

**CONTROLE DA TUBERCULOSE NAS  
COMUNIDADES INDÍGENAS BRASILEIRAS  
ANO: 2004**



**JORGE MEIRELES AMARANTE – CONSULTOR CGDEN/SVS/MS - ABR 2005**  
[jorge.amarante@saude.gov.br](mailto:jorge.amarante@saude.gov.br)

## 1) *Considerações gerais*

A expressão *descobrimto do Brasil* tornou-se comum nos livros de história. Ela se refere ao fato de os portugueses terem encontrado uma terra que era até então desconhecida dos europeus. Mas o Brasil não era uma terra desconhecida e sem donos. Ela era habitada e sua posse distribuída entre diversos grupos indígenas que a ocupavam. A idéia de posse e propriedade dos indígenas logicamente não é a mesma da dos portugueses, não tem o mesmo sentido de propriedade privada. A posse era coletiva, isto é, não havia um pedaço de terra para cada um ou para cada família. As vastas regiões do Brasil eram ocupadas por nações e tribos. Havia limites mais ou menos estabelecidos, mas não definidos. As tribos mudavam de lugar de acordo com sua necessidade. A presença portuguesa foi então uma ocupação, pois, em seu eurocentrismo, julgavam os povos *não civilizados* como desprovidos dos direitos que eles europeus tinham.

Há cinco séculos, os portugueses chegaram ao litoral brasileiro, dando início ao processo de migração que se estenderia até o início do século XX, e pouco a pouco foram se estabelecendo nas terras que eram ocupadas pelos povos indígenas. Com os índios *civilizados* e *amigos* os portugueses formaram uma nova etnia: os mamelucos.

O processo de colonização levou à extinção de muitas sociedades indígenas que viviam no território dominado, seja pela ação das armas seja pelo contágio de doenças trazidas dos países europeus, para as quais os índios não tinham anticorpos ou, ainda, pela aplicação de políticas visando a "assimilação" dos índios à nova sociedade implantada, com forte influência européia. Embora não se saiba exatamente quantas sociedades indígenas existissem no Brasil à época da chegada dos europeus, há estimativas sobre o número de habitantes nativos naquele tempo de perto de 5 milhões de indivíduos. Estes números nos dão uma idéia da imensa quantidade de pessoas e sociedades indígenas inteiras que foram exterminadas ao longo destes pouco mais de 500 anos, como resultado de um processo de colonização baseado no uso da força, por meio das guerras e da política de assimilação.

Entre os indígenas não há classes sociais como na sociedade do *homem branco*. Todos têm os mesmos direitos e recebem o mesmo tratamento. A terra, por exemplo, pertence a todos e quando um índio caça, costuma dividir com os habitantes de sua tribo. Apenas os instrumentos de trabalho (machados, arcos, flechas, arpões) são de propriedade individual. O trabalho na tribo é realizado por todos, porém existe uma divisão por sexo e idade. As mulheres são responsáveis pela comida, crianças, colheita e plantio. Já os homens da tribo ficam encarregados do trabalho mais pesado: caça, pesca, guerra e derrubada das árvores.

Duas figuras importantes na organização das tribos são o pajé ou xamã e o cacique. O pajé é o sacerdote da tribo. Conhece todos os rituais e recebe as

mensagens dos deuses. Ele também é o curandeiro, pois conhece todos os chás e ervas para curar doenças. Ele faz o ritual da pajelança, onde evoca os deuses da floresta e os ancestrais para ajudar na cura. O cacique é também importante na vida tribal, pois faz o papel de chefe organizando e orientando os demais.

