de dados, além da contribuição no manuscrito final. Seu companheirismo, apoio incondicional, segurança que transmite e parceria me fortaleceram. Sem você os obstáculos seriam maiores, a caminhada mais longa, a solução dos problemas teria sido mais difícil.

Pela paciência e ensinamento durante todos estes anos, sou grato.

Aos amigos que viraram família,

Carolina Pires, Julian Faoro, Núbia Andrade, Paulo Anderson, Raquel Gomes e Veridiana Assencio.

Pela cumplicidade e amizade incondicional. Por dividir as experiências, idéias, tão ricas e complementares. A vocês que tiveram paciência comigo, pessoas com as quais dividi meus sentimentos, idéias, angústias, alegria e afeto sou grato.

Aos companheiros de classe,

Por dividirmos as incertezas e inseguranças, mas somarmos entusiasmo, forças e alegrias.

À Família Moreira Lopes,

Pelo apoio, amizade, alegria e amparo.

“Nossas dúvidas são traidoras e nos fazem perder o que, com frequência, poderíamos ganhar, por simples medo de arriscar.”

(William Shakespeare)

Resumo

A escassez de estudos relacionados à saúde indígena impossibilita o conhecimento das atuais condições de saúde e realidades demográficas dessa população de forma satisfatória, porém, os estudos já realizados no Brasil apontam, em geral, condições precárias de saúde, colocando-os em desvantagem em relação a outros segmentos da sociedade. Desordens carenciais representam um dos principais problemas de ordem nutricional nos povos indígenas e, em algumas situações vêm acompanhadas, problemas gastrointestinais, problemas respiratórios e desordens metabólicas. A resistência a drogas adquirida por microorganismos é considerada o maior problema no tratamento de doenças infecciosas em todo o mundo. A situação se agrava pelo fato de o próprio uso de antimicrobiano ser um fator de risco para a aquisição destes patógenos resistentes. Este trabalho objetivou analisar o tratamento com antimicrobiano dispensado a crianças indígenas e não indígenas internadas em um hospital de Mato Grosso no período de 2007 a 2008. Foram considerados todos os prontuários de pacientes com idade inferior a cinco anos que ingressaram na enfermaria da clínica médica. Em relação a indígenas, observou-se que 289 (96,7%) pacientes usaram antibióticos em algum momento da hospitalização, em apenas 17 (5,7%) foi utilizado esquema monoterápico. Já para não-indígenas 218 (97,3%) pacientes obtiveram prescrição de antimicrobianos em algum momento da hospitalização, entre os quais 73 (32,6%) receberam tratamento monoterápico. As prescrições em sua maioria são esquemas de trocas e uma quantidade mínima de monoterapias e inexistente a confirmação do agente etiológico por exames laboratoriais. Mais de 6% dos prontuários da população indígena continham mais de quatro trocas de antibióticos durante a hospitalização, valor consideravelmente superior a não-indígenas que é de 2,3%. Associações de vários antimicrobianos sem embasamento laboratorial foram observadas em vários casos, o que caracteriza a utilização empírica destes fármacos. Foi identificado ainda o uso frequente de drogas de amplo espectro. Deseja-se que este trabalho, ao sugerir que pode ter havido deficiência no uso racional da terapia medicamentosa, alerte os profissionais para a necessidade de mais cautela na utilização de antimicrobianos.

Palavras Chaves: Antibióticos, Tratamento, Indígenas

Abstract

The scarcity of studies on indigenous health makes it impossible to view the current health conditions and demographic realities of this population adequately, but the studies already carried out in Brazil indicate, in general, poor health, putting them at a disadvantage compared to other segments of society. Deficiency disorders is one of the most important nutritional problem of order in indigenous peoples and, in some situations are accompanied, gastrointestinal, and respiratory and metabolic disorders. The acquired drug resistance by microorganisms is the major problem in the treatment of infectious diseases around the world. The situation is aggravated by the fact that the very use of antimicrobials is a risk factor for the acquisition of these resistant pathogens. This paper aims to analyze the antimicrobial treatment meted out to indigenous and non-indigenous admitted to a hospital in MT for the period 2007 to 2008. We considered all records of patients aged less than five years who entered the infirmary of medical clinic in the period in question. For Indians, it was observed that 289 (96.7%) patients used antibiotics at some time of hospitalization, only 17 (5.7%) was used monotherapy regimen. As for non-Indigenous 218 (97.3%) patients were prescribed antibiotics at some time in hospital, including 73 (32.6%) received monotherapy treatment. The requirements are mostly trading schemes and a minimum of monotherapy, lack of confirmation by laboratory tests. More than 6% records of the indigenous population contained more than four exchanges of antibiotics during hospitalization, considerably more than non-indigenous people is 2.3%. Associations of various antibiotics without scientific laboratory were observed in several cases, which characterizes the empirical use of these drugs. It also identified frequent use of broad-spectrum drugs. It is hoped that this work has shown evidence to allow professionals to be more cautious in the use of antimicrobials.

Keywords: Antibiotics, Treatment, Indigenous

Lista de Figura

Figura 1 – Localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.	19
Figura 2 – Organização do Distrito Sanitário.	20
Figura 3 - Terras Indígenas Xavante – Mato Grosso, Brasil.	24
Figura 4 - Antibioticoterapia dispensada aos pacientes.	32
Figura 5- Monoterapia dispensada aos pacientes.	33

Lista de tabela

Tabela 1	População total de indígenas Xavante no período de 1958 a 2007.	23
Tabela 1.1	População das TI Xavante no período de 1977 a 2003.	24
Tabela 2	Proporção dos diagnósticos de maior frequência para crianças menores de 05 anos.	31
Tabela 3	Frequência de trocas de antibióticos por pacientes sem distinção de patologia.	33
Tabela 3.1	Proporção de trocas de antibióticos por pacientes com quadro presuntivo de Pneumonia, Diarréia e Gastroenterite de origem infecciosa e Bronquite Aguda.	34
Tabela 4	Terapia antimicrobiana utilizada no tratamento de pacientes com quadro presuntivo de Pneumonia, Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa e Bronquite Aguda e tratamentos sem antibióticos.	36
Tabela 5	Monoterapia dispensada a pacientes com quadro de Pneumonia, Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa e Bronquite Aguda.	38
Tabela 6	Frequência de antibióticos utilizados em trocas.	39
Tabela 7	Frequência referente ao primeiro antibiótico prescrito para pacientes com quadro presuntivo de Pneumonia.	41
Tabela 8	Frequência referente ao primeiro antibiótico prescrito para pacientes com quadro presuntivo de Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa.	43
Tabela 9	Frequência referente ao primeiro antibiótico prescrito para pacientes com quadro presuntivo de Bronquite Aguda.	44
Tabela 10	Duração média, em dias, das internações de pacientes com quadro presuntivo de presuntivo de Pneumonia, Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa e Bronquite Aguda e o respectivo antibiótico utilizado.	45

Lista de siglas

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Agentes Indígenas de Saúde
CASAI	Casas de Saúde do Índio
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CID-10	Classificação Internacional de Doenças 10 ^a Revisão
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
DSEIX	Distrito Sanitário Especial Indígena Xavante
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
MT	Mato Grosso
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
SIASI	Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena
SIH	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SPI	Serviço de Proteção aos Índios
SUS	Sistema Único de Saúde
TI	Terra indígena
UNICEF	United Nations Children's Fund

Sumário

Introdução	13
Objetivo Geral	16
Objetivos Específicos	16
População e métodos	17
Revisão de Literatura	18
Os Xavante	22
Antibioticoterapia	26
Resultados e Discussão	31
Conclusão	47
Referências Bibliográficas	50

Introdução:

A escassez de estudos relacionados à saúde indígena impossibilita o conhecimento das atuais condições de saúde e realidades demográficas dessa população de forma satisfatória, porém, os estudos já realizados no Brasil apontam, em geral, condições precárias de saúde, colocando-os em desvantagem em relação a outros segmentos da sociedade (COIMBRA Jr & SANTOS, 2000).

Com o Ministério da Saúde assumindo a responsabilidade de estruturar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, criou-se uma Política Setorial no SUS que atende a diversidade dos povos indígenas, permitindo assim acesso adequado às ações de saúde a este povo, possibilitando, então, o exercício da cidadania e a garantia das diretrizes estabelecidas na Constituição, no que diz respeito ao atendimento de saúde diferenciado aos índios (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2005).

O quadro epidemiológico dos povos indígenas do Brasil é historicamente caracterizado pela predominância de doenças infecciosas e parasitárias, além das atuais doenças crônicas não transmissíveis, como obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo II. Fatores como mudanças socioculturais e econômicas, resultantes da interação com a sociedade nacional, se tornaram impactantes para a saúde deste povo (COIMBRA JR et al, 2003).

Ao confrontarmos alguns indicadores de saúde, ficam evidentes as desigualdades entre índios e não-índios. Segundo a FUNASA (Fundação Nacional de Saúde), as taxas de mortalidade infantil para crianças indígenas e não-indígenas no ano de 2000 eram 56,5/ 1000 e 31,8/1000 respectivamente, portanto, a comparação dos coeficientes de mortalidade infantil mostra que os valores para as crianças indígenas são mais elevados que a média brasileira.

No período 1999-2002 as principais causas de óbitos na população indígena Xavante estavam relacionadas à desnutrição, pneumonias e doenças infecciosas, com elevada concentração dos óbitos nos primeiros 05 anos de vida. O Distrito Sanitário Especial Indígena Xavante (DSEI Xavante) cita um coeficiente de mortalidade infantil de 133,6/1000 nascidos vivos em 2001 (GARNELO & BRANDÃO, 2003).

Dados da FUNASA a respeito de uma população de cerca de 60 mil indivíduos indígenas no ano de 1998, registram 466 óbitos, quase 50% deles entre menores de cinco anos de idade, tendo como causas mais freqüentes as doenças transmissíveis, especialmente as infecções das vias respiratórias e as parasitoses intestinais, a malária e a desnutrição (FUNASA, 2002).

Nas sociedades desenvolvidas e não desenvolvidas são relevantes os aspectos epidemiológicos da doença respiratória infantil, visto que há grande expressão populacional com o agravo, além do impacto exercido sobre os índices de mortalidade na infância, já que a pneumonia é uma condição encontrada normalmente em crianças e representa a principal causa infecciosa de morte neste grupo (CAMARGO et al, 2008; CIRINO et al, 2004; MONTEIRO; BENÍCIO, 1987).

Grande parte dos óbitos em crianças é relacionado ao grupo “diarréia-pneumonia-desnutrição”. É fato que situações econômicas influenciam nas desigualdades sociais, contribuindo então para eventos que levam ao óbito infantil por causas aparentemente banais. Doenças diarreicas e pneumonias são patologias consideradas de bom prognóstico e não exigem tecnologias de custo elevado, suas complicações na maioria das vezes podem ser evitadas pelo acompanhamento próximo, identificando então situações ou crianças de maior risco para uma atuação mais efetiva (CALDEIRA et al, 2005).

São inexistentes, até o momento, em bases indexadas estudos relacionados ao tratamento antimicrobiano para indígenas. A criação de novos antibióticos não segue a proporção que se cria resistência aos mesmos, tal situação se agrava pelo uso indiscriminado desta classe de medicamento. Bastante dinheiro público é gasto com o tratamento de infecções causadas por bactérias com resistência a antibióticos, o uso racional destes medicamentos evitaria tais gastos (CORRÊA, 2004).

Os poucos estudos relacionados à morbidade indígena, apontam uma alta incidência de infecções respiratórias e gastrointestinais agudas, malária, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, desnutrição e doenças passíveis de prevenção por vacinas. Portanto, encontramos agravos que são passivos de prevenção com o estabelecimento de ações sistemáticas e continuadas de atenção básica à saúde, com a não adesão a esta ação, grande parte destes agravos são então tratados com o uso de antibióticos (CORRÊA, 2004; FUNASA, 2002).

