



OBJN
Online Brazilian Journal of Nursing

Español

Universidade Federal Fluminense

uff

Artículos de Revisión

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Salud indígena en los tiempos del SIDA: revisión integrativa

Rafaela Gerbasi Nóbrega¹, Jordana de Almeida Nogueira²,
Sandra Aparecida de Almeida², Alinne Beserra de Lucena Marcolino³,
Juliana Nunes Abath Cananéa¹, Valéria Peixoto Bezerra²

1 Centro Universitario de João Pessoa - UNIPÊ

2 Universidad Federal de Paraíba - UFPB

3 Facultad de Ciencias Médicas de Paraíba

RESUMEN

Objetivo: resumir la producción científica publicada en la literatura nacional e internacional relacionada al HIV/SIDA en la población indígena. **Método:** revisión integradora, realizada en noviembre de 2014 en las bibliotecas virtuales LILACS, SCOPUS, PUBMED y BVS, utilizando como estrategia de búsqueda las palabras claves: HIV, HIV *infections*, *Acquired Immunodeficiency Syndrome*, *Indigenous population* y *Health of Indigenous*, sin considerar período de publicación de las obras. **Resultados:** los artículos que atendieron a los criterios de inclusión originaron dos ejes temáticos: "SIDA en la población indígena: contextos de vulnerabilidad y riesgo" y "enfrentamiento del SIDA y los desafíos de la salud indígena". **Discusión:** se observó la necesidad de la implementación de medidas que señalen un control y la prevención del SIDAa en las tribus indígenas, como también de acciones educativas inherentes a los hábitos tradicionales de esa población. **Conclusión:** esas evidencias contribuirán para el direccionamiento de una acción eficaz de prevención del SIDA dirigidas a la población indígena.

Descriptor: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Salud de Poblaciones Indígenas; Prevención.

INTRODUCCIÓN

A partir de 1990, la salud indígena ganó visibilidad social y política en las esferas públicas brasileñas. Integrado al Sistema Único de Salud, el modelo de organización de los servicios de salud para las áreas indígenas se consolidó en la concepción de Distritos Sanitarios Especiales Indígenas (DSEI), caracterizados por la adopción de un modelo complementario y diferenciado, en que fuesen respetadas las especificidades etnocultural y geográficas⁽¹⁾.

Se estima en el país que la población indígena suma 896,9 mil individuos, diferenciándose en 305 etnias y 274 idiomas. La región norte concentra la mayor parte de la población indígena, con aproximadamente 45% de la población, seguida de la Región Nordeste con 24%, Centro-Oeste con 20%, Región Sur con 8% y la Región Sudeste con aproximadamente 3%⁽²⁻³⁾.

Se destacan, sin embargo, que el perfil epidemiológico indígena es poco conocido por causa de la ausencia de encuestas y censos, así como de la precariedad de los sistemas de informaciones sobre morbilidad y mortalidad. La dificultad para recopilar datos es explicada, fundamentalmente, por la extensa área geográfica del país, por el difícil acceso a las aldeas, inaccesibilidad cultural y movilidad espacial de algunos grupos⁽⁴⁾.

Es importante destacar que las transiciones demográfica y epidemiológica no se presentan para los pueblos indígenas con las mismas características que en la población en general. Por lo tanto, el proceso de descentralización de las acciones en salud para el ámbito de los DSEI's está constituyéndose como posibilidad efectiva de ampliar el acceso a las acciones de prevención, diagnóstico y asistencia de varias enfermedades⁽⁵⁾.

La proximidad de áreas indígenas a centros urbanos; la entrada de los no indígenas a

las aldeas; frecuencia y posición social de los hombres y/o mujeres que salen de las aldeas; desnutrición; situación económica desfavorable; consumo abusivo de bebidas alcohólicas y condiciones insalubres de saneamiento favorecen el apareamiento de enfermedades infecciosas y parasitarias. La aparición de casos de SIDA en esa población dieron visibilidad a los contextos socioculturales que pueden aumentar el chance de infección por HIV: rituales y/o eventos que involucren manejo de objetos punzantes compartidos sin adecuada desinfección (escarificaciones y tatuajes); prácticas sexuales de poligamia; poliandria; interacciones entre grupos étnicos distintos; práctica de alimentación cruzada⁽⁶⁻⁸⁾.

El primer caso de SIDA notificado en la población indígena brasileña fue registrado en 1987 en el estado de Mato Grosso. En 2013, la incidencia en indígenas representó 0,4% del total de las notificaciones de la enfermedad en el país. Incluso, las altas tasas de otras DST's en la población indígena sugieren que las estadísticas disponibles probablemente subestiman lo real^(4;9;10).