A partir do descobrimento, a população indígena brasileira passou a ser submetida a quatro grandes marcos traumáticos com repercussões extremas sobre sua sobrevivência física e cultural: 1) chegada dos europeus; 2) tráfico de escravos; 3) ciclos extrativistas; 4) *Política de Integração Nacional*. A ocupação européia foi marcada por massacres, escravização e introdução de doenças até então inexistentes, como varíola e sarampo. Com o tráfico de escravos, chegaram ao Brasil a febre amarela, a oncocercose e a esquistossomose. Os povos indígenas da Amazônia só passaram a ser intensamente agredidos a partir de meados do século XIX, com os ciclos extrativistas da borracha, castanha, peles de animais e outros. Com isso, houve disseminação da tuberculose, da hanseníase, da malária e das viroses da região. Mais recentemente, a partir dos anos 70, a "*Política de Integração Nacional*" dos governos militares patrocinou uma ocupação mais intensiva da Amazônia, com subsídios, incentivos fiscais e grandes projetos viários, agropecuários, de colonização e hidrelétricos. Isto resultou em migração em massa, destruição ambiental, exacerbação e dispersão de doenças.

Dos quatro grupos indígenas existentes hoje no Brasil, classificados por Darcy Ribeiro em 1) isolados; 2) contato intermitente; 3) contato permanente; 4) integrados, apenas os isolados e, talvez, alguns poucos de contato intermitente, possam se considerar ainda indenes à tuberculose. Em maior ou menor grau, a progressão da integração dos povos indígenas à sociedade nacional, transformou a tuberculose em doença endêmica de difícil controle também entre os índios, com incidência significativamente maior que a encontrada na população não índia. Atividades de mineração, extração da madeira, agropecuárias, aliadas à falta de demarcação de grande parte do território possibilitando intenso intercâmbio de pessoas entre as aldeias e as cidades, incumbem-se, ainda hoje, de disseminar a tuberculose entre os índios.

## **2) Demografia**

Calcula-se que a população indígena brasileira por ocasião do Descobrimto alcançasse algo perto de 5 milhões de pessoas, estando hoje reduzida a 436.315, assim distribuída por unidade da federação:

Tabela 1: população indígena por Unidade da Federação – Brasil 2004<sup>1</sup>

Unidade Federada	População indígena aldeada	%
Acre	11.624	2,7
Alagoas	8.445	1,9
Amazonas	102.675	23,5
Amapá	6.252	1,4
Bahia	22.178	5,1
Ceará	10.148	2,3
Espírito Santo	1995	0,5
Goiás	346	0,1
Maranhão	23.732	5,4
Minas Gerais	7554	1,7
Mato Grosso do Sul	54.820	12,6
Mato Grosso	28.530	6,5
Pará	19.813	4,5
Paraíba	11.066	2,5
Pernambuco	40.397	9,3
Paraná	11.302	2,6
Rio de Janeiro	535	0,1
Rondônia	8.372	1,9
Roraima	33.004	7,6
Rio Grande do Sul	13.374	3,1
Santa Catarina	7.921	1,8
Sergipe	364	0,1
São Paulo	2996	0,7
Tocantins	8.872	2,0
<b>BRASIL</b>	<b>436.315</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SIASI, 15 de março de 2005.

Existem atualmente 210 etnias que falam 170 idiomas distintos, ocupando cerca de 12% do território Nacional. O Estado com maior população indígena é o Amazonas, seguido pelo Mato Grosso do Sul. A população indígena mais numerosa é a do povo