Houve uma verdadeira revolução no tratamento das doenças infecciosas com o advento dos antimicrobianos, por meio disso se obteve uma queda expressiva na morbidade e mortalidade, além melhora expressiva da sobrevida humana. Todavia, o uso de antibióticos deve ser bastante criterioso, visto que é acompanhado de toxicidade, aumento de alergias, reações cruzadas e da proliferação de microrganismos multirresistentes (CORRÊA, 2004).

Uma vez que o paciente adira ao tratamento, diminui o risco do uso errado de antibióticos, é necessário então que o remédio tenha um custo compatível com a capacidade do paciente em comprá-lo, além disso, outro aspecto importante para a adesão é a

possibilidade de o medicamento ser administrado no menor número de vezes ao dia (CORRÊA, 2004).

Apesar do triunfo dos antibióticos, a resistência bacteriana é um problema crescente. Doenças como tuberculose, malária, gonorréia e otites em crianças estão agora mais difíceis de serem controladas. Em hospitais, a resistência contra drogas é um problema ainda maior, porque estes têm internados pacientes críticos, estando então mais vulneráveis às infecções e que assim necessitam de potentes antibióticos, o que pode levar a mutação das bactérias e maior resistência. Mais de 70% das bactérias que causam infecção hospitalar são resistentes a pelo menos uma droga comumente usada para seu tratamento (CORRÊA, 2004).

Objetivos

Geral

Analisar a antibioticoterapia dispensada a crianças indígenas e não indígenas internadas em um hospital de MT no período de 2007 a 2008.

Específico

- ✓ Investigar a existência de exames microbiológicos para confirmar os agentes etiológicos das infecções;
- ✓ Identificar o esquema terapêutico utilizado no tratamento das infecções de crianças indígenas e não indígenas avaliando, possível diferença no tratamento.

População Métodos

Trata-se de um estudo descritivo transversal com abordagem quantitativa, avaliando dados de prontuários de crianças indígenas da etnia Xavante e não indígenas na faixa etária de 0 a 5 anos, de um hospital de Mato Grosso.

Foram considerados todos os prontuários de pacientes, na faixa etária em questão, que ingressaram na enfermaria da clínica médica no período de 2007 a 2008. A origem, a idade, o diagnóstico, exames microbiológicos, antibióticos prescritos e duração do tratamento foram então, de origem secundária. Os diagnósticos foram agrupados segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (OMS, 1993). As visitas a instituição hospitalar ocorreram durante os meses de fevereiro e março de 2009.

Alguns prontuários de indígenas, devido à ausência do sobrenome Xavante ou o termo Xavante em lugar do sobrenome ou, ainda, determinação da aldeia de origem, podem não ter sido contemplados. As hospitalizações ocorridas em outras localidades não constam neste estudo, além das referências terciárias do próprio DSEIX, como Goiânia, Distrito Federal e São Paulo.

Os dados e informações levantados nos prontuários dos pacientes foram armazenados no Microsoft Access[®] versão 2007, um sistema relacional de administração de banco de dados, com o uso auxiliar de planilhas eletrônicas do Microsoft Excel[®] versão 2007. Como apoio a pesquisa, foi utilizado o bulário da página eletrônica da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Tal publicação foi escolhida pelo fato de ser uma referência nacional na utilização de fármacos. Nos casos que apresentavam mais de um diagnóstico durante a hospitalização, foi priorizado apenas um diagnóstico, desde que dado pelo médico. Assim sendo, foi dada prioridade para diagnósticos de desnutrição em relação às pneumonias, e estes em relação às diarreias e gastroenterites.

Revisão de Literatura

A população brasileira vem sofrendo modificações no seu perfil saúde, nas últimas décadas houve um aumento na esperança de vida ao nascer e a de morbimortalidade por doenças infecciosas e parasitárias. No entanto, tais modificações ocorrem de maneira diferenciada nos diversos segmentos da sociedade brasileira (PRATA, 1992).

A saúde de povos indígenas do Brasil está inserida em um processo de precariedade, é pouco explorada e merece mais atenção (Santos & Coimbra, 2003). A carência de dados confiáveis é um obstáculo para uma melhor promoção da saúde entre os povos indígenas (COIMBRA JR. et al., 2002).

Em agosto de 1999 a responsabilidade de estruturar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o Sistema Único de Saúde – SUS, foi assumida pelo Ministério da Saúde, por intermédio da Funasa. Até esta data havia uma imensa precariedade nas condições de saúde da população indígena brasileira, as taxas de morbimortalidade eram muito superiores às da população brasileira em geral (FUNASA, 2008). Apesar dos DSEIs serem legalmente criados no ano de 1999, Mendes em sua pesquisa sobre estes distritos, diz que sua implantação se deu a partir de 1987, e que há registros de experiências destes no âmbito da saúde pública nesta data (MENDES, 1995)

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena é composto por 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), como observado na figura 1, são unidades de responsabilidade sanitária correspondentes a terras indígenas e foram criados por meio do decreto nº 3.156 (BRASIL, 1999a) e Lei Nº 9.836 de 23 de setembro de 1999 (BRASIL, 1999b). Em seguida, a mesma legislação regulamentou a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), integrante da Política Nacional de Saúde (BRASIL, 2002).

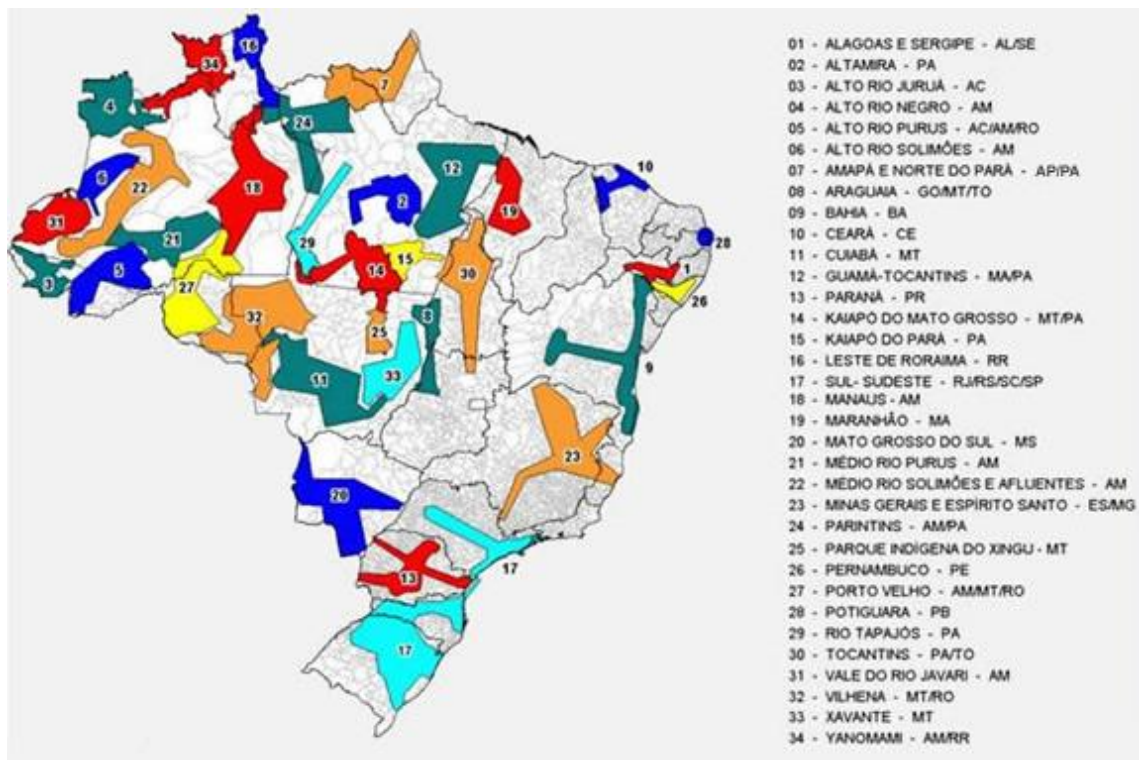
O propósito do PNASPI é garantir acesso integral à saúde aos povos indígenas de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, para tanto é oferecido capacitação aos recursos humanos, monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas, promoção do uso adequado e racional de medicamentos, de ações específicas em situações especiais, da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas e promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena, além do controle social (BRASIL, 2002).

Os DSEIs possuem ações de saúde necessárias à atenção básica, promoção, prevenção e recuperação da saúde do índio, articulam-se com o Sistema único de Saúde – SUS, são responsáveis pela referência e contra-referência, todavia, possuem a equipe mínima necessária

para executar ações e controle social por mediação dos Conselhos Locais e Distrital de Saúde (FUNASA, 2008).

Garnelo e Sampaio (2005) interpretam a estratégia de criar um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena como um modelo de atenção que optou pela abdicação à execução direta de serviços, adotando a estratégia de terceirização, seria uma forma de transferência parcial das atribuições do estado para a rede privada.

Sob a responsabilidade da Coordenação Regional da Funasa de Mato Grosso, estão o DSEI Cuiabá, DSEI Kaiapó, DSEI Xavante e DSEI Xingu, porém, no território mato-grossense estão localizados mais dois DSEIs sob responsabilidade de outros estados, visto que possuem terras que avançam fronteiras estaduais, são o DSEI Araguaia e DSEI Vilhena.



Fonte: Funasa/MS. Disponível em < <http://www.funasa.gov.br/internet/localizacaoDseis.asp>>

Figura 1 – Localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Os DSEIs devem contemplar peculiaridades da área indígena na qual está vinculado, para que o distrito seja arquitetado vários atores sociais devem fazer parte do processo de discussão como organizações indígenas, os profissionais de saúde, as ONGs, as universidades e órgãos federais (ATHIAS; MACHADO, 2001)

Cada comunidade indígena conta com a atuação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e suas atividades são ligadas a um posto de saúde. As ações dos AIS incluem acompanhamento de crescimento e desenvolvimento, acompanhamento de gestantes,

pacientes crônicos e vacinação, primeiros socorros, promoção e prevenção de patologias prevalentes e acompanhamento e supervisão de tratamentos de longa duração (FUNASA, 2008).

As comunidades indígenas contam ainda com os Pólos-Bases, eles podem estar localizados na própria comunidade indígena ou num município de referência, nesta última situação o Pólo corresponderia a uma unidade básica de saúde já existente na rede de serviço daquele município. Os Pólos-Bases contam com a atuação de profissionais principalmente da área médica, enfermagem, odontologia e auxiliares de enfermagem. Quando a demanda supera a capacidade dos Pólos, os pacientes são encaminhados ao serviço especializado na sede do próprio município ou no mais próximo, hospital local de pequeno porte, hospital regional de médio porte ou hospital geral/especializado, este último seria de grande porte em alta complexidade e resolutividade (FUNASA, 2008).

Localizadas em municípios de referência, estão as Casas de Saúde do Índio (CASAI), são locais onde indígenas referenciados pelos DSEIs são recepcionados, porém, não executam ações médico-assistenciais. Sua função é agendar serviço especializado, dar suporte a exames, prosseguir tratamento após hospitalização, fazer tradução para indígenas que não falam Português e viabilizar o retorno dos pacientes à sua comunidade indígena (FUNASA, 2008). A figura 2.0, expressa como é a organização interna de um Dsei e como se estabelece o Fluxo de Atenção à Saúde.



Fonte: Funasa/MS. Disponível em http://www.funasa.gov.br/internet/organ_dsei.asp

Figura 2.0 – Organização do Distrito Sanitário Especial Indígena.

Com o objetivo de acompanhar as ações desenvolvidas pelos DSEIs, o Sistema de Informações de Saúde Indígena (SIASI) vem sendo implantado. Trata-se de um sistema que

fornece subsídios para a construção de indicadores que avaliem as condições de saúde de comunidades indígenas, permitindo assim, mesmo que indiretamente, uma avaliação da atenção à saúde, especialmente no que diz respeito ao acesso, cobertura e efetividades dos Distritos. Quando estruturado, o acesso permanente aos dados do SIASI deverá estar assegurado a qualquer cidadão (FUNASA, 2008). Por estar ainda em fase de implantação, não é possível obter dados relativos à morbimortalidade dos povos indígenas de forma ampla por meio do SIASI (LUNARDI, 2005).