Aunque esta población sea el objetivo de propuestas estratégicas definidas por el Plano de Acción para Intervenciones en HIV/SIDA y DST en comunidades indígenas en asociaciones con la Secretaria Especial de Salud Indígena (SESAI) del Ministerio de la Salud, se observa que gran parte vive en áreas aisladas del territorio brasileño, de difícil acceso a las acciones y servicios de salud, inaccesibilidad y/o poca adhesión al uso de preservativo, además de poseer conocimiento inadecuado sobre las vías de transmisión del SIDA. Hay que considerar una delicada reflexión sobre costumbres, mitos, lenguajes, creencias, valores y convenciones sociales, que pueden en muchas situaciones favorecer a las condiciones de vulnerabilidad del individuo o de un grupo a la infección por el HIV^(3;5).

Nóbrega RG, Nogueira JA, Almeida SA, Marcolino ABL, Cananéa JNA, Bezerra VP. Saúde indígena em tempos de Aids: revisão integrativa. *Online braz j nurs* [internet] 2015 Mar [cited year month day]; 14 (2):205-16. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5217>

Considerando, por lo tanto, a relevancia de discutir la problemática del SIDA en una población culturalmente diferenciada y los desafíos impuestos el enfoque de esa temática en el escenario en cuestión, el objetivo, en este estudio, es resumir la producción científica relacionada al HIV/SIDA en poblaciones indígenas.

Tal investigación se justifica porque da conocimiento e interpretación de la producción sobre el tema con la finalidad de evocar reflexiones sobre las informaciones disponibles y contribuir para el desarrollo de futuras pesquisas.

MÉTODOS

Revisión integrativa de la literatura realizada en las bibliotecas virtuales Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias Sociales y de la Salud (LILACS), SCOPUS, *National Library of Medicine* (PUBMED) y Biblioteca Virtual en Salud (BVS). Se consideró la siguiente cuestión norteadora para la conducción de este estudio: ¿Cuáles son las evidencias científicas de la literatura sobre el SIDA en la población indígena?

La búsqueda en las bases de informaciones ocurrió en noviembre de 2014 y las referencias que cumplían el criterio de inclusión fueron evaluadas sin considerar el período de publicación de las obras. Los criterios de inclusión establecidos para orientar la búsqueda y selección de los artículos fueron: artículos que direccionan el tema del SIDA en la población indígena, indexados en bibliotecas virtuales y publicadas en inglés, portugués o español. Fueron excluidas las publicaciones referentes a resúmenes de congresos, anuales, editoriales, disertaciones y tesis, además de artículos con imposibilidad de acceso a la publicación impresa *online*.

Los descriptores escogidos para seleccionar la colecta de datos fueron HIV, HIV *infections*, "Ac-

quired Immunodeficiency Syndrome", "Indigenous population" e "Health of Indigenous". La estrategia de búsqueda fue realizada en tres etapas, como se describe abajo: (Figura 1)