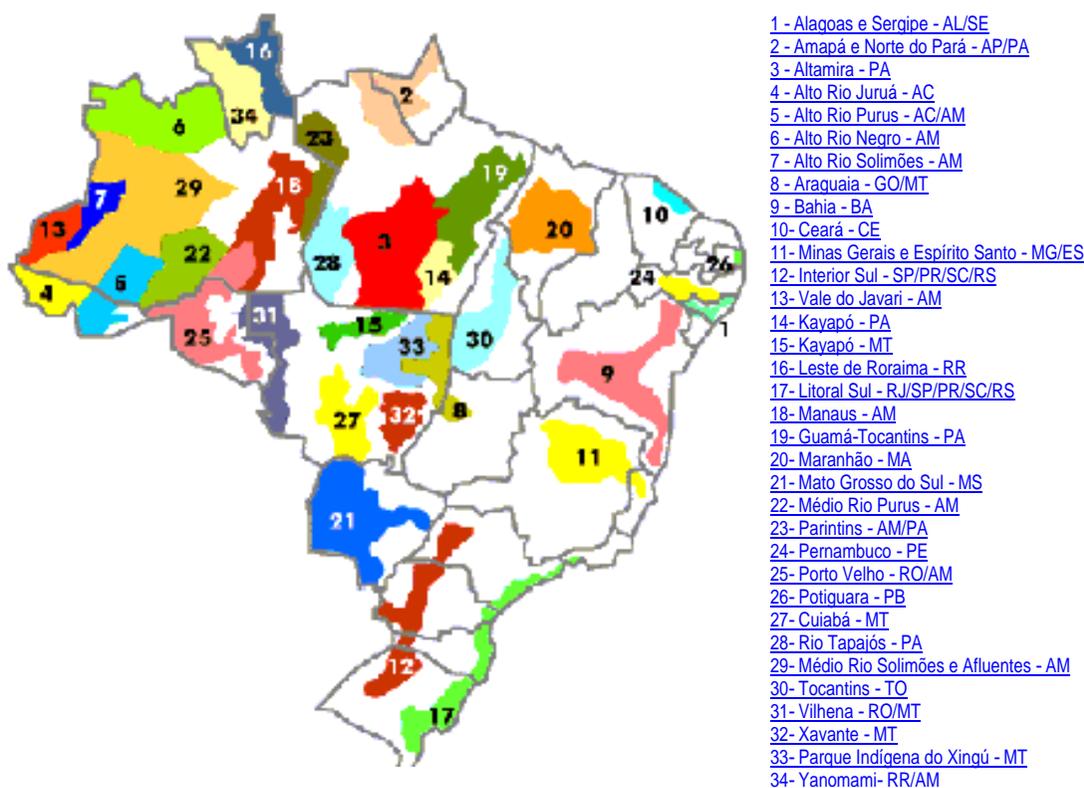
<sup>1</sup> Dados retirados do SIASI em 15 de março de 2004. Os estados do Rio Grande do Norte, do Piauí e o Distrito Federal não possuem comunidades indígenas em seu território.

Tikuna do Amazonas que vive na região do Alto Rio Solimões. Na região norte estão 43,7% dos índios brasileiros, 26,6% na região nordeste, 19,2% na centro-oeste, 7,5% na sul e 3,0% na região sudeste (tabela 1).

### 3) O subsistema de atenção em saúde indígena

A partir de 1999 a responsabilidade pela atenção à saúde indígena no Brasil passou integralmente da FUNAI para o Ministério da Saúde (FUNASA), que traçou um novo modelo de assistência para todo o território nacional, dividindo as terras indígenas em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), considerando os diferentes aspectos geográficos, sócio-culturais, étnicos, econômicos, epidemiológicos:

Figura 1 - Distribuição geográfica dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas



Fonte: FUNASA

Este subsistema de saúde está articulado com a rede de saúde do SUS nos diversos municípios que servem de referência, ficando o controle social a cargo dos Conselhos Indígenas de Saúde locais e distritais, organismos paritários compostos por indígenas e prestadores de serviços.

Cada DSEI organizou uma rede de serviços de atenção básica de saúde dentro das áreas indígenas, integrada e hierarquizada com complexidade crescente e articulada com o SUS. As equipes de saúde dos DSEI(s) são compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde (AIS).

Figura 2



Fonte: FUNASA

Na organização dos serviços de saúde as comunidades têm outra instância de atendimento que são os Pólos Bases (figura 2). Os Pólos são a primeira referência para os agentes indígenas de saúde e podem estar localizados numa comunidade indígena ou num município. Os Pólos Bases para aldeias distantes e de difícil acesso, são preparados em aldeias maiores, onde um mínimo de equipamentos e de infra-estrutura são disponibilizados para funcionar como referência primária, o que acontece especialmente na Amazônia. Uma equipe de saúde é destacada para esta unidade, sendo substituída, em rodízio, a cada 45 dias em média.