A aproximação do profissional de saúde aos indígenas e o interesse em conhecer seu modo de vida, bem como seu grupo familiar é algo indispensável na assistência. Manter o paciente em sua aldeia, junto com seu povo, dentro de sua casa é algo que possibilita a eficácia no cuidado (FUNASA, 2004).

A dificuldade de comunicação de profissionais com indígenas pode impossibilitar o diagnóstico e conseqüentemente o tratamento. É necessário então obter o máximo de informações a respeito do paciente, principalmente no que diz respeito a sua etnia, quanto maior a correlação destas informações com o quadro do paciente, melhor serão as condutas tomadas (FUNASA, 2004).

É relativamente difícil caracterizar os níveis e determinantes de fatores como mortalidade e fecundidade para a população indígena brasileira, uma vez que estatísticas vitais como taxa de mortalidade, esperança de vida ao nascer e taxas brutas de natalidade e mortalidade, são pouco conhecidas, ou até mesmo totalmente desconhecidas para certas populações indígenas (SOUZA,1999).

O modo de vida dos indígenas vem sofrendo mudanças drásticas, muitas vezes relacionadas à limitação dos territórios e conseqüentemente diminuição dos recursos naturais, introdução de novos costumes, alimentação e remédios, mudanças na estrutura familiar e sedentarismo (FUNASA, 2004).

Apesar das ações de saneamento desenvolvidas nas comunidades indígenas buscarem proporcionar um tratamento da água, esgotamento sanitário, coleta, remoção e destino final do lixo (FUNASA, 2008), o crescimento demográfico entre os povos indígenas do Brasil vem acompanhado por alta incidência de infecções respiratórias, gastrintestinais agudas, malária e tuberculose, além de doenças sexualmente transmissíveis, desnutrição, e doenças preveníveis por vacinas. É perceptível ainda que em comunidades indígenas com grande interação com não-indígenas, há o surgimento de agravos relacionados às modificações dos estilos de vida, como hipertensão arterial, diabetes, câncer, alcoolismo, cárie dental e doença periodontal, depressão e suicídio (FUNASA, 2005).

Estudos revelam que indígenas possuem grande incidência de tuberculose quando comparado com não indígenas, em estudo realizado por Escobar et al (2001) nesta população no estado de Rondônia, resultados revelaram que entre indígenas há 1.000 casos por 100.000 habitantes contra 100 casos por 100.000 habitantes na população de Rondônia não-indígena. É interessante salientar que dos casos em indígenas 84% tiveram alta por cura e 12% abandonaram o tratamento.

O suicídio entre indígenas é algo que vem despertando a atenção de inúmeros pesquisadores, estudos revelam que o mesmo está fortemente associado a processos de inadaptação de indivíduos ou grupos a pressão exercida pela sociedade nacional (ERTHAL, 2001).

Os Xavante

As referências históricas mais antigas a respeito da população Xavante são do século XVII, situavam-se no norte do presente Estado de Goiás. Até então as atividades de mineração se expandiam, em conseqüência surgiam conflitos entre as frentes econômicas e a população Xavante, bem como outros povos indígenas. Após este período o interesse econômico deslocou-se para a agricultura e pecuária, então a população Xavante deslocou-se para o atual estado de Mato Grosso (MT). A partir dos anos 30 do século XX, durante o Estado Novo, período no qual a integração do Brasil Central fez parte do contexto geopolítico nacional, frentes expansionistas alcançaram os Xavante no estado de MT. O período de intenso contato com não-indígenas foi marcado por epidemias e confrontos que resultaram em acentuada taxa de mortalidade da população indígena. Somente nas décadas de 1970 e 80 iniciaram-se as tentativas de demarcação de terras indígenas, contudo, esta população tinha objetivos semelhantes a sulistas, uma vez que o governo federal incentivava a colonização do leste matogrossense por estes migrantes (SOUZA, 1999).

Antes de ocuparem terras localizadas no estado de Mato Grosso, indígenas Xavante passaram por um processo de migração, o objetivo deste povo era fugir do contato com a sociedade nacional (GOMIDE; KAWAKUBO, 2006).

Indígenas atribuem as doenças a causas místicas como possessões espirituais e alterações da alma ou causas naturais como temperatura ambiental, chuva, estação do ano ou até mesmo fatores como estresse, má alimentação e debilidade física (FUNASA, 2004). A feitiçaria é uma crença ainda existente entre Xavantes. Filho et al (1999) em seu estudo em reservas indígenas Xavantes de Sangradouro e São Marcos, encontrou seis casos com um mesmo quadro clínico de emagrecimento e fraqueza progressiva, perda da massa muscular e

dificuldade motora, e alguns evoluíam para caquexia e morte, indígenas destas terras atribuíam as doenças à feitiçaria. Uma maneira de proporcionar um atendimento a indígenas sem depreciar suas tradições, seria prestar assistência à saúde nas próprias aldeias e não apenas a atenção médica curativa à demanda espontânea hospitalar, prática esta historicamente iniciada pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), missionários e militares (GARNELO, 2001).

Atualmente há cerca de treze mil trezentos e três Xavantes, e um crescimento de aproximadamente 5% ao ano (tabela 1), o que afasta o risco de extinção, contudo, esta população vem sofrendo uma combinação de doenças crônicas e infecciosas típicas da vida urbana e sedentária, acarretando em complicações cardiovasculares e diabetes. Diferente da população não-indígena, as doenças crônicas em indígenas não estão relacionadas ao envelhecimento, patologias como diabetes tipo II, por exemplo, são bastante encontradas em pessoas na faixa dos 20, 30 anos neste grupo populacional (COIMBRA JR et al, 2002).

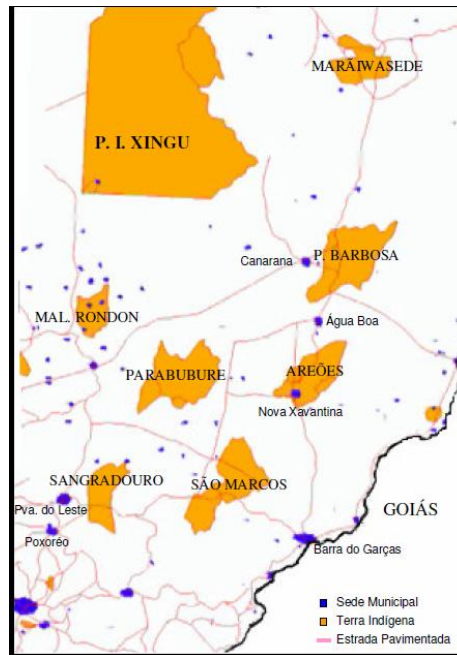
Tabela 1. População total de indígenas Xavante no período de 1958 a 2007.

Ano	População total
1958	1.100
1963	1.465
1969	2.160
1977	3.340
1980	3.405
1983	4.412
1984	4.834
1988	6.091
1996	7.985
1998	10.221
2000	9.601
2004	11.231
2007	13.303

Fonte: Graham, 2008. Disponível em: <http://pib.socioambiental.org/pt/povo/xavante/1161>

Os Xavantes estão distribuídos em sete Terras Indígenas (TI): Areões, Parabubure, Pimentel Barbosa, Marechal Rondon, Sangradouro-Volta Grande, São Marcos e Marãiwasede

(figura 3.0), todas localizadas ao longo do cerrado, entre os rios das Mortes e os formadores do rio do Xingu, no leste do Mato Grosso (LUNARDI, 2005; SOUZA & SANTOS, 1999). Estas TI possuem distinções quanto a população residente, por meio da tabela 1.1 é possível acompanhar o crescimento fragmentado da população do DSEIX.



Fonte: Lunardi, 2004.

Figura 3.0. Terras Indígenas Xavante – Mato Grosso, Brasil.

Tabela 1.1. População das TI Xavante no período de 1977 a 2003.

TI	1977	1980	1984	1988	1996	1998	2000	2003
Areões	303	347	511	594	759	855	913	1028
Marechal Rondon	111	120	215	237	376	447	433	500
Parabubure ^{1,2}	1.066	1.179	2.104	2.697	3.162	4.320	3.883	4.502
Pimentel Barbosa	266	269	526	673	1.068	1.139	1.361	1.570
Sangradouro	548	497	446	524	807	1.156	933	1.188
São Marcos	1.010	993	1.032	1.366	1.813	2.304	2.078	2.443

Tabela 1.1 (Continuação)

TOTAL	3.304	3.405	4.834	6.091	7.985	10.221	9.601	11.231
--------------	-------	-------	-------	-------	-------	--------	-------	--------

1. *Chão Preto - a população aparece no cômputo geral da TI Parabubure;*

2. *Ubawawe - a população aparece no cômputo geral da TI Parabubure;*

Maraiwatsede - litígio no processo de regularização fundiária

Fonte: Graham, 2008. Disponível em: <http://pib.socioambiental.org/pt/povo/xavante/1161>

A população Xavante é caracterizada por elevados níveis de natalidade e mortalidade nos primeiros anos de vida, de acordo com Souza e outros (2004) 55% dos indivíduos possuem idade inferior a 15 anos, 26,1% da população Xavante é composta por crianças menores de cinco anos e 24,3% compõem as mulheres em idade fértil (10 a 49 anos). Para o período de 1999 a 2002, para cada 1.000 pessoas haviam 58 nascimentos e 13 óbitos, o que leva a uma taxa anual de crescimento próxima de 4,5% (SOUZA et al, 2004).

Em relação à nupcialidade Xavante percebe-se que as mulheres casam mais novas que os homens, em estudo realizado população indígena Xavante de Sangradouro-Volta Grande, na faixa etária de 15 a 19 anos, 49% das mulheres e 6% dos homens encontram-se casados, já no grupo de 20 a 29 anos 73% dos homens e 93% das mulheres estão na categoria de casados (SOUZA; SANTOS, 2001).

No passado os Xavantes foram beneficiados com o Projeto Arroz da FUNAI, a partir disso, mesmo com o fim do projeto, este alimento passou a ser muito valorizado pelos indígenas. As plantações ainda existentes entre os Xavantes são em sua maioria de arroz, abóbora, mandioca brava e mandioca mansa ou macaxeira, milho e melancia, percebe-se então que o costume de cultivar e ingerir leguminosas foi perdido. O arroz refinado é extremamente valorizado pela população e, é comum o hábito de trocarem sacos de arroz produzidos nas Terras Indígenas pelo arroz refinado produzido em Primavera do Leste – MT. Na permuta os indígenas recebem uma quantidade bem inferior ao fornecido por eles ou até mesmo arroz empobrecido de tiamina (vitamina B₁). O arroz é o alimento básico dos Xavante, perdendo somente para a manga durante o mês de dezembro. A alimentação é pobre em carne, não criam animais para comer, acontece de ficarem meses sem este alimento, as críticas de não-indígenas fizeram que deixassem de comer gafanhotos e formigas, até então muito apreciados pelos indígenas e que contribuía para a reposição de proteínas (FILHO et al, 1997).

A desnutrição é um importante componente no perfil de morbimortalidade de crianças indígenas do Brasil. Análises de Orellana e outros (2009) em Xavante revelaram elevadas

prevalências de desnutrição e quando comparadas a população não-indígena brasileira observa-se grande superioridade. No que se refere a parasitoses, em estudo realizado em indígenas Xavante, observou-se que alguns indivíduos, todos eles crianças, apresentavam concentrações elevadas de ovos de helmintos, principalmente *A. lumbricóides*, no entanto o número de casos é inferior a outros grupos indígenas brasileiros (SANTOS, 1995).

Crianças indígenas são fortemente atingidas por baixa estatura por idade, como visto em estudo realizado com 348 crianças indígenas menores de 10 anos, 31,4% dos indivíduos menores de 60 meses apresentaram baixa E/I, observou-se também que as frequências de baixa E/I aumentam expressivamente a partir do segundo ano de vida, com valores acima de 30,0% (ORELLANA et al, 2006). Leite e outros (2006) em estudo com crianças Xavantes encontrou resultado semelhante, visto que 21,6% das crianças menores 10 anos apresentam déficit estatural, e em crianças menores de 5 anos o percentual alcança 31,7%.