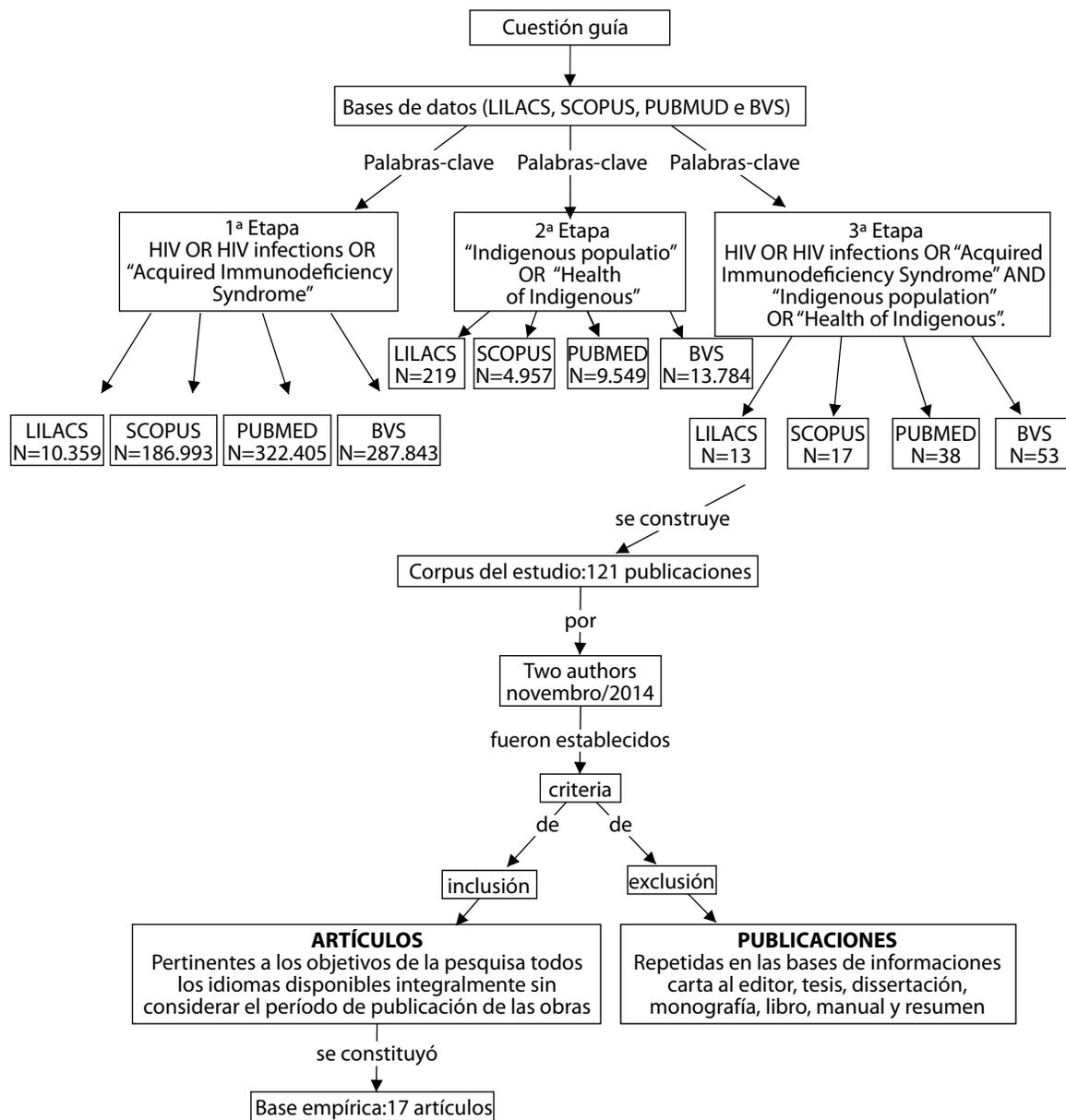
La construcción del *corpus* fue realizada de forma independiente por dos autores, con el fin de garantizar la legitimidad del contenido del análisis. El universo inicial fue de 121 publicaciones, siendo excluidas aquellas que no atendían a los criterios. Fueron excluidos 76 publicaciones cuyos textos completos no se encontraban disponibles gratuitamente, 12 artículos que no se referían al objeto de estudio, 04 estudios duplicados, 02 cartas al editor, 02 tesis, 01 disertación, 02 monografías, 02 libros, 02 manuales y 01 resumen, resultando en una base empírica de 17 artículos para análisis.

En la perspectiva de organizar los datos evaluados en los artículos, fue construido un instrumento de colecta de datos contemplando los siguientes aspectos: título, autores, periódico, año de publicación, tipo de artículo, local del estudio y temas abordados. Después, por medio de la lectura en su totalidad los artículos de esa revisión, por semejanza de contenidos, resumidos y comparados entre sí, se definieron dos ejes temáticos: "SIDA en la población indígena: contextos de vulnerabilidad y riesgo" y "Enfrentamiento del SIDA y los desafíos de la salud indígena".

RESULTADOS

En relación al año de publicación de los artículos integrantes del estudio, presentados en el cuadro 1, fue encontrada una mayor producción en 2008, con un cuantitativo de cinco artículos publicados. En los años de 2007 y 2013 hubo tres publicaciones en cada año. Entre 2003 y 2005,

Figura 1– Diagrama de flujo explicativo de la selección de las publicaciones. João Pessoa, 2014.



Fuente: Elaboración de los autores.

no fueron identificados estudios relacionados al tema. Como la caracterización cuanto de los 17 artículos que compusieron la muestra, se destaca que las publicaciones están distribuidas en 16 periódicos. La Revista Salud Pública se destacó como editora de dos artículos, siendo uno de autoría brasileña.

Entre las localidades donde las investigaciones fueron realizadas se destacan o Perú, Estados Unidos, Canadá y África del Sur, con dos pesquisas cada. Indonesia, Brasil, México, Australia, Holanda e Italia participaron con una pesquisa. Dos estudios fueron revisión integrativa, siendo una en América Latina, y un estudio abarcó países del continente asiático y africano.

Cuadro 1: Descripción de los estudios incluidos en la revisión integradora. João Pessoa, 2014.