Na maioria dos DSEI, as ações de diagnóstico da tuberculose encontram-se instaladas no nível do Pólo Base, enquanto o tratamento é descentralizado para o Posto Indígena de Saúde, sendo, supervisionado diretamente por um auxiliar de enfermagem e/ou pelo AIS. A Casa de Saúde Indígena (CASAI), é uma unidade intermediária, localizada no município, onde o paciente indígena permanece durante o tempo de

convalescença de tratamentos clínicos ou cirúrgicos realizados na rede SUS, ou enquanto aguarda procedimentos diagnósticos.

O subsistema de saúde para as comunidades indígenas tem como clientela apenas os índios que vivem nas aldeias. Os *urbanizados* não são beneficiários, procurando diretamente a rede SUS do município onde residem.

O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) encontra-se em fase de implantação. Os dados da tuberculose ainda não são consolidados pelo sistema informatizado em rede, sendo esta a próxima meta do DESAI.

#### **4) A situação geral de saúde dos índios**

Tabela 2 – Demanda ambulatorial por causas agrupadas – População indígena 2000 a 2003

Grupos de agravos	%
Doenças infecciosas e parasitárias	38,8
Doenças do aparelho respiratório	31,8
Sintomas e Sinais mal definidos	7,0
Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo	4,9
Doenças do aparelho locomotor	2,9
Doença dos olhos e anexos	2,9
Doenças do aparelho digestivo	2,1
Doenças do sangue e órgãos hematopoiéticos	1,9
Doenças do aparelho genitourinário	1,5
Doenças do aparelho circulatório	1,5
Causas externas de morbidade	1,5
Doenças endócrinas e do metabolismo	1,4
Malformações congênitas	0,7
Doenças do ouvido	0,6
Doenças neurológicas	0,1
Transtornos mentais	0,1
Outras Causas	0,3

Fonte: COMOA/DESAI Relatórios Anuais

O grupo das enfermidades que mais demandaram consulta ambulatorial foi o das doenças infecciosas e parasitárias (DIP), seguida das doenças respiratórias, que, em conjunto, representaram mais de 70% dos atendimentos (tabela 2).

As principais DIP foram as helmintíases (diagnóstico sintromico) e as diarreias de origem infecciosa nas crianças, seguidas das micoses superficiais e da malária, mesmo sendo esta última uma enfermidade sazonal e que ocorre quase que exclusivamente na Amazônia Legal.

As infecções das vias aéreas superiores, as bronquites, a asma e as pneumonias aparecem como os principais motivos de consultas ambulatoriais realizadas pelas equipes dos Pólos Bases de Saúde.

Tabela 3 – Principais causas agrupadas de mortalidade na população indígena – Brasil 2004

<i>Causa Mortis</i> (grupos de patologias)	Nº	%
Doenças do aparelho respiratório	126	16,9
Causa mal definida	116	15,6
Doenças infecciosas e parasitárias	98	13,2
Causas externas	78	10,5
Doenças do aparelho circulatório	75	10,1
Causa indeterminada	72	9,7
Doenças endócrinas e do metabolismo	61	8,2
Morte no período perinatal	48	6,5
Neoplasias malignas	20	2,7
Doenças do aparelho digestivo	15	2,0
Complicações da gravidez do parto e do puerpério	10	1,3
Malformações congênitas	8	1,1
Doenças do aparelho Gênitó-urinário	7	0,9
Doenças do sangue e órgãos hematopoiéticos	6	0,8
Doenças neurológicas	4	0,5
Total	744	100,0

Fonte: SIASI, 15 de março de 2005

As doenças do aparelho respiratório e as doenças infecciosas e parasitárias são os grupos de doenças que motivaram o maior número de óbitos por causas conhecidas entre os índios no ano de 2004, seguidos pelo grupo das causas externas (tabela 3).

É muito significativo o percentual de mortes por causas mal definidas, rotuladas vagamente pelo médico como “*parada cardíaco-respiratória*”, “*insuficiência respiratória*”, “*falência de múltiplos órgãos*”, sem que fique clara a causa primária que originou tais mecanismos fisiopatológicos de morrer. Um número importante de mortes ainda ocorre nas aldeias mais recônditas, assistidas somente pelo AIS, agrupadas como “*causas indeterminadas*”.