Desordens carenciais representam o principal problema de ordem nutricional nos povos indígenas e, em algumas situações vêm acompanhadas de obesidade e problemas metabólicos. A desnutrição é algo preocupante, principalmente quando vem combinada com anemia ferropriva e déficits estaturais e ponderais (Martins & Menezes, 1994). Adota-se como indicador mais significativo do desenvolvimento normal da criança o aumento mensal de peso. A United Nations Children's Fund (UNICEF) recomenda que agentes comunitários de saúde devem ajudar as mães a pesarem regularmente as crianças, o que possibilitaria então a detecção de deficiências no desenvolvimento infantil (GRANT, 1991).

Lunardi (2005) em sua pesquisa relacionada a morbidade hospitalar de indígenas Xavante do Distrito Sanitário Especial Indígena Xavante(DSEIX) realizada em hospitais de referência para a população Xavante, encontrou que 41,5% das internações são relacionadas a doenças do aparelho respiratório; crianças menores de 5 anos são responsáveis por 65,8% das internações e 55,1% são relacionadas a estas patologias, revelando então que este é o grupo mais afetado por agravos a saúde nesta população. Uma das principais causas de óbito no Distrito Sanitário Especial Indígena Xavante (DSEIX) é o grupo de Doenças Infecciosas (FUNASA, 2002), e analisando os dados de Lunardi (2005) observa-se que tal situação é refletida nas internações hospitalares.

Antibioticoterapia

Com o intuito de descrever o uso de compostos químicos sintéticos contra agentes infecciosos foi criado o termo quimioterapia. Recentemente a definição foi ampliada para incluir os antibióticos, substâncias estas produzidas por microorganismos que destroem outros

microorganismos ou apenas inibem seu crescimento. O termo também é utilizado para descrever compostos químicos, sejam eles naturais ou sintéticos, utilizados para inibir o crescimento de células malignas ou cancerosas (RANG et al, 1994a).

O desenvolvimento de fármacos capazes de lidar com infecções bacterianas revolucionou o tratamento destas enfermidades. Porém, junto ao desenvolvimento de defesas quimioterápicas, houve o desenvolvimento de proteção bacteriana contra estes agentes, levando ao surgimento da resistência, uma vez que de acordo com o princípio da evolução, um organismo evolui geneticamente de acordo as necessidades impostas pelo meio (RANG et al, 1994a).

A resistência a drogas adquirida por microorganismos é considerada o maior problema no tratamento de doenças infecciosas em todo o mundo, a situação se agrava pelo fato de o próprio uso de antimicrobianos ser um fator de risco para a aquisição destes patógenos resistentes (KHAMENEH; AFSHAR, 2009). O uso de antimicrobianos seleciona cepas resistentes e esta pressão seletiva exercida pelo uso destes fármacos é implicada como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de resistência microbiana (NUCCI & COLOMBO, 2002).

Os antimicrobianos são utilizados como terapia empírica, definitiva ou como terapia preventiva ou profilática. A escolha dos antibióticos para o tratamento provoca inevitavelmente discussões e controvérsias, há diversas experiências pessoais que geram divergentes pontos de vista. GOODMAN (2003), expõe que a antibioticoterapia quando usada como terapia empírica ou inicial, deve oferecer “cobertura” contra todos os agentes etiológicos prováveis, visto que não foi identificado o patógeno infectante. Portanto, deve utilizar terapia de combinação ou monoterapia de amplo espectro. No entanto, uma vez identificado o agente etiológico, deve-se instituir a terapia antimicrobiana definitiva, esta terapia seria de espectro estreito e baixa toxicidade. Sendo a antibioticoterapia indicada, deve-se escolher um fármaco ativo contra patógenos infectantes mais prováveis, o fármaco deve ter menor potencial de provocar toxicidade ou reações alérgicas ao paciente (GOODMAN, 2003).

Um terço dos custos com medicamentos consumidos no hospital é destinado aos antibióticos. No entanto, estas drogas muitas vezes são utilizadas de maneira inadequada e são diversos os erros encontrados como prescrição de antibióticos para tratar infecções virais, escolha inadequada do antibiótico, dose e via de administração inadequadas e duração prolongada do tratamento ou da profilaxia cirúrgica. Drogas antimicrobianas representam a classe de fármacos mais citadas como prescrições errôneas (NIX, 2002; SILVA et al, 2001).

O uso empírico de antimicrobianos deve ser cauteloso, o uso racional deste tratamento se baseia em antes de prescrever o mesmo, determinar o germe prevalente causador da infecção clínica, deve-se também analisar de maneira adequada a farmacodinâmica e farmacocinética da droga indicada (OLIVEIRA; BRANCO, 2007; ALMEIDA; FILHO, 2004; WEINSTEIN, 2001). Naturalmente, a identificação definitiva do patógeno frequentemente não é possível antes de iniciar a terapia medicamentosa. O uso empírico exige o conhecimento de microorganismos infectantes mais prováveis para determinados sintomas e suas sensibilidades aos antimicrobianos. Muitas vezes o antibiograma apenas confirma o quadro clínico do paciente, o que não dispensa a realização do mesmo (GOODMAN, 2003).

Determinados princípios são imprescindíveis ao escolher um antibiótico. Duas necessidades importantes são a identificação do agente etiológico e a determinação de sua sensibilidade aos fármacos utilizados. Aspectos do hospedeiro como uso prévio do antimicrobiano, idade, funções hepáticas e renais, o local da infecção, a interação medicamentosa, devem ser levados em consideração ao prescrever o fármaco, além de fatores como sistema imunológico comprometido e gestação (RANG et al, 1994b).

O aumento do uso de antimicrobianos é reflexo do avanço da medicina e é responsável pela resistência dos microorganismos. A progressiva evolução dos procedimentos cirúrgicos, o cuidado inicial de pacientes com antimicrobianos como método preventivo, a atenção a pacientes com doença crônica, a terapia intensiva, ocasiona um aumento do tempo de internação e sobrevivência de pacientes, conseqüentemente aumenta também o risco de infecção hospitalar e tempo de exposição a antimicrobianos, e por sua vez, o processo de resistência (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

O diagnóstico pode ser mascarado quando não forem tomadas atitudes sensatas ao prescrever um antimicrobiano. O fato primordial a se pensar é estabelecer se este fármaco é realmente indicado. Alguns prescritores estão condicionados a associar febre a infecções tratáveis e, conseqüentemente, prescrevem a terapia antimicrobiana, prática esta irracional e perigosa. É interessante lembrar que o uso indiscriminado de antibióticos além de promover a seleção de patógenos resistentes, podem causar toxicidade grave ao próprio paciente (GOODMAN, 2003).

O uso de dois ou mais antibióticos simultaneamente é recomendado em algumas situações, no entanto, a combinação exige conhecimento do potencial de interação destes fármacos, pois estas interações podem comprometer tanto o patógeno quanto o paciente. Deve-se lembrar que por atuarem em diferentes alvos, fármacos combinados podem

potencializar ou reduzir a atividade antimicrobiana, além do risco de causar toxicidade aditiva ou superativa no indivíduo (GOODMAN, 2003).

O período médio de uso clínico de um antibiótico e o subsequente aparecimento da resistência variam de um a três anos. O número de pacientes infectados ou colonizados com germes resistentes, a intensidade da disseminação de microorganismos resistentes e a pressão seletiva exercida pelo uso de antibióticos, são os principais fatores determinantes da prevalência de espécies resistentes em um hospital. Tal evolução da resistência microbiana tem ameaçado a eficácia da antibióticoterapia (CASSIANI & URETA, 2004).

A portaria 2616 de 1998 do Ministério da Saúde determina que todos os hospitais devem desenvolver e manter um programa de controle de infecção hospitalar, além disso, tal programa deve contemplar políticas de controle do uso de antimicrobianos (CASSIANI & URETA, 2004).

A resolução número 1552/99 do Conselho Federal de Medicina com o objetivo de reduzir o uso indevido de antimicrobianos e os erros de prescrição, determina que a liberação de antibióticos na unidade hospitalar deve ser realizada pela Comissão de Infecção Hospitalar (CCIH), além disso, a solicitação deve ser justificada e firmada por escrito pelo prescritor (CASSIANI & URETA, 2004).

A qualidade do cuidado e a segurança do paciente é comprometida com os erros de medicação (BATES, 2007). Fatores como falta de profissionais de saúde, excesso de trabalho, pacientes que exigem cuidados de alta complexidade, complexidade tecnológica para o cuidado e o aumento da pressão para reduzir custos e aumentar resultados, aumentam o potencial para erros de medicação, até mesmo para profissionais de saúde altamente capacitados e experientes (MIASSO et al, 2006).

No estudo realizado por Buckley e outros (2007) em uma unidade de terapia intensiva nos EUA, com uma amostragem de 357 prescrições médicas, 14,56% possuíam erros, destas, 81% foram considerados erros clínicos graves. O desenvolvimento de novas práticas que garantam o uso adequado e racional dos antibióticos deve-se iniciar identificando os erros de medicação, evitando então a formação de cepas resistentes e, conseqüentemente, uma maior segurança ao paciente (MARQUES et al, 2008).

Marques e outros (2008), em estudo realizado em cinco unidades de clínica médica de diferentes regiões do Brasil, percebeu que numa amostragem de 4958 prescrições foram identificados 1500 (30,24%) erros de medicação. Desse total, 277 (18,5%) erros envolveram medicamentos antimicrobianos. Observa-se então que o Brasil possui diferenças significantes

quando comparado com estudos de países desenvolvidos, como o realizado por Buckley e outros nos EUA no ano de 2007.

Com o propósito de evitar erros na prescrição de antimicrobianos, é necessário que se tenha conhecimento de uma série de fatores relativos aos agentes infectantes tais como a flora comum das principais infecções, padrão habitual de sensibilidade de microorganismos aos antibióticos, além da natureza da infecção, e às características do hospedeiro que vai receber o antibiótico (PENILDON, 2002).

Em geral, resultado de cultura para identificação do agente causal é demorado, deve-se então iniciar o tratamento antes do diagnóstico laboratorial, o que não dispensa o mesmo. Todavia, não se justifica o emprego de antibióticos sem uma avaliação cuidadosa da situação clínica, febre não é sinônimo de infecção, e menos ainda, de infecção bacteriana ou causada por agente sensível a antibiótico (PENILDON, 2002).

Resultados e Discussão

Foram verificados os dados relacionados à utilização de antimicrobianos dos prontuários de 523 pacientes, sendo 224 (42,8%) referentes a não indígenas e 299 (57,2%) de indígenas, com idade inferior a 05 anos. Os dados são referentes ao período de 01 de janeiro de 2007 a 31 de dezembro de 2008. Com o objetivo de manter uma uniformidade nos diagnósticos, os mesmos foram retirados, exclusivamente, da ficha de laudo médico para emissão da AIH preenchida pelo prescritor.

Observa-se, na tabela 2, que a pneumonia foi o diagnóstico mais encontrado nos prontuários, todavia, a população indígena Xavante possui frequência desta patologia consideravelmente superior (69,6%), quando comparada a população não-indígena (37,5%). Entre as hospitalizações de indígenas Xavante, encontrou-se 07 casos de desnutrição (2,3%) e entre não-indígenas, 01 caso (0,4%). Justifica-se a supressão de desnutrição nestas prescrições dada a busca de co-morbidades. Todavia, vale ressaltar que mesmo considerando a possível subnotificação dos diagnósticos de desnutrição, a população indígena possui frequência de hospitalizações decorrentes deste quadro aproximadamente seis vezes maior que em não-indígenas. Ferreira e França (2002) em estudo com crianças hospitalizadas, depararam-se com apenas 15,4% de desnutrição infantil, sugerindo então grande sub-notificação.

Enquanto a maior parte das crianças indígenas é acometida por pneumonia, bronquite aguda e diarreia e desnutrição (92,4%), não-indígenas possuem uma frequência de hospitalizações (58,9%) consideravelmente menor dada às mesmas causas. Outras causas para indígenas representam apenas 5,3% do total de hospitalizações. Esta predominância de doenças respiratórias e infecto-parasitárias coloca indígenas em condições precárias de saúde, o que seria uma desvantagem em relação a outros segmentos da sociedade.