Eje temático I: SIDA en la población indígena: contextos de vulnerabilidad y riesgo		
Título	Autores	Periódico (año, vol., nº, pág.)
Structural Factors That Increase HIV/STI Vulnerability Among Indigenous People in the Peruvian Amazon	Orellana ER, Alva IE, Cárcamo CP, García PJ.	Qualitative Health Research 2013; 23(9):1240-1250.
Decolonizing Strategies for Mentoring American Indians and Alaska Natives in HIV and Mental Health Research	Karina L, Walters KL, Simoni JM.	American Journal of Public Health 2009; 99(suppl 1): S71-S76.
The Cedar Project: Historical trauma, sexual abuse and HIV risk among young Aboriginal people who use injection and non-injection drugs in two Canadian cities	Pearce ME, Christian WM, Patterson K, Norris K, Moniruzzaman A, Craib KJP, Schechter MT, Spittal, PM.	Social Science & Medicine 2008; 66:2185-2194.
Migración y ruralización del SIDA: relatos de vulnerabilidad en comunidades indígenas de México	Hernández-Rosete D, García OM, Bernal E, Castañeda X, Lemp G.	Rev Saúde Pública 2008;42(1):131-138.
AIDS in Latin America: assessing the current status of the epidemic and the ongoing response	Bastos FI, Cáceres C, Galvão J, Veras MA, Castilho EA.	International Journal of Epidemiology 2008;37:729-737.
Confronting HIV/AIDS in a South African village: The impact of health-seeking behaviour	Golooba-mutebi F, Tollman SM.	Scand J Public Health 2007; 69(Suppl 1): S175-S180.
The Culture of Condoms: Culturally Grounded Variables and Their Association With Attitudes to Condoms.	Liddell C, Giles M, Rae G.	Psychosomatic Medicine 2008;70(4):496-504.
The burden and treatment of HIV in tuberculosis patients in Papua Province, Indonesia: a prospective observational study	Pontororing GJ, Kenangalem E, Lolong DB, Waramori G, Sandjaja, Tjitra E, Price RN, Kelly PM, Anstey NM, Ralph AP.	BMC Infectious Diseases 2010;10:362
High prevalence of hiv and syphilis in a remote native community of the peruvian amazon	Zavaleta C, Fernández C, Konda K, Valderrama Y, Vermund SH, Gotuzzo E.	Am J Trop Med Hyg 2007; 76(4):703-705.
Eje temático II: Enfrentamiento del SIDA y los desafíos de la salud indígena		
Anonymous HIV testing in the Canadian aboriginal population	Tseng AL.	Canadian Family Physician 1996;42: 1734-1740.
Barriers and incentives to HIV treatment uptake among Aboriginal people in Western Australia	Newman CE, Bonar M, Greville HS, Thompson SC, Bessarab D, Kippax SC.	AIDS 2007; 21(suppl 1):S13-S17.
HIV Stigma and Depressive Symptoms are Related to Adherence and Virological Response to Antiretroviral Treatment Among Immigrant and Indigenous HIV Infected Patients	Sumari-de Boer IM, Sprangers MAG, Prins JM, Nieuwkerk PT.	AIDS Behav 2012; 16:1681-1689.
Prevention of HIV/AIDS in Native American Communities: Promising Interventions	Vernon IS, Jumper-Thurman P.	Public Health Reports 2002; 117(suppl 1): S96-S103.

Alternative medicines for AIDS in resource-poor settings: Insights from exploratory anthropological studies in Asia and Africa	Hardon A, Desclaux A, Egrot M, Simon E, Micollier E, Kyakuwa M.	J Ethnobiol Ethnomed. 2008; 4:16.
Tuberculosis in indigenous children in the Brazilian Amazon	Gava C, Malacarne J, Rios DPG, Sant'Anna CC, Camacho LAB, Basta PC.	Rev Saúde Pública 2013;47(1):77-85.
Risk factors for tuberculosis	Narasimhan P, Wood J, MacIntyre CR, Mathai D.	Pulmonary Medicine 2013;
Impact of immigration and HIV infection on tuberculosis incidence in an area of low tuberculosis prevalence	Baussano I, Bugiani M, Gregori D, Pasqualini C, Demicheli V, Merletti F.	Epidemiol Infect 2006; 134(6):1353-1359.

Fuente: Elaboración de los autores.

DISCUSIÓN

Surgieron de los resultados dos categorías que serán discutidas a seguir:

Eje Temático I - SIDA en la población indígena: contextos de vulnerabilidad y riesgo

Aunque en los últimos años hayan habido avances de la medicina con respecto al SIDA, muchas poblaciones marginalizadas (como por ejemplo los indígenas) continúan teniendo limitado o ningún acceso a ellos. El hecho de la mayoría de las aldeas indígenas estr localizadas en áreas rurales aisladas dificulta la implementación de acciones preventivas para el HIV, por ejemplo, las campañas para divulgación en masa de informaciones sobre la enfermedad. En el escenario brasileño, esa urgencia de comunicación iría encontrar, aun, una serie de obstáculos relacionados al cuadro lingüístico de los nativos, caracterizado por una diversidad de familias lingüísticas, coel Tupi, Aruak, Karib, Tukano, Pano, Gê, que continuaron representadas por los indios de Amazonas^(4;8).

De ese modo, es difícil esperar que los indígenas estén familiarizados con la etiología, las formas de transmisión y prevención del HIV. La pobreza y la baja escolaridad de los indígenas también se reflejan negativa-

mente en el proceso de conocimiento de la enfermedad y consecuente reducción de los comportamientos de riesgo⁽¹¹⁾.