Tabela 4 – Principais causas *não agrupadas* de mortalidade entre os índios – Brasil 2004

Doenças	Nº	%
1) Pneumonias	73	16,1
2) Doenças respiratórias mal definidas	51	11,2
3) Morte no período perinatal	48	10,6
4) Septicemias	40	8,8
5) Desnutrição	38	8,4
6) Diarréia	30	6,6
7) Insuficiência Cardíaca	27	5,9
8) Suicídio (enforcamento)	24	5,3
9) Infarte do Miocárdio	23	5,1
10) Doença hipertensiva	21	4,6
11) Neoplasias malignas	20	4,4
12) Doenças do Aparelho digestivo	18	4,0
13) Tuberculose	17	3,7
14) Desidratação	12	2,6
15) Afogamento	12	2,6
Total	454	100,0

Fonte: SIASI, 15 de março de 2005

A terceira causa conhecida de morte foram as ocorridas no período perinatal, apontando para uma provável deficiência na atenção prestada à gestante e ao parto, a maioria dos quais é domiciliar assistido na própria aldeia pela parteira laica, em geral a própria mãe da parturiente. Há um forte componente de infanticídios que são próprios de algumas culturas quando há rejeição do recém-nascido pela mãe ou por eugenia étnica (tabela 4).

Dentre as mortes causadas pelas doenças do aparelho respiratório destacam-se as pneumonias, responsáveis por mais da metade desses óbitos. A septicemia foi a principal causa de morte entre as doenças infecciosas e parasitárias, seguida pelas diarreias.

Entre as causas não agrupadas, as pneumonias, principalmente no primeiro ano de vida, foram as principais causadoras de morte entre os indígenas em 2004. Muitas vezes a criança é primeiramente atendida e tratada pelo Xamã, buscando a atenção básica alopática formal já em fase muito grave da enfermidade (tabela 4).

O politraumatismo resultante principalmente de acidentes rodoviários, o enforcamento suicida freqüente em algumas etnias, principalmente entre os Guarani-Kaiowa do Mato Grosso do Sul e os Tikuna do Amazonas, além do afogamento, que tem comumente como pano de fundo o alcoolismo compulsivo em algumas etnias, representaram, juntos, mais de 70% dos óbitos ocorridos em decorrência de causas externas (violentas).

A desnutrição aparece como a 5ª causa isolada mais importante de morte entre os indígenas (tabela 4), entretanto, assim como é o alcoolismo para as causas externas, a desnutrição é có-morbidade intimamente associada aos óbitos decorrentes das pneumonias e diarreias que vitimam as crianças indígenas, principalmente nas aldeias com maior proximidade das cidades. Contribuem para a grave desnutrição encontrada em algumas comunidades indígenas, dentre outros fatores, os seguintes:

- a) Política equivocada de monocultura principalmente do arroz com utilização de implementos agrícolas, estimulada outrora pelo órgão tutor e abruptamente interrompida, fazendo com que os índios abandonassem o cultivo de suas *roças-de-toco*, base de sua economia agrícola de subsistência;
- b) Escassez da caça e da pesca em virtude da diminuição de seu território em favor dos interesses de agropecuaristas, madeireiros, garimpeiros;
- c) Proximidade entre as aldeias e as cidades, fazendo com que as comunidades indígenas assimilassem a cultura das populações urbanas, incentivando hábitos alimentares diferentes e o desmame precoce dos recém-nascidos;
- d) Políticas assistencialistas como a distribuição indiscriminada de cestas básicas, tickets alimentação, desestimulando a produção autóctone de alimentos, agravando a dependência;

e) Concessão aos índios de aposentadoria como *rurícolas* ou de cargos remunerados no órgão tutor, criando um “grupo de privilegiados” que nem sempre precisa cumprir suas tarefas e, mesmo assim, recebe altos salários para os padrões silvícolas, subvertendo os moldes de produção consuetudinário de uma sociedade organizada de forma comunal.

Esta desnutrição, que não é apanágio das crianças, favorece a morbidade e a mortalidade pela tuberculose, que desponta como a 13ª causa de morte entre os indígenas.