Tabela 2. Proporção dos diagnósticos de maior frequência para crianças menores de 05 anos.

Diagnóstico	Indígenas		Não-indígenas	
	n	%	n	%
Pneumonia	208	69,6	84	37,5
Bronquite Aguda	22	7,4	20	8,9

Tabela 2 (Continuação)

Diarréia e gastroenterite	46	15,4	28	12,5
Desnutrição	7,0	2,3	1,0	0,4
Outras causas	16	5,3	91	40,6
Total	299	100	224	100

Em relação a indígenas, observou-se que 289 (96,7%) pacientes receberam antibióticos em algum momento da hospitalização, em apenas 17 (5,7%) foi utilizado esquema monoterápico (figura 4 e figura 5); 188 pacientes foram responsáveis por 326 trocas, uma taxa superior a 50% dos pacientes tiveram uma troca no esquema antimicrobiano (tabela 3), os demais tiveram esquemas terapêuticos baseados em acréscimos e consequentemente associações de antimicrobianos. Apesar do elevado número de trocas no tratamento antimicrobiano dispensado, verifica-se que o número de pacientes é decrescente à medida que as trocas aumentam. Em nenhum caso foi utilizado exame microbiológico para confirmação do diagnóstico presuntivo.

Para a população não-indígena, 218 (97,3%) pacientes obtiveram prescrição de antimicrobianos em algum momento da hospitalização, entre os quais 73 (32,6%) receberam tratamento monoterápico (figura 4 e figura 5). Totalizam 86, o número de pacientes que receberam mais de um antimicrobiano nesta população, estes, foram responsáveis por 132 trocas, uma porcentagem superior de pacientes fizeram apenas uma troca (65,1%) em relação à população indígena. O superior número de trocas de indígenas pode indicar uma resistência a fármacos, fenômeno este que vem causando preocupação uma vez que, no futuro, poder-se-á encontrar dificuldades no tratamento de doenças infecciosas comuns.

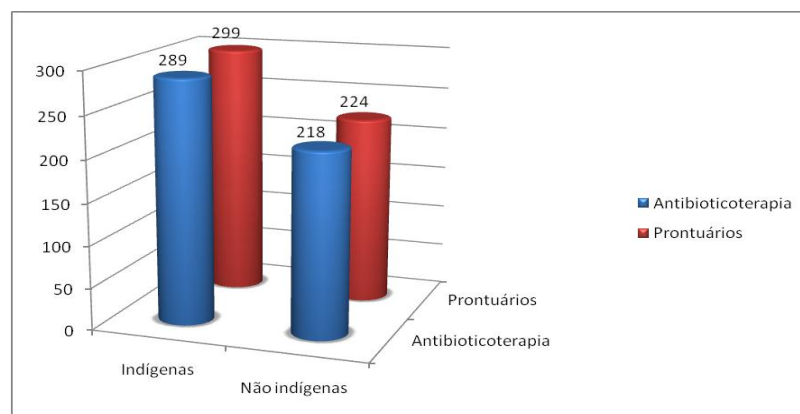


Figura 4. Antibioticoterapia dispensada aos pacientes.

Oliveira e Branco (2007), em estudo com hospitalizados de uma unidade de saúde de Distrito Federal, percebeu que 63,3% dos pacientes receberam tratamento monoterápico, valor superior e bastante significativo quando comparados com nossa população não-indígena (32,6%), maior significância ainda quando relacionado a população indígena, tendo esta apenas 5,7% de pacientes com esquema monoterápico.

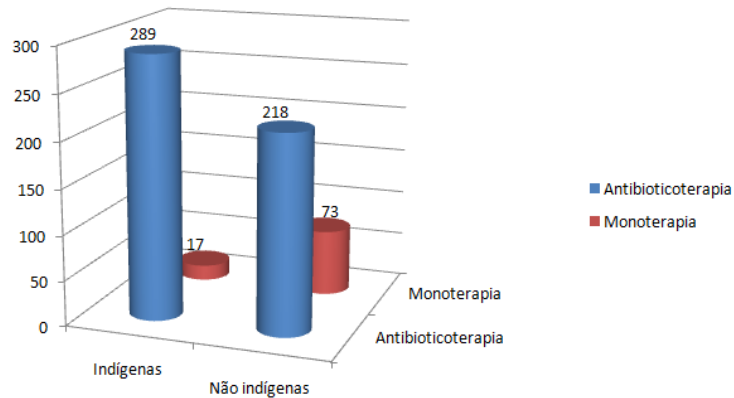


Figura 5. Monoterapia dispensada aos pacientes.

Dados da tabela 3 revelam o quanto é elevado o número de trocas de antimicrobianos para indígenas em relação a não-indígenas quando não delimitamos uma patologia. Observa-se, ainda, que as terapias com maior número de trocas, ocorrem em menor frequência que aquelas monoterápicas ou com até quatro trocas.

Tabela 3. Frequência de trocas de antibióticos por pacientes sem distinção de patologia.

	Número de trocas							Total
	Uma*	Duas	Três	Quatro	Cinco	Seis	Sete	
Indígenas								
Nº de Pacientes	105	50	18	12	-	2,0	1,0	188
%	55,9	26,6	9,6	6,4	0,0	1,1	0,5	100
Não indígenas								
Nº de Pacientes	56	18	09	2,0	1,0	-	-	86

Tabela 3 (Continuação)

%	65,1	20,9	10,5	2,3	1,2	-	-	100
---	------	------	------	-----	-----	---	---	-----

*Nesta situação o pacientes utilizou dois antibióticos, o de entrada e o relativo à troca.

Os Xavante hospitalizados receberam um número superior de trocas quando comparados a população não-indígena. Para o quadro de Pneumonia, por exemplo, 2,1% dos Xavante tiveram mais de cinco trocas e 79,2% dos pacientes tiveram até duas trocas. Não-indígenas com diagnóstico de pneumonia não tiveram mais que cinco trocas e apenas 57,7% tiveram até duas trocas (tabela 3.1). Percebe-se que para esta patologia as trocas são mais freqüentes em indígenas. Provavelmente, o tratamento dispensado a esta população é um retrato da resistência bacteriana já existente, além disso, a própria terapia empregada pode provocar esta situação.

Para o diagnóstico de Diarréia e Gastroenterite de origem infecciosa 76,3% dos pacientes indígenas trocaram até duas vezes de antimicrobiano, já para pacientes não indígenas esta proporção cai para 50,0%. Relacionado ao tratamento de Bronquite Aguda, em ambas as populações 100% dos pacientes não tiveram mais que duas trocas, o que coloca o tratamento dispensado para esta patologia semelhante nestas populações.

Tabela 3.1. Proporção de trocas de antibióticos por pacientes com quadro presuntivo de Pneumonia, Diarréia e Gastroenterite de origem infecciosa e Bronquite Aguda.

	Número de trocas							Total
	Uma	Duas	Três	Quatro	Cinco	Seis	Sete	
Pneumonia								
Indígenas								
Nº de Pacientes	66	45	14	12	-	2,0	1,0	140
%	47,1	32,1	10,0	8,6	-	1,4	0,7	100
Não indígenas								
Nº de Pacientes	27	11	9,0	1,0	1,0	-	-	49
%	31,8	25,9	31,8	4,7	5,9	-	-	100

Tabela 3.1 (Continuação)

Enteroinfecção								
Indígenas								
Nº de Pacientes	13	8,0	3,0	-	-	-	-	24
%	34,2	42,1	23,7	-	-	-	-	100
Não indígenas								
Nº de Pacientes	05	1,0	1,0	1,0	-	-	-	9,0
%	35,7	14,3	21,4	28,6	-	-	-	100
Bronquite								
Indígenas								
Nº de Pacientes	12	1,0	-	-	-	-	-	13
%	85,7	14,3	-	-	-	-	-	100
Não indígenas								
Nº de Pacientes	6,0	1,0	-	-	-	-	-	7,0
%	75,0	25,0	-	-	-	-	-	100

O perfil etário dos pacientes indígenas menores de cinco anos é representado por uma média de 1,1 anos. Fator preocupante uma vez que, segundo Souza e colaboradores (2004), os Xavante possuem elevados níveis de mortalidade nos primeiros anos de vida.

As prescrições, em sua maioria, possuem esquemas terapêuticos de trocas de fármacos e uma quantidade mínima de monoterapias, apesar da ausência de confirmação por exames laboratoriais. Berquó et al. (2004), afirmam que o uso empírico de antimicrobianos deve ser cauteloso, uma vez que grande parte das infecções respiratórias são virais, dispensando então o tratamento com esta classe de drogas. Provavelmente, a falta de confirmação laboratorial é reflexo da inexistência de uma CCIH adequada ou, ainda, pode indicar desconhecimento sobre o uso racional de antimicrobianos.

A duração média de internação para menores de cinco anos foi de 2,9 e 2,6 dias para os Xavante e não-indígenas, respectivamente. Confirmando que indígenas, dadas as condições

de saúde, estão em desvantagem quando comparados a outros segmentos da sociedade, como já afirmaram Coimbra Jr e Santos (2000).

As prescrições para pacientes indígenas com diagnósticos presuntivos de Pneumonia caracterizaram-se pelo uso de associações de antibióticos já na primeira prescrição. Em 161 (91%) pacientes com este diagnóstico, foram utilizados um ou mais antibióticos associados, apenas 10 (5,6%) pacientes receberam tratamento monoterápico como observado na tabela 4.

Semelhante a população indígena, mas em proporção significativamente inferior, prescrições de entrada para não-indígenas com quadro presuntivo de Pneumonia, são em grande parte esquemas de associações de antimicrobianos, 75% dos pacientes receberam antibióticos associados já na primeira prescrição e apenas 25% tiveram tratamento monoterápico (tabela 4).

O elevado número de associações pode ser resultado da não identificação do agente etiológico. Frequentemente não há tempo de identificar o patógeno antes de iniciar o tratamento com antimicrobianos, todavia, após a prescrição deve-se classificar, o mais breve possível, o agente etiológico e, após isso, será possível continuar o tratamento monoterápico, realizar trocas ou até mesmo associações (GOODMAN, 2003).

Tabela 4. Terapia antimicrobiana utilizada no tratamento de pacientes com quadro presuntivo de Pneumonia, Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa e Bronquite Aguda e tratamentos sem antibióticos.

	Monoterapia		Associação ¹		Não usaram antibiótico	
	Indígena	Não-indígena	Indígena	Não-indígena	Indígena	Não-indígena
Pneumonia	10	15	161	45	6,0	-
%	5,6	25	91	75	3,4	-
Enteroinfecção	4,0	8,0	26	14	5,0	2,0
%	11,4	33,3	74,3	58,3	14,3	8,3
Bronquite	-	8,0	16	8,0	-	-
%	-	50	100	50	-	-

¹Referente a primeira prescrição antimicrobiana com vários antibióticos associados.

Em geral, observa-se na tabela 4, que o tratamento dispensando a indígenas, quando comparado a população não-indígena, caracteriza-se por uma frequência menor de tratamento monoterápico para todas as patologias citadas. Esta busca por vários antibióticos no tratamento de patologias, além de sugerir uma resistência a antimicrobianos já existente na população indígena Xavante, é um fator de risco para seleção de cepas multirresistentes (NUCCI e COLOMBO, 2002).

No estudo realizado em um hospital do Distrito Federal, Oliveira e Branco (2007) se depararam com elevadas frequências de esquemas terapêuticos baseados em associações de antimicrobianos, principalmente quando se tratava de doenças do aparelho respiratório (40,5%), todavia possuem taxas bastante inferiores as que encontramos neste estudo, uma vez que pacientes não-indígenas com quadro sugestivo de Pneumonia e Bronquite aguda já iniciam o tratamento com associações de drogas em 53,6% e 40% dos casos respectivamente. O quadro se agrava quando se refere a indígenas, 77,4% e 72,7% com quadro de Pneumonia e Bronquite, respectivamente, já recebem na primeira prescrição associação de antimicrobianos. Ressalta-se a necessidade de se ter cautela no uso empírico de antimicrobianos, uma vez que a resistência a drogas adquirida por microorganismos é considerada o maior problema no tratamento de doenças infecciosas em todo o mundo (OLIVEIRA; BRANCO, 2007; KHAMENEH; AFSHAR, 2009).