La pobreza vivida por la población indígena y la búsqueda por medios de sobrevivencia, llevan a las mujeres indígenas a vivir como profesionales del sexo. El sexo comercial fue dirigido como un vehículo de vulnerabilidad para el HIV en las comunidades indígenas de Canadá y de Amazona Peruana. En ese caso, los puertos fluviales, muelles de los ríos, locales de minería y otros campos de extracción de recursos serán constituidos ambientes propicios para la práctica sexual desprotegida, envolviendo en algunos casos un cuantitativo superior a 20 parejas sexuales a lo largo de la vida^(7-8;12).

El papel del río Amazonas y sus afluentes en la transmisión del HIV ha sido prontamente investigada, apuntando la existencia de verdaderos burdeles fluctuantes que operan día y noche y vulnerabilizan principalmente a los hombres indígenas que trabajan en los puertos y a partir de un consumo abusivo de alcohol mantienen relaciones sexuales desprotegidas con profesionales del sexo. Además de eso, se comprobó la práctica regular de sexo desprotegido entre pasajeros de las embarcaciones y respectivos tripulantes⁽⁸⁾.

La asociación entre HIV y trabajadores migrantes, especialmente trabajadores de

minas y una próspera industria del sexo comercial, ha sido bien establecida en otros escenarios^(11;13). La migración de los indígenas para fuera de sus aldeas, dejando sus esposas y familias, es una realidad comúnmente asociada con la propagación del HIV en algunas comunidades, a medida que los propios indígenas relatan sexo extraconyugal y bajos niveles de uso del preservativo⁽⁸⁾.

Un estudio realizado en comunidades indígenas de México con elevada incidencia de HIV investigó la vulnerabilidad de mujeres que viven en concubinato con migrantes. Se observó que esos hombres en la condición de migrantes se reconocen como ausentes y preocupados con la posibilidad de adulterio femenino. Ellos creen que el embarazo es un recurso para controlar a las esposas que son obligadas a tener relaciones sexuales sin protección cuando los maridos regresan de viaje. La falta de autonomía y el miedo de generar un conflicto conyugal llevan a las mujeres a aceptar tal situación, aunque reconozcan que están expuestas a la contaminación⁽⁷⁾. Ya otra investigación señaló que las mujeres indígenas de Amazona Peruana son obligadas a tener relaciones sexuales forzadas con sus esposos y novios y en algunos casos son obligadas a mantener la relación sexual con extraños para contribuir con la economía familiar⁽¹⁴⁾.

El casamiento en la aldea no implica necesariamente en monogamia. La práctica de tener más de una pareja al mismo tiempo ocurre desde el noviazgo, siendo más frecuente en los hombres de que en las mujeres, pudiendo ocurrir en la propia comunidad o fuera de ella. Incluso, la práctica del hombre tener varias familias han sido restringida debido a la situación económica⁽¹⁵⁾.

Estudio realizado en las aldeas Shawi, en la Amazona Peruana, incluye las relaciones se-

xuales entre hombres como uno de los factores socioculturales que moldean la sexualidad y favorecen el riesgo de contaminación por el HIV. En algunas comunidades, se ha informado que era común para los niños iniciar la vida sexual con otro hombre. Muchas veces, ese *debut* sexual con el mismo sexo fue con un hombre de una comunidad diferente, que pasaba a ser llamado de mapero o maparete, una modismo local para referirse a los niños que tuvieron relaciones sexuales con otros hombres. Se destacan que ellos no consideraban su comportamiento homosexual, sino como un comportamiento de macho que le gusta practicar sexo con hombre y mujer. De ese modo, existía una aparente aceptación de ese comportamiento en algunas aldeas, en detrimento a otras más distantes. En las aldeas próximas a los puertos fluviales, los indios declarados *gays* sufrían discriminación. Delante de las pocas oportunidades de empleo, eran contratados para trabajar, por muchas veces, como ayudantes de cocina y esperados para proporcionar favores sexuales, siendo forzados a practicar sexo de cualquier forma⁽⁸⁾.

Otra problemática envolviendo el SIDA en el escenario indígena se refiere a la iniciación sexual. Un estudio realizado en la comunidad de Puerto Belén, en Perú, mostró que el inicio de la vida sexual se procesa entre 12 y 15 años y en algunos casos puede ocurrir un poco antes (11 años), siendo más precoz en las mujeres. En ese caso, el inicio de la vida sexual ocurre inmediatamente después de la menarquia por tratarse de un momento muy importante para los pueblos amazónicos, a partir del cual las jóvenes se preparan para asumir el papel de esposa y madre. Tener relaciones sexuales más jóvenes ha sido asociado a un número mayor de parejas sexuales y aumento del riesgo de DST^(8;12).