Na informação prestada por 28 DSEI (82,4%), o coeficiente de mortalidade geral<sup>2</sup>, em 2003, foi da ordem de 3,5 óbitos por mil habitantes, variando de 0,1 no DSEI Alto Solimões a 13,2 por mil no Xavante. A mortalidade infantil<sup>3</sup>, também em 2003, com dados de 26 DSEI (76,5%), foi de 39,6 óbitos no primeiro ano de vida por mil nascidos vivos. Variou de coeficientes de 133,0 e 111,1 óbitos por mil nascidos vivos nos DSEI Alto Solimões e Araguaia respectivamente, a 8,7 por mil no Potiguara, havendo, provavelmente, viés na informação por falta de alimentação constante do SIASI, mesmo mal, aliás, de que sofre o SINAN.

### 5) A tuberculose nas comunidades indígenas em 2004

Tabela 5 – Descoberta de casos novos de tuberculose – Brasil 2004

Forma TB Idade	Pulmonar (BAAR)			Extra-Pulmonar			Total
	Pos	Neg	N.Real.	Mening	Miliar	Outras	
Menos 15	33	30	60	2	2	13	140
15 e +	277	110	28	2	7	31	455
Total	310	140	88	4	9	44	595

Fonte: CGDEN

Os dados de 2004 sobre a situação da tuberculose nas comunidades indígenas foram obtidos pelo envio de duas planilhas formuladas pela CGDEN para preenchimento pelos 34 Distritos Sanitários, sendo uma sobre a descoberta de casos novos e a outra sobre resultado de tratamento de casos que o concluíram no ano de 2004. Até o momento da elaboração deste documento, apenas os DSEI Litoral Sul,

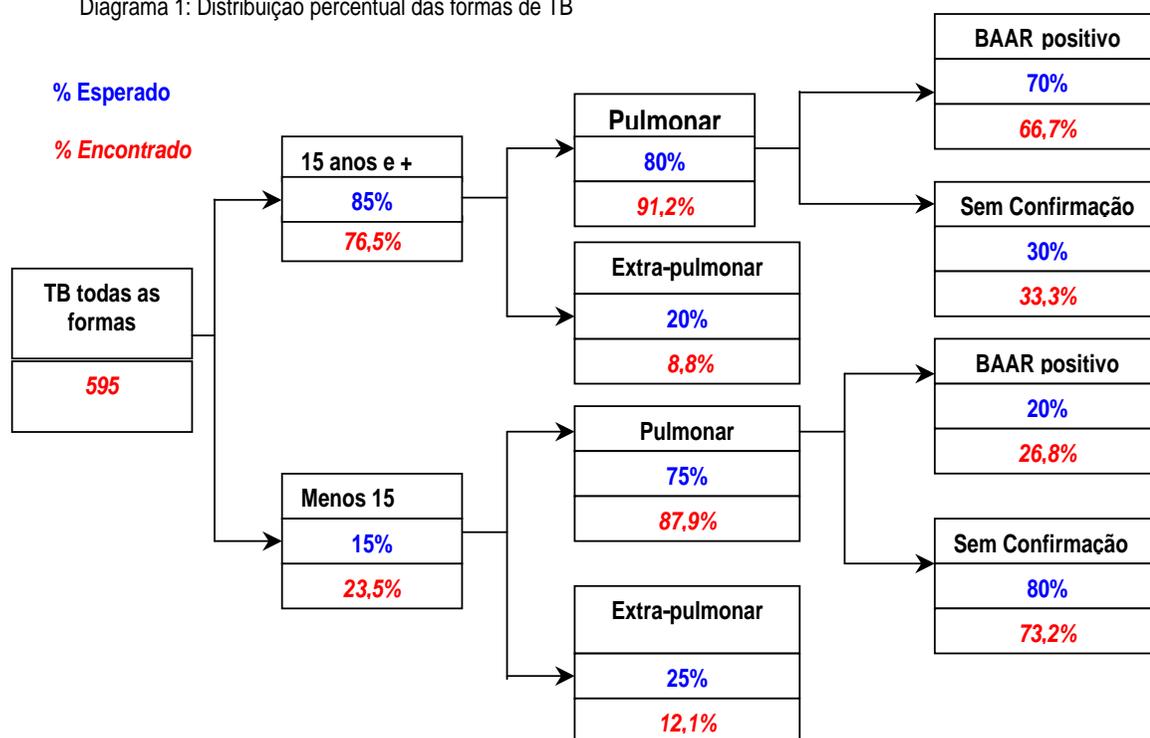
<sup>2</sup> Nos dados de mortalidade de 2003, colhidos do SIASI em 15/03/2005, não havia informação dos DSEI: Alto Rio Juruá, Alto Rio Negro, Araguaia, Leste de Roraima, Parintins e Xingu.