Relacionado ao esquema monoterápico da população indígena com quadro de pneumonia, 53,3% dos casos foram representados pela Ceftriaxona Sódica, uma cefalosporina parenteral de amplo espectro e, portanto, capaz de eliminar uma grande variedade de germes responsáveis por diversos tipos de infecções, entre elas infecções do trato respiratório, particularmente pneumonia (ANVISA, 2009). Este antibiótico foi seguido, com uma diferença significativa, pela Ampicilina, que também apresenta amplo espectro de ação, agindo contra microorganismos gram positivos e gram negativos (ANVISA, 2009), com uma frequência de 17,6% dos esquemas monoterápicos (tabela 5).

Há uma disparidade no que refere ao tratamento monoterápico prescrito para indígenas e não-indígenas com quadro de enteroinfecção. Para a primeira utilizou-se, em grande parte, a Ceftriaxona Sódica (50,0%). Para a segunda a Gentamicina (37,5%), um antibiótico também de amplo espectro, portanto, aparentemente há tratamentos específicos para cada uma das populações (tabela 5).

Tabela 5 Monoterapia dispensada a pacientes com quadro de Pneumonia, Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa e Bronquite Aguda.

Fármaco	Indígena		Não indígena		Indígena		Não indígena		Indígena		Não indígena	
	Pneumonia				Enteroinfecção				Bronquite			
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
Amoxicilina			1	6,7	-	-	-	-	-	-	-	-
Ampicilina	3	30	2	13,3	-	-	03	37,5	-	-	-	-
Cefalexina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	12,5
Cefalotina Sódica	-	-	3	20	-	-	-	-	-	-	2	25
Ceftriaxona	7	70	8	53,3	2	50	-	-	-	-	5	62,5
Cloranfenicol	-	-	-	-	1	25	01	12,5	-	-	-	-
Gentamicina	-	-	-	-	-	-	03	37,5	-	-	-	-
Metronidazol	-	-	-	-	-	-	01	12,5	-	-	-	-
Oxacilina	-	-	-	-	1	25	-	-	-	-	-	-
Penicilina Cristalizada	-	-	1	6,7	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	10	100	15	100	4	100	8	100	-	-	8	100

A Ceftriaxona Sódica foi o antibiótico mais utilizado quando o prescritor via necessidade em trocar o antimicrobiano. Quase a metade das trocas foram realizadas por meio deste antibiótico (154 substituições, 47,2%). Houve grande diferença deste antimicrobiano para o segundo mais utilizado em trocas, uma vez que Sulfato de Gentamicina foi utilizado em 49 (15,0%) das trocas. A Oxacilina, um antibiótico de largo espectro contra estafilococos resistentes, ocupou o lugar de 37 (11,3%) dos antibióticos trocados como observado na tabela 6.0 (ANVISA, 2009). Semelhante a esta população, em pacientes não-indígenas, a Ceftriaxona Sódica foi o fármaco mais utilizado em trocas, 34,1% dos antibióticos trocados cederam lugar a este antimicrobiano, porém, há diferença significativa quanto ao uso de fármaco em ambas as populações (tabela 6).

Observa-se, o elevado uso de Oxacilina em indígenas, fármaco este pertencente ao grupo das penicilinas semi-sintéticas e penicilinase-resistente, o que, pode sugerir, a existência de bactérias resistentes a beta-lactâmicos, estrutura de diversas famílias de antibióticos, uma vez que estes microorganismos atuam através da hidrólise do anel beta-lactama do fármaco (GOODMAN, 2003).

Tabela 6 Frequência de antibióticos utilizados em trocas*.

Fármacos utilizados na trocas	Indígena		Não - Indígena	
	n	%	n	%
Amicacina	10	3,1	7,0	5,3
Amoxicilina	-	-	1,0	0,8
Ampicilina	17	5,2	16	12,1
Cefalexina	13	4,0	8,0	6,1
Cefalotina Sódica	16	4,9	12	9,1
Ceftriaxona Sódica	154	47,2	45	34,1
Cloranfenicol	11	3,4	2,0	1,5
Despacilina	-	-	1,0	0,8
Eritromicina	-	-	2,0	1,5
Gentamicina	49	15,0	27	20,5
Mebendazol	1,0	0,3	-	-
Metronidazol	16	4,9	4,0	3,0
Oxacilina	37	11,3	4,0	3,0
Penicilina Cristalizada	-	-	1,0	0,8

Tabela 6 (Continuação)

Sulfametoxazol	2,0	0,6	-	-
Vancomicina	-	-	2,0	1,5
Total	326	100	132	100

*Estes antibióticos substituem outros já administrados.

Para a população indígena com diagnóstico de Pneumonia, foram encontradas 382 prescrições com antibióticos de entrada para os 208 casos, uma vez que um mesmo paciente pode entrar com uma ou mais associações destes fármacos. O antibiótico mais utilizado como primeira opção para esta patologia foi Ceftriaxona Sódica, utilizada em 158 (41,4%) prescrições e seguida por Gentamicina, utilizada em 73 (19,1%) prescrições, como pode-se observar na tabela 7. Vale lembrar que a Ceftriaxona Sódica também foi o antibiótico mais escolhido para substituir outros durante a terapia nesta população (tabela 7).

Diferente da população indígena, a maioria dos pacientes não-indígenas com quadro de pneumonia recebeu como antibiótico de entrada a Gentamicina (30,4%) e a Ceftriaxona Sódica foi o segundo mais utilizado (24,3%). Os prescritores optam por um tratamento com um antibiótico capaz de eliminar uma grande variedade de germes responsáveis por diversos tipos de infecções, os chamados de amplo espectro, como os utilizados nesta população. Considere-se que a Ceftriaxona Sódica, uma cefalosporina de terceira geração, possui como mecanismo de ação a inibição da formação da parede bacteriana, já a Gentamicina atua impedindo a síntese protéica de microorganismos. Percebe-se então que, geralmente nesta instituição, há tratamentos específicos para as indígenas e não-indígenas, o que pode sugerir uma resistência ao fármaco (ANVISA, 2009). É interessante salientar que nesta unidade de saúde, em nenhum paciente, foi realizado exame laboratorial para auxiliar na prescrição antimicrobiana, o que sugere um tratamento empírico baseado no diagnóstico clínico e radiológico dirigido para os microorganismos mais comuns.

Tabela 7 Frequência referente ao primeiro antibiótico prescrito para pacientes com quadro presuntivo de Pneumonia.

Fármaco utilizado	Indígenas		Não-indígenas	
	N	%	n	%
Amicacina	5,0	1,3	3,0	2,6
Ampicilina	25	6,5	12	10,4
Cefalexina	3,0	0,8	4,0	3,5
Cefalotina Sódica	24	6,3	22	19,1
Ceftriaxona Sódica	158	41,4	28	24,3
Cloranfenicol	11	2,9	1,0	0,9
Eritromicina	2,0	0,5	-	-
Garamicina	3,0	0,8	-	-
Gentamicina	73	19,1	35	30,4
Mebendazol	1,0	0,3	-	-
Metronidazol	16	4,2	1,0	0,9
Nistatina	1,0	0,3	1,0	0,9
Oxacilina	56	14,7	4,0	3,5
Penicilina Cristalizada	1,0	0,3	3,0	2,6
Vancomicina	-	-	1,0	0,9
Sulfametoxazol	3,0	0,8	-	-
Total	382	100	115	100

Um total de 69 prescrições de entrada continham o diagnóstico de diarreia e gastroenterite de origem infecciosa em indígenas. Assim como no tratamento da pneumonia, deve-se lembrar que um mesmo paciente pode ter um ou mais antibiótico prescrito. O antibiótico mais utilizado como primeira opção no tratamento destas patologias, assim com para Pneumonia, foi Ceftriaxona Sódica, neste caso com 17 (24,6%) prescrições, seguido por Metronidazol com 14 prescrições (20,3%) (tabela 8).

Para a população não-indígena (tabela 8), percebe-se que, diferente dos indígenas, o primeiro antibiótico prescrito para o tratamento de diarreia e gastroenterite de origem infecciosa geralmente é o Metronidazol (25,8%), seguido por Cloranfenicol e Gentamicina, ambos presentes em 22,6% das prescrições.

Estudos relacionados à nutrição indígena, em geral, apontam quadros de desnutrição, o que pode levar a um enfraquecimento das defesas do organismo (CÔRREA, 2004). A interação entre o agente etiológico e as defesas do hospedeiro é determinante crítico para o desenvolvimento de uma patologia (Medeiros, 1999). Quadros de desnutrição, co-morbidades, alimentação inadequada, doenças recorrentes, podem causar deficiências imunológicas (ANVISA, 2009) o que pode explicar o uso mais freqüente de Ceftriaxona Sódica para o tratamento de diarreia e gastroenterite de indígenas, enquanto em não-indígenas utiliza-se o Metronidazol.

A Ceftriaxona Sódica possui uma atividade antimicrobiana contra uma quantidade de microorganismos superior ao Metronidazol, além disso, ela possui meia vida considerada extraordinariamente longa (oito horas), alcança concentrações bem superiores da concentração inibitória mínima contra a maior parte dos patógenos, o que a torna então um antimicrobiano capaz de eliminar uma ampla variedade de microorganismos/bactérias responsáveis por diferentes tipos de infecções (ANVISA, 2009).

O Metronidazol é utilizado para profilaxia e tratamento das infecções causadas por bactérias anaeróbias e, neste caso em especial, Barros e colaboradores (1992) reforçam a importância da tentativa do diagnóstico bacteriológico laboratorial. É prioridade no atendimento a segurança do paciente, podendo-se então evitar, prevenir e diminuir eventos adversos oriundos da assistência oferecida. É necessária então, uma vigilância sólida para o uso adequado de antimicrobianos e conseqüentemente a redução de resistência bacteriana (LEVIN et al, 1996; MARQUES et al, 2008).

O Cloranfenicol, antibiótico de amplo espectro utilizado em 22,6% das prescrições para não-indígenas (tabela 8), deve ser utilizado com extrema cautela, pois está freqüentemente associado ao aparecimento de sérios efeitos colaterais (OLIVEIRA et al,

2007). Em alguns países como no Brasil, seu uso é proibido em animais consumidos pelo homem, tamanha sua toxicidade (TETZNER, 2005). É relevante lembrar ainda, que o uso combinado de Cloranfenicol e Ceftriaxona provoca efeitos antagônicos (ANVISA, 2009).

Tabela 8 Frequência referente ao primeiro antibiótico prescrito para pacientes com quadro presuntivo de Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa.

Fármaco utilizado	Indígena		Não - indígena	
	n	%	n	%
Amicacina	1,0	1,4	-	-
Amoxicilina	-	-	1,0	3,2
Ampicilina	5,0	7,2	2,0	6,5
Cefalotina Sódica	6,0	8,7	2,0	6,5
Ceftriaxona Sódica	17	24,6	4,0	12,9
Cloranfenicol	10	14,5	7,0	22,6
Gentamicina	9,0	13,0	7,0	22,6
Metronidazol	14	20,3	8,0	25,8
Oxacilina	3,0	4,3	-	-
Sulfametoxazol	4,0	5,8	-	-
Total	69	100	31	100

O diagnóstico de Bronquite Aguda foi o terceiro de maior prevalência. O antibiótico mais utilizado como primeira escolha para esta patologia foi Ceftriaxona Sódica, empregado em 16 (40,0%) prescrições, logo em seguida as drogas mais utilizadas foram Gentamicina e Oxacilina, ambos com 07 (17,5%) prescrições (tabela 9). Indígenas e não-Indígenas ganharam tratamento semelhante para esta patologia, estes últimos também receberam Ceftriaxona (38,1) e Gentamicina (28,6%) como antibiótico de primeira escolha. Portanto, para esta patologia, geralmente, indígenas e não-indígenas recebem terapia medicamentosa com os mesmos antibióticos de entrada.