La iniciación sexual precoz en indígenas

también estuvo relacionada con históricos de abuso sexual en la infancia. Estudio realizado con jóvenes indígenas en dos ciudades de Canadá mostró que la edad media para el primer incidente de abuso sexual fue de 06 años, gran parte de los abusos ocurrían en mujeres, existiendo fuerte relación entre trauma sexual anterior y vulnerabilidad al HIV. Fue encontrado que los jóvenes indígenas abusados sexualmente eran dos veces más propensos a tener más de veinte parejas sexuales a lo largo de la vida, además de informar algún tipo de enfermedad sexualmente transmisible y uso irregular del preservativo en las relaciones sexuales⁽¹²⁾.

Esos datos son consistentes con estudios que muestran vulnerabilidad sexual de los indígenas al HIV relacionada al no uso del preservativo. En una búsqueda realizada en la comunidad Chayahuita, en la región de Amazona Peruana, se hizo evidente que el uso del preservativo no es parte de la cultura de ese grupo⁽¹⁴⁾. La baja intención de protegerse fue igualmente observada en otras comunidades indígenas, debido a las creencias de tales pueblos sobre enfermedad y protección ancestral, identificando al SIDA como "enfermedad del otro"⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

En las comunidades indígenas de Perú, muchos creen que la única opción para la cura del SIDA es el tratamiento con plantas medicinales como la uña de gato y el aceite de copaiba, siendo efectivo al inicio de la enfermedad y el avance del tratamiento siendo controlado por el sistema de salud. El énfasis dado en las campañas educativas en cuanto al carácter incurable de este síndrome, refuerza la cultura del miedo. A pesar de saber que la principal vía de transmisión es la sexual, ellos consideran otras formas de contagio como el compartir de utensilios como vasos sanitarios, tazas, picada de mosquitos y bañarse en el

mismo río. De ese modo, en algunas comunidades emergen actitudes estigmatizantes delante de la enfermedad⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Las variables culturalmente arraigadas contradicen los modelos biomédicos de prevención del HIV. Conocer las creencias indígenas acerca de la protección ancestral y SIDA auxilia a aclarar sobre como las creencias tradicionales y las construcciones culturales del HIV/SIDA pueden ser usadas más eficazmente en programas de educación direccionadas a la población indígena. Tal desafío constituye una importante asignación de los equipos de salud indígena para el enfrentamiento de esa epidemia, especialmente para la práctica de los enfermeros que integran los equipos de los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas. En el desarrollo de sus atribuciones y deberes, se debe insertar elementos que consideren las especificidades culturales como efectivamente capaces de direccionar la promoción de cuidados⁽¹⁹⁾.

Eje Temático II - Enfrentamiento del SIDA y los desafíos de la salud indígena

Las acciones de control del SIDA dentro de las aldeas se han direccionado a la combinación de intervenciones biomédicas, comportamentales y estructurales, optimizando las herramientas disponibles para responder a las necesidades culturales de esa población. Se observa que lo que es propuesto no se cumple en su mayor parte e impide un adecuado control de la transmisión del HIV en ese escenario⁽³⁾.

Con el fin de conocer los posibles factores de riesgo y vulnerabilidades de las poblaciones indígenas, son creadas estrategias envolviendo la identificación de las redes sociales que impregnan esas comunidades así como sus interlocutores-llave, con el fin

de caracterizarlas en sus dimensiones antropológicas y políticas. Con respecto a la ejecución de esas acciones en el escenario indígena, un estudio muestra dificultades en la implantación de acciones de control y prevención del SIDA, considerando las diferencias culturales de las diversas etnias. Los resultados comprueban que cada etnia tiene su cultura y solamente respetando la cultura y conociendo la población se obtiene resultados efectivos ⁽²⁰⁾.

Otras investigaciones relatan críticas en cuanto al acompañamiento de casos y a las acciones de prevención dentro de las aldeas, porque exponen un carácter puntual y muchas veces desconsideran los sistemas indígenas de representaciones, valores y prácticas relativas al enfermarse y sus sistemas tradicionales de cura ^(14;21).

En ese aspecto, las relaciones Inter étnicas y la comprensión de las redes de transmisión en las aldeas a partir de los determinantes sociales y culturales originados del contacto con la sociedad son elementos norteadores para la adopción de medidas más adecuadas de prevención y control de la epidemia del SIDA en esa población. Con respecto a casos de co-infección TB/HIV, intervenciones como el asesoramiento precoz del HIV, diagnóstico precoz y el inicio de la terapia antirretroviral (ART) para individuos coinfectados han sido relacionadas como estrategia eficaz ⁽²²⁾.

La pruebas anónimas para el HIV fue citada en estudio realizado en Canadá como una estrategia adecuada para la población indígena local porque garantiza confidencialidad, incentivándolo individualmente a someterse al test ⁽²³⁾. El miedo de la divulgación de la enfermedad ha sido identificado como una de las principales barreras para el enfoque diagnóstica y terapéutica del SIDA en Australia y Holanda. La posibilidad de exposición

del caso en la tribu puede generar actitudes estigmatizantes, que irán a disminuir la adhesión de esos individuos a las estrategias de enfrentamiento de la enfermedad ⁽²⁴⁻²⁵⁾.