<sup>3</sup> Sem informação dos DSEI: Alagoas e Sergipe, Alto Rio Juruá, Ceará, Leste de Roraima, Parintins, Cuiabá, Rio Tapajós e Xingu

Manaus e Vale do Javari não haviam informado, em que pese o nosso empenho e a nossa insistência. Por este motivo as populações destes DSEI foram excluídas para o cálculo dos índices.

Foram notificados por 31 DSEI (91,2%), no ano de 2004, 595 casos de tuberculose de todas as formas, sendo 140 (23,5%) em menores de 15 anos e 455 (76,5%) em pessoas de 15 anos e mais. Espera-se que 85% dos casos ocorram em maiores de 15 anos, havendo, por conseguinte, uma descoberta de casos em crianças maior que o esperado, o que pode significar um viés no diagnóstico de formas não confirmadas (tabela 5).

Diagrama 1: Distribuição percentual das formas de TB



No total de casos descobertos, 52,1% foram formas confirmadas na baciloscopia. Entre os maiores de 15 anos, 91,2% foram formas pulmonares e apenas 8,8% extra-pulmonares (Diagrama 1). Nos pequenos municípios de referência para a saúde indígena as formas extra-pulmonares são de difícil diagnóstico, exceto a ganglionar periférica e a pleural, sendo, em geral, as demais encaminhadas à unidades de maior complexidade, por necessitarem de especialistas ou de métodos propedêuticos mais sofisticados.

Entre os pulmonares maiores de 15 anos, os casos positivos estão dentro dos parâmetros esperados, mostrando um bom rendimento da baciloscopia de escarro.

Entre os menores de 15 anos o que chama a atenção é um número ligeiramente maior que o esperado de formas pulmonares confirmadas bacteriologicamente, o que se pode dever a:

- a) Grande número de baciloscopias diretas com resultado falso-positivo, apontando para a falta de controle de qualidade dos exames;
- b) Situação grave da tuberculose em que as crianças estariam apresentando formas avançadas de tuberculose primária ou infectando-se ao nascer e apresentando formas de tuberculose pós-primária antes dos 15 anos.

Com efeito, já tivemos oportunidade de surpreender ambas as hipóteses em alguns DSEI.

A incidência de tuberculose de todas as formas em 2004 foi de 141,9 casos por 100.000 habitantes, ou seja, existe um tuberculoso em cada grupo de 671 indígenas, o que significa um risco relativo anual de 3,4 em relação a incidência nacional. Vale dizer, um índio tem três vezes e meia mais chance de adoecer de tuberculose que qualquer brasileiro da sociedade *não-índia*. Quando considerados somente os casos positivos no exame bacteriológico, a incidência foi da ordem de 73,9 casos por 100.000 habitantes.

As taxas de incidência de tuberculose bacilífera variaram de 363,3 e 263,4/100.000, respectivamente nos DSEI Kaiapó, em Redenção no sul do Pará, e Parintins-AM, a 9,8 no DSEI Pernambuco e 13,4 no DSEI Bahia (tabela 6).

Em alguns desses DSEI, principalmente na região nordeste, estas taxas estão possivelmente subregistradas, porquanto o intercâmbio dos índios com as cidades é intenso e muitas vezes o doente procura diretamente a rede SUS para o atendimento, sem passar pelo DSEI. Nem sempre, até para evitar discriminação, o paciente se identifica como indígena.