Tabela 9 Frequência referente ao primeiro antibiótico prescrito para pacientes com quadro presuntivo de Bronquite Aguda.

Fármaco utilizado	Indígena		Não – indígena	
	n	%	N	%
Ampicilina	2,0	5,0	2,0	9,5
Cefalotina Sódica	4,0	10,0	4,0	19
Ceftriaxona Sódica	16	40,0	8,0	38,1
Cloranfenicol	1,0	2,5	-	-
Gentamicina	7,0	17,5	6,0	28,6
Metronidazol	3,0	7,5	1,0	4,8
Oxacilina	7,0	17,5	-	-
Total	40	100	21	100

Indígenas menores de cinco anos internados com quadro presuntivo de pneumonia tiveram uma média de internação de 3,1 dias, com a prescrição inicial de Ceftriaxona em 41,4% dos prontuários (tabela 7). O período de uso deste fármaco no tratamento desta patologia é de 2,2 dias em média (tabela 10). Este antibiótico, mesmo sendo o mais utilizado, é trocado por outro, uma vez que seu período de uso é inferior a média de duração de

internação para pacientes com este diagnóstico. Para a população não-indígena ocorreu algo semelhante, a média de internação para pacientes com quadro de pneumonia é de 3 dias, já o período de uso de Ceftriaxona, o antibiótico mais utilizado no tratamento, é de 2 dias (tabela 10).

A Ceftriaxona Sódica é capaz de eliminar uma imensa quantidade de microorganismos, responsáveis por diversas infecções (ANVISA, 2009), então há três hipóteses para as trocas deste antibiótico, o fármaco não é ativo sobre o agente etiológico, há resistência do microorganismo ao fármaco, ou este antibiótico também tem sido usado, erroneamente, no combate de doenças virais, uma vez que não é utilizado exames laboratoriais para identificação do agente etiológico.

Apesar da Ceftriaxona também ser um fármaco que sofre trocas, 70% das monoterapias para o tratamento de pneumonia em indígenas foram realizadas com este fármaco, as demais com Ampicilina, contudo, pouco se pode afirmar sobre tendências de monoterapia para determinado fármaco, uma vez que apenas 10 pacientes com este diagnóstico tiveram este tipo de tratamento.

Tabela 10. Duração média, em dias, das internações de pacientes com quadro presuntivo de presuntivo de Pneumonia, Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa e Bronquite Aguda e o respectivo antibiótico utilizado.

Fármaco	Período de administração em dias					
	Indígena	Não-Indígena	Indígena	Não-Indígena	Indígena	Não-Indígena
	Pneumonia		Enteroinfecção		Bronquite	
Albendazol	2,0	-	-	-	-	-
Amicacina	2,3	1,8	2,8	1,8	01	2,0
Amoxilina	-	01	-	2,0	-	-
Ampicilina	2,0	1,7	1,6	1,6	1,7	1,5
Cefalexina	1,7	1,9	-	-	1,6	2,0
Cefalotina Sódica	1,7	1,8	1,8	2,0	-	1,9

Tabela 10 (Continuação)

Ceftriaxona	2,2	2,3	2,1	2,0	1,9	1,6
Cloranfenicol	1,6	2,0	2,1	2,4	02	1,0
Despaciлина	-	-	-	-	-	1,0
Eritromicina	1,5	-	-	-	-	-
Garamicina	1,7	-	-	-	-	-
Gentamicina	1,9	2,0	2,1	2,1	1,6	1,4
Mebendazol	1,0	-	-	-	-	-
Metronidazol	2,0	1,5	2,2	1,8	-	2,0
Nistatina	2,0	02	-	-	-	-
Oxacilina	2,3	2,6	1,3	-	1,7	-
Penicilina Cristalizada	2,0	1,2	-	-	-	-
Sulfametoxazol	1,2	-	1,8	-	-	-
Vancomicina	-	1,0	-	-	-	-

Conclusão

Para ambas as populações prevaleceram as mesmas causas de hospitalizações, todavia, foi consideravelmente superior a frequência de pneumonia em indígenas. Vale lembrar que elevados índices de natalidade indígena podem provocar o desmame precoce e, conseqüentemente a introdução de novos alimentos na dieta, fatores como estes podem contribuir para o enfraquecimento do sistema imunológico e propiciar o aparecimento de doenças. Além disso, a deambulação no segundo ano de vida pode aumentar a exposição de crianças à contaminação ambiental, o que pode favorecer o aparecimento de patologias como as gastroenterites, segunda maior causa de hospitalizações para ambas as populações.

Identificamos combinações vários antimicrobianos e mudanças de esquemas farmacológicos sem exames para identificar a etiologia do agravo e, em conseqüência, um agravamento do quadro clínico do paciente pode ser eminente. Situações em que o tratamento seja suspenso ou substituído sem justificativa ou indicação prévia para o procedimento, foi algo notado nos avaliados neste estudo. É preocupante o exclusivo uso empírico dos antimicrobianos, já que para o uso racional da droga é necessário determinar o agente etiológico na infecção clínica e então substituir o antimicrobiano inicial ou mantê-lo. Tais passos não fazem parte da rotina dos prescritores na unidade hospitalar pesquisada.

Não fomos os primeiros autores a encontrar elevadas frequências de utilização de antimicrobianos de maneira empírica, todavia, outros encontram reduzido número de solicitações de exames microbiológicos para auxílio nestas prescrições. Neste trabalho nos deparamos com uma ausência desta rotina no tratamento dispensado a todos os pacientes. Esta atitude revela que pode haver a inadequação dos fármacos às enfermidades, ocasionando então um tratamento de duração e efeitos inadequados.

É difícil escolher uma entidade nosológica na qual debatemos neste trabalho onde o uso de antimicrobianos seria menos discutível. Uma vez que, em geral, para ambas as populações o atual uso de antimicrobianos sugere uma seleção de cepas resistentes. Sabe-se que há controvérsias no que diz respeito à prescrição de antimicrobianos, todavia, é preocupante o número de trocas de antibióticos identificadas nas prescrições desta unidade de saúde. Uma importante parcela da população indígena recebe mais de quatro trocas de antibióticos durante a hospitalização, valor consideravelmente superior a não indígenas. Se fizermos a mesma análise, mas especificamente no tratamento das pneumonias, observamos que os valores são ainda superiores para indígenas quando comparados a não indígenas, o que coloca este primeiro grupo em desvantagem. O aumento das trocas na população indígena

proporciona uma seleção de cepas resistentes e, além disso, pode evidenciar que as mesmas já existem.

Associações de vários antimicrobianos sem embasamento laboratorial foram observadas, o que caracteriza a utilização predominantemente empírica destes fármacos. A situação é mais grave para indígenas, pois, para esta população, as associações são sempre superiores a não-indígenas. Outro fator relevante para discussão, foi que a duração do tratamento na maioria dos casos não condiz com o sugerido em bulas, pois o tratamento era sempre suspenso ou era realizada a troca do fármaco, o que é esperado em tratamentos sem confirmação etiológica laboratorial ou sem avaliação de sensibilidade do microorganismo através de antibiograma.

Apesar de ser determinado pelo Conselho Federal de Medicina que liberação de antibióticos na unidade hospitalar deve ser realizada pela Comissão de Infecção Hospitalar (CCIH), não foi encontrado nas prescrições qualquer formulário de profissionais solicitando à CCIH a utilização de algum antimicrobiano. Tal situação corrobora com a necessidade de investimentos contínuos na criação e manutenção de uma CCIH sólida, compromissada com a redução do uso empírico ou, até mesmo irracional, de antimicrobianos

Nesta instituição predomina-se uma antibioticoterapia empírica de maneira que os tratamentos são, em grande parte, eficazes contra um amplo espectro de patógenos, uma vez que o agente etiológico não é identificado. Assim os esquemas são, para ambas as populações, em minoria monoterápicos de amplo espectro e, em grande parte, terapia de associações. A situação é mais incisiva em indígenas, visto que recebem menor número de monoterapias e maior número de trocas, onde alguns recebem até sete trocas, quando o diagnóstico provável é pneumonia.

O período de internação, independente da patologia, foi inferior ao período de uso recomendado para o antimicrobiano, resultado da constante troca destes fármacos. Tais trocas podem ser em razão de algumas patologias serem na realidade de origem viral, não tendo assim nenhum efeito do antibiótico ao patógeno.

Os resultados aqui encontrados revelam alta frequência de uso de antibióticos e, uma vez desconhecido o patógeno, estes fármacos podem estar sendo utilizado mesmo quando a etiologia for viral. Foi identificado ainda alto índice de drogas de amplo espectro. Para indígenas, em geral, a droga mais utilizada foi Ceftriaxona Sódica e para não-indígenas houve maior variação para diferentes patologias.

Uma vez que é inexistente a utilização de exames laboratoriais para confirmação de agentes etiológicos, indica-se a construção de um perfil microbiológico do hospital e,

posteriormente a implantação uma rotina hospitalar para utilização de antimicrobianos, utilizando-se também de procedimentos terapêuticos com evidências científicas, além de um guia para utilização destes fármacos.

Deseja-se que este trabalho, ao sugerir que pode ter havido deficiência no uso racional da terapia medicamentosa, alerte os profissionais para a necessidade de mais cautela na utilização de antimicrobianos, buscando, portanto, o uso racional dos mesmos. Tal ação beneficia os pacientes, uma vez que reduz os riscos de complicações e conseqüentemente o tempo de internação, os custos econômicos e organizacionais do hospital, além de proporcionar um serviço com melhor qualidade.

Referências Bibliográficas

1. ALMEIDA, J. R.; FILHO, O. F. F. Pneumonias adquiridas na comunidade em pacientes idosos: aderência ao Consenso Brasileiro sobre Pneumonias. **Jornal Brasileiro de pneumologia**; 30(3): p229-236. 2004;
2. ANVISA. Bulário Eletrônico da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/bularioeletronico/>.2009.
3. ATHIAS, R. & MACHADO, M. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(2): 425-431, mar-abr, 2001;
4. BATES, D.W. Preventing medication errors: a summary. **American Journal Health System Pharmacology**, v.64, p.S3-S9, 2007;
5. BATISTA, R.S. & GOMES, A. P. **Antimicrobiano – Guia Prático**. Rio de Janeiro: Rubio, 2005/2006;
6. BERQUO, LS.; BARROS, A.J.D.; LIMA, R.C.; BERTOLDI, A.D. Uso de antimicrobiano em uma população urbana. **Revista de Saúde Publica**. 38 (2):239-46 2004a;
7. BERQUO, LS.; BARROS, A.J.D.; LIMA, R.C.; BERTOLDI, A.D.. Utilização de medicamentos para tratamento de infecções respiratórias na comunidade. **Revista de Saúde Pública**, vol.38, no. 3, p.358-364. Jun 2004b.
8. BRASIL. Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999. Dispõe sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 37. 28 ago. 1999 a.
9. BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas**. 2. ed. Brasília, DF, 2002.
10. BRASIL. Lei nº 9.836/99, de 23 de setembro de 1999. Estabelece o subsistema de atenção à saúde indígena no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 1. 24 set. 1999b.