Entre las experiencias bien sucedidas citadas con respecto a la adhesión diagnóstica y terapéutica para el HIV en las tribus indígenas están a condición de embarazo, el apoyo psicosocial ofertado y el cuidado a la salud ofrecido a los individuos en el contexto de sus vidas, a partir de un enfoque holístico ⁽²⁴⁾. Resultado similar fue identificado en estudio realizado con nativos americanos ⁽²⁰⁾, siendo discutida la experiencia de prevención eficaz para el HIV/SIDA a partir de la aplicación de un modelo de intervención holístico basado en conceptos de los nativos. En Holanda, el enfoque psicosocial también fue el objetivo para intervenciones que buscan mejorar la adhesión dos pacientes indígenas al HIV ⁽²⁵⁾.

A partir de estrategias coherentes con las características específicas de la comunidad, es posible superar el desafío que enfoca el Sida en un escenario culturalmente diferenciado. Ese desafío permeado también por las disparidades en salud a la que poblaciones indígenas están propensas, necesita el perfeccionamiento de la investigación diagnóstica. En ese aspecto, un estudio destaca la importancia de ese enfoque en niños indígenas debido a los casos observados de co-infección TB/HIV en una tribu brasileña ⁽²¹⁾. El HIV es un factor de riesgo endógeno bien establecido para la progresión de la tuberculosis activa y grupos específicos como las poblaciones indígenas son mostrados como aquellos más comúnmente afectados por esa infección ^(4;21;22).

Intervenciones como el asesoramiento precoz del HIV, proyección de pacientes con tuberculosis (TB), diagnóstico precoz y el inicio de la ART para individuos co-infectados han sido relacionadas como estrategias eficaces

en la prevención de la TB en los escenarios indígenas. La gestión de co-infección TB/HIV representa un enorme desafío en escenarios de recursos limitados, como el ejemplo de las tribus indígenas de Indonesia⁽¹³⁾. En el caso específico de las comunidades indígenas de Piemont, en Italia, un estudio⁽²⁶⁾ mostró que ese desafío puede hacerse más relevante en el futuro, dado el hecho del bajo número de casos de pacientes co-infectados en esa región actualmente.

CONCLUSIÓN

Este estudio permitió una mayor aproximación al conocimiento desarrollado sobre el universo del SIDA en la población indígena. La cuestión de la sexualidad, demostrada en todos los textos pesquisados, comprueba la influencia sociocultural como factor que lleva los indígenas a vivir experiencias que pueden aumentar la vulnerabilidad frente al HIV.

Algunas situaciones de riesgo no son exclusivas para los indígenas, pero pueden ser vividas con más frecuencia por ellos, por ejemplo, el uso poco frecuente del preservativo, llevando esos nativos que se convirtieron y son más expuestos al HIV. Otro punto a ser destacado es la noción de relacionamiento estable, emergente en la idea de fidelidad como protección. Así, asociado a un método contraceptivo, o preservativo es desconsiderado como importante durante las relaciones sexuales.

Los resultados de las publicaciones analizadas dan subsidio para caracterizar las principales situaciones de riesgo para contaminación del HIV a las cuales los indígenas están expuestos. Debido a la escasez de estudios envolviendo esa temática en Brasil, la mayoría de las publicaciones analizadas

cubrieron experiencias relativas a los escenarios internacionales. El desarrollo de estudios direccionados para los aspectos culturales de la población indígena y su sexualidad aún es incipiente a pesar de las acciones desarrolladas con respecto a la prevención del SIDA en esa población ser prometedora. Se sugiere el desarrollo de más pesquisas en la perspectiva de llenar esa importante brecha del conocimiento.

Ante lo expuesto, se puede decir que este estudio se muestra relevante para subvencionar el conocimiento en el campo de la enfermería, sobre todo con respecto a las acciones de prevención de los comportamientos de riesgo de la población indígena, adhesión a la terapia farmacológica, asistencia de los pacientes enfermos, entre otros. Para el profesional de la enfermería, que actúa directamente con esas cuestiones, conocer las peculiaridades que guían el escenario indígena sobre el SIDA, aclara sobre como las creencias indígenas y las construcciones culturales de esa epidemia pueden ser usadas más eficazmente en programas de prevención, para minimizar los riesgos de la población indígena al HIV/SIDA.

CITAS

1. Nóbrega RG, Nogueira JA, Ruffino-Netto A, Sá LD, Silva ATMC, Villa TCS. The Active Search for Respiratory Symptomatics for the Control of Tuberculosis in the Potiguara Indigenous Scenario, Paraíba, Brazil. *Rev Latino-Am Enfermagem* [periodic on the Internet]. nov-dez 2010 [cited 2014 dec 15];18(6):1169-76. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_18.pdf
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Sinopse do Censo Demográfico 2010. [homepage da internet] 2011 [citado em 2015]

Nóbrega RG, Nogueira JA, Almeida SA, Marcolino ABL, Cananéa JNA, Bezerra VP. Saúde indígena em tempos de Aids: revisão integrativa. *Online braz j nurs* [internet] 2015 Mar [cited year month day]; 14 (2):205-16. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5217>

- Fev 10]; Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_sinopse.shtm
3. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico Aids e DST. 2012; 9 (1).
 4. Karina L, Walters KL, Simoni JM. Decolonizing Strategies for Mentoring American Indians and Alaska Natives in HIV and Mental Health Research. *American Journal of Public Health*. 2009; 99(suppl 1): S71-S76. [included in the review]
 5. Carvalho NS, Cho R, Flores LP. DST em Populações Indígenas no Brasil – Análise Crítica e Revisão da Literatura. *J bras Doenças Sex Transm*. 2011; 23(3):142-145.
 6. Duncan KC, Reading C, Borwein AM, Murray MCM, Palmer A, Michelow W, Samji H, Lima VD, Montaner JSG, Hogg RS. HIV incidence and prevalence among aboriginal peoples in Canada. *AIDS Behav* [Internet]. 2011 [cited 2015 Mar 21]; 15(1):214-227. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007/s10461-010-9792-y#page-1>
 7. Hernández-Rosete D, García OM, Bernal E, Castañeda X, Lemp G. Migración y ruralización del SIDA: relatos de vulnerabilidad en comunidades indígenas de México *Rev. Saúde Pública*. 2008; 42(1). [included in the review]
 8. Orellana ER, Alva EI, Cárcamo CP, García PJ. Structural Factors That Increase HIV/STI Vulnerability Among Indigenous People in the Peruvian Amazon. *Qual Health Res*. 2013 Sept;23(9):1240-50. [included in the review]
 9. Santos VL, Bermúdez XP, Toledo LM, Cruz MM, Moreira E. Reflexões sobre as políticas de controle das DST e Aids na população indígena. *Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva*. 2010;89-100.
 10. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico Aids e DST. 2013; 2 (1).
 11. Bastos FI, Cáceres C, Galvão J, Veras MA, Castilho EA. AIDS in Latin America: assessing the current status of the epidemic and the ongoing response. *International Journal of Epidemiology*. 2008;37:729–737. [included in the review]
 12. Pearce M, Mehrabadi A, Paterson K, Patel S, Craib KJ, et al. Cedar Project Partnership. Gender differences in HIV and hepatitis C related vulnerabilities among aboriginal young people who use street drugs in two Canadian cities. *Women Health* 2008;48(3):235-60. [included in the review].
 13. Pontororing GJ, Kenangalem E, Lolong DB, Waramori G, Sandjaja, Tjitra E, Price RN, Kelly PM, Anstey NM, Ralph AP. The burden and treatment of HIV in tuberculosis patients in Papua Province, Indonesia: a prospective observational study. *BMC Infectious Diseases*. 2010; 10:362. [included in the review]
 14. Zavaleta C, Mujica J, Ypanaque PJ, Cueva N. Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA en Comunidades Nativas de la Amazonía Peruana: Consideraciones Culturales. *Rev Peru Med Exp Salus Publica* [Internet] 2007 [cited 2014 Jan 20]; 24(3):315-16. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36324320>. [included in the review]
 15. Pozo JY. Promoción de la salud sexual y prevención del VIH-sida y de las ITS en los pueblos indígenas de las Américas. Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Asociación Mundial de Sexología [Internet] 2003 [cited 2014 Nov 25]. Available from: http://www.iidh.ed.cr/comunidades/diversidades/docs/div_online/Salud%20sexual%20VIH-SIDA%20indigenas.pdf
 16. Golooba-mutebi F, Tollman SM. Confronting HIV/AIDS in a South African village: The impact of health-seeking behaviour. *Scand J Public Health* 2007; 69(Suppl 1): S175–S180. [included in the review]
 17. Liddell C, Giles M, Rae G. The Culture of Condoms: Culturally Grounded Variables and Their Association With Attitudes to Condoms. *Psychosomatic Medicine* 2008;70(4):496-504. [included in the review]

Todos Los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a seguir, conforme con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (la) participación sustancial en la concepción o producción del manuscrito o de la colecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión presentada. Todos los autores declararon para los debidos fines que son de sus responsabilidades el contenido relacionado a todos los aspectos del manuscrito presentado al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo, por lo tanto el OBJN de cualquier participación de solidaridad en eventuales embrollos sobre la materia en estima. Todos los autores declararon que no poseen conflicto de intereses, sea de orden financiera o de relacionamiento, que influya la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue asignada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE, cuyo modelo está disponible en http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recibido: 01/05/2015

Revisado: 25/05/2015

Aprobado: 23/06/2015