11. BUCKLEY, M.S.; ERSTAD, B.L.; KOPP, B.J.; THEODOROU, A.A.; PRIESTLEY, G.; Direct observation approach for detecting medication errors and adverse drug events in a pediatric intensive care unit. **Pediatric Critical Care Medicine**. 8(2): 145-52 Mar. 2007;
12. CALDEIRA, A.C.; FRANÇA, E; PERPÉTUO, I.H.O.; GOULART, E.M.A. Evolução da mortalidade infantil por causas evitáveis, Belo Horizonte, 1984-1998. **Revista de Saúde Pública**, vol.39, no. 1, p.67-74, Jan 2005;
13. CAMARGO, J.J.P.; CAMARGO, S.M.; MACHUCA, T.N.; PERIN, F.A. Round pneumonia: a rare condition mimicking bronchogenic carcinoma. Case report and review of the literature. **São Paulo Medical Journal**. Vol.126, no.4, p.236-238. July 2008;
14. CASSIANI, S.H.B., URETA, J. A segurança de pacientes na utilização da medicação. São Paulo: **Artes Médicas**, 150 p., 2004;
15. CIRINO, L.M.I.; GOMES, F.M.S.; BATISTA, B, N. The etiology of extensive pleural effusions with troublesome clinical course among children. **São Paulo Medical Journal**. vol.122, no.6, p.269-272, Dec 2004;
16. COIMBRA Jr., C.E.A. & SANTOS, R.V. Avaliação do estado nutricional num contexto de mudança sócio-econômica: o grupo indígena Suruí do estado de Rondônia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. 7: 538 – 562, 1991;
17. COIMBRA Jr., C.E.A. & SANTOS, R.V. Saúde, minorias e desigualdades: Algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5:125-132. 2000;
18. COIMBRA JR., C.E.A.; FLOWERS, N. M.; SALZANO, F.M. & SANTOS, R.V. **The Xavante in Transition: Health, Ecology and Bioanthropology in Central Brasil**. Ann Arbor: University of Michigan Press, 2002;
19. COIMBRA JR., C.E.A.; SANTOS, R.V.; ESCOBAR, A.L., (orgs). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Abrasco. 2003.
20. CORRÊA, J.C. **Antibióticos no dia-a-dia**. 3ª ed. revisada e ampliada. Rio de Janeiro: Livraria e editora Rubio, 2004;
21. ERTHAL, R.M.C. O suicídio Tikúna no Alto Solimões: uma expressão de conflitos. **Caderno de Saúde Pública**; 17(2): 299-311, mar.-abr. 2001;

22. ESCOBAR, A. L.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A.; CAMACHO, L. A; PORTELA, M. C. Tuberculose em populações indígenas de Rondônia, Amazônia, Brasil / Tuberculosis among indigenous populations in Rondonia, Amazonia, Brazil. **Caderno de Saúde Pública** ; 17(2): 285-98, mar.-abr. 2001;
23. FERREIRA, H. S. & FRANÇA, A. O. S.. Evolução do Estado Nutricional de Crianças Submetidas à Internação Hospitalar. **Jornal de Pediatria**, 78: 491 – 496. 2002;
24. Franco, Carlos Alberto de Barros; Mendonça, Denise de Aragão; Nigri, David Henrique. Pneumonia por anaeróbio: apresentação de um caso e revisão do tema. **Jornal Brasileiro de Medicina**; 62(4): 60, 62, 64, passim, abr. 1992;
25. FUNASA (Fundação Nacional de Saúde), **A Formação de Agentes Indígenas de Saúde – AIS no âmbito da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas Brasil - 1999 a 2005**. 1ª Edição. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde. 2005;
26. FUNASA (Fundação Nacional de Saúde), 2008. **Saúde Indígena**. < <http://www.funasa.gov.br/internet/saudeIndigena.asp>>, acessado em 16/05/2009.
27. FUNASA (Fundação Nacional de Saúde). **Relatório Anual 2002. Setor de Dados Estatísticos. Barra do Garças: Distrito Sanitário Especial Indígena**. Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde. 2002;
28. FUNASA (Fundação Nacional de Saúde). **Manual de atenção à saúde da criança indígena brasileira** 1ª Edição. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde; 239 p. 2004.
29. FUNASA (Fundação Nacional de Saúde). **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**, 2ª Edição, Brasília: FUNASA/Ministério da Saúde. 2002;
30. GARNELO, L.; MACEDO, G.; BRANDÃO, L.C. **Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2003.
31. GARNELO, L.; SAMPAIO, S. Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de "fazer ver" e "fazer crer" nas políticas de saúde. **Caderno de Saúde Pública**; 21(4), jul.-ago. 2005;

32. GARNELO, L; WRIGHT, R. Doença, cura e serviços de saúde. Representações práticas e demandas Baniwa. **Caderno de Saúde Pública**, 17(2): 273-284, 2001;
33. GOMIDE, M.L.C. & KAWAKUBO Fernando Shinji. **POVOS INDÍGENAS DO CERRADO, TERRITÓRIOS AMEAÇADOS: Terras Indígenas Xavante de Sangradouro/Volta Grande e São Marcos**. AGRÁRIA, São Paulo, N° 3, pp. 16-46, 2006;
34. GOODMAN GILMAN, A. **As Bases Farmacológicas da terapêutica** / editores responsáveis, Joel G. Hardman, Lee E. Limbird; editor-consultor, Alfred Goodman Gilman; [tradução da 10ª edição original, Carla de Mello Vorsatz et al; revisão técnica, Almir Lourenço da Fonseca]. Rio de Janeiro; McGraw-Hill, 2003;
35. GRAHAM, L.R. **Dinâmica demográfica e as terras indígenas Xavante**. Departamento de Antropologia da Universidade de Iowa (USA), abril de 2008. Disponível em <http://pib.socioambiental.org/pt/povo/xavante/1161>;
36. GRANT, J.P. *The state of the world's children 1991*. New York, UNICEF, 1991.
37. KHAMENEH Z.R.; AFSHAR A.T. **Antimicrobial susceptibility pattern of urinary tract pathogens. Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation**.20(2):251-3, Mar 2009;
38. LEITE M.S.; SANTOS R.V., GUGELMIM ,S.A.; COIMBRA JR C.E. Physical growth and nutritional profile of the Xavante indigenous population in Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso, Brazil. **Caderno de Saúde Pública**. Vol.22, n.2, pp. 265-276, 2006.
39. LEVIN, AS; TEIXEIRA, LM; SESSEGOLO, JF; BARONE, AA. Resistance of *Streptococcus pneumoniae* to antimicrobials in São Paulo, Brazil: clinical features and serotypes. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**. S. Paulo, vol.38, no. 3, p.187-192, June 1996.
40. LUNARDI, R. **Morbidade hospitalar de indígenas Xavante no Distrito Sanitário Especial Indígena Xavante, Mato Grosso (1998 a 2002)**. [dissertação de mestrado] Rio de Janeiro; 78 p.s.n; 2004.
41. MARQUES, I.M.S.F. **A política de atenção à saúde indígena: implementação do distrito sanitário especial indígena de Cuiabá - Mato Grosso**. Rio de Janeiro; s.n; 228 p. 2003.

42. MARQUES, T. C.; REISs, A. M. M.; SILVA, Q. E. B. C.; GIMENES, F. R. E.; OPITZ, S. P.; TEIXEIRA, T. C. A.; LIMA, R, E. F.; CASSIANI, S. H. B. Erros de administração de antimicrobianos identificados em estudo multicêntrico brasileiro. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, vol.44, no. 2, p.305-314. Jun 2008;
43. MARTINS S.J., MENEZES R.C. Evolução do estado nutricional de menores de 5 anos em aldeias indígenas da tribo Parakanã, na Amazônia Oriental Brasileira (1989-1991). **Revista de Saúde Pública**, 1994;
44. MENDES EV. **Distrito Sanitário: O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ ABRASCO; 1993.
45. MIASSO, A.I.; GROU, C.R.; CASSIANI, S.H.B.; SILVA, A.E.B.C.; FAKIH, F.T. Erros de medicação: tipos, fatores causais e providências tomadas em quatro hospitais brasileiros. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.40, n.4, p.524-532, 2006.
46. MONTEIRO, C.A.; BENÍCIO, M.H.D. Estudo das condições de saúde das crianças do Município de São Paulo, SP (Brasil), 1984/1985: VI. Doença respiratória. **Revista de Saúde Pública**, Out 1987;
47. NIX, D.D. **Optimization of Antimicrobial Therapy to Minimize Medication Errors**. Medscape Pharmacists 2002.
48. NUCCI M. & COLOMBO A.L., Emergence of resistance Candida in neutropenic patients. **The Brazilian Journal Infection Disease**, 6(3):124-128, Jun. 2002;
49. OLIVEIRA, L.O. & BRANCO, A.B. Avaliação da Antibioticoterapia em pacientes internados no Hospital Regional do Guará – DF. **Comunicação de Ciências Saúde**. 18(2): 107-115, abr.-jun. 2007;
50. Oliveira, R.C.; Bando, E.; Machinski Junior, M. Ocorrência de cloranfenicol em leite pasteurizado comercializado no Estado do Paraná, Brasil. **Acta scientiarum. Health sciences**. 29(1), jan.-jun. 2007;
51. ORELLANA J.D.; COIMBRA J.R; CE, LOURENÇO A.E.; SANTOS R.V.; Nutritional status and anemia in Suruí Indian children, Brazilian Amazon. **Jornal de Pediatria**. 82: 383-8, 2006;

52. ORELLANA, J.D. Y; SANTOS, R.V; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A; LEITE, M.S. Avaliação antropométrica de crianças indígenas menores de 60 meses, a partir do uso comparativo das curvas de crescimento NCHS/1977 e OMS/2005. **Jornal de Pediatria** (Rio J.); 85(2): 117-121, mar.-abr, 2009.
53. OMS. (Organização Mundial da Saúde). **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 10ª revisão 1993;
54. Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde – Brasil. Wannmacher L. **Uso indiscriminado de antibióticos e resistência microbiana: Uma Guerra Perdida?** Disponível em:< <http://www.opas.org.br/medicamentos>. Acesso em 23 dez. 2005;
55. PRATA, R. R.. A transição epidemiológica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 8(2): 168-175. 1992;
56. RANG, H. P.; DALE, M. M.; RITTER, J.M. **Farmacologia**. Agentes Antibacterianos. p.572-592. Terceira edição. Guanabara Koogan. 1997b;
57. RANG, H. P.; DALE, M. M.; RITTER, J.M. **Farmacologia**. Princípios Básicos da Quimioterapia. p.543-554. Terceira edição. Guanabara Koogan. 1997a;
58. Santos, R. V., Coimbra Jr., C. E. A., Flowers, N. M.,Silva, J.P. Intestinal parasitism in the Xavante Indians, Central Brazil. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, vol.37, no. 2, p.145-148. Apr. 1995.
59. SANTOS, R.V.; COIMBRA JR, CARLOS, E.A. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In: **Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil** (COIMBRA Jr., C.E.A., SANTOS, R.V. e ESCOBAR, A.L., orgs.), pp. 13-47, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ABRASCO. 2003;
60. SILVA, A. B.; FONTANA, M.; ALMEIDA, A. S.; WANNMACHER, L. Utilização de ceftriaxona no hospital universitário de Passo Fundo. **Revista Médica do Hospital São Vicente de Paulo**. 11(26): 26-30, 2001;
61. SOUZA, L.G.; SANTOS, R.V., COIMBRA JR., C.E.A. **Diversidade Sócio-Histórica, Demografia e Saúde dos Xavante de Mato Grosso (1999-2002)**. Trabalho apresentado no I Congresso da Associação Latino Americana de População (ALAP). Caxambu, Minas Gerais, 2004;

62. SOUZA, L.G.; SANTOS, R.V. Perfil demográfico da população indígena Xavánte de Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso (1993-1997), Brasil. **Caderno de Saúde Pública** ; 17(2): 355-65 mar.-abr, 2001;
63. SOUZA, L.S. **Mortalidade, Fecundidade e Padrão de Assentamento dos Xavánte de Sangradouro- Volta Grande, Mato Grosso (1993-1997)**. [dissertação de mestrado] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, 1999;
64. TETZNER, TAD; BENEDETTI, E; GUIMARÃES, EC; PERES, RFG. Prevalência de resíduos de antibióticos em amostras de leite cru na região do Triângulo Mineiro, MG. **Higiene alimentar**; 19(130): 69-72, abr. 2005;
65. VIEIRA FILHO, J. P. B; OLIVEIRA, A. S. B; SILVA, M. R. D; AMARAL, A. L; SCHULTZ, R. R. Polineuropatia nutricional entre índios Xavantes. **Revista da Associação Médica Brasileira**. 43(1): 82-8, jan.-mar. 1997;
66. WEINSTEIN, R. A. Controlling antimicrobial resistance in hospitals: infection control and use of antibiotics. **Emerging Infections Diseases**. Vol. 7, No. 2, Mar–Apr , 2001;