A incidência da tuberculose de todas as formas passou de 267,5 em 2000 para 141,9 casos por 100.000 habitantes em 2004, com uma queda anual média da ordem de 13,5%. Tomando-se apenas os casos bacilíferos a média é menor, com uma queda de 9,3%, passando de 156,3 em 2000, para 73,9 em 2004. Esta queda provavelmente se deva ao aumento de cobertura das ações de controle da tuberculose, decorrente da própria criação dos Distritos Sanitários e dos Pólos Bases e da implantação do PCT.

Tabela 6 – Incidência de tuberculose por DSEI – Brasil 2004

Distrito Sanitário Especial Indígena	População	Nº casos	Nº BK+	Incid.TB	Incid.BK+
Alagoas e Sergipe	8863	3	3	33,8	33,8
Altamira	1937	2	2	103,3	103,3
Alto Rio Juruá	7508	7	5	93,2	66,6
Alto Rio Negro	27433	51	9	185,9	32,8
Alto Rio Purus	7397	9	8	121,7	108,2
Alto Rio Solimões	28350	34	27	119,9	95,2
Amapá e Norte Do Pará	8022	4	4	49,9	49,9
Araguaia	3184	11	5	345,5	157,0
Bahia	22370	8	3	35,8	13,4
Ceará	10268	9	6	87,7	58,4
Cuiabá	5926	9	2	151,9	33,7
Guamá-Tocantins	5616	7	7	124,6	124,6
Interior Sul	32094	9	7	28,0	21,8
Kaiapó do Mato Grosso	3879	7	4	180,5	103,1
Kaiapó do Pará	3028	11	11	363,3	363,3
Leste de Roraima	24406	15	9	61,5	36,9
Maranhão	23462	51	39	217,4	166,2
Mato Grosso do Sul	56032	127	61	226,7	108,9
Médio Rio Purus	3616	7	1	193,6	27,7
Médio Rio Solimões e Afluentes	8630	22	21	254,9	243,3
Minas Gerais e Espírito Santo	9673	12	9	124,1	93,0
Parintins	6835	19	18	278,0	263,4
Pernambuco	40829	11	4	26,9	9,8
Porto Velho	7217	26	7	360,3	97,0
Potiguara	11165	4	3	35,8	26,9
Rio Tapajós	6191	2	0	32,3	0,0
Tocantins	7386	25	2	338,5	27,1
Vilhena	5804	25	12	430,7	206,8
Xavante	12424	18	11	144,9	88,5
Xingu	4308	17	1	394,6	23,2
Yanomami	15395	33	9	214,4	58,5
<b>Total</b>	<b>419248</b>	<b>595</b>	<b>310</b>	<b>141,9</b>	<b>73,9</b>

Fonte: CGDEN

Manaus, Vale do Javari e Litoral Sul não informaram.

Tabela 7 – Incidência de tuberculose por UF – Índios Brasil 2004

UF Residência	População indígena	TB Todas	TB BK +	Incidência todas	Incidência BK +
Rondonia	8.372	35	13	418,1	155,3
Acre	11.624	10	8	86,0	68,8
Amazonas	102.675	139	46	135,4	44,8
Roraima	33.004	40	17	121,2	51,5
Para	19.813	31	21	156,5	106,0
Amapa	6.252	5	3	80,0	48,0
Tocantins	8.872	25	21	281,8	236,7
Maranhao	23.732	51	19	214,9	80,1
Piaui	-	1	1	-	-
Ceara	10.148	11	7	108,4	69,0
Rio Grande do Norte	-	2	0	-	-
Paraiba	11.066	0	0	0,0	0,0
Pernambuco	40.397	22	9	54,5	22,3
Alagoas	8.445	2	1	23,7	11,8
Sergipe	364	0	0	0,0	0,0
Bahia	22.178	29	19	130,8	85,7
Minas Gerais	7554	12	6	158,9	79,4
Espirito Santo	1995	1	1	50,1	50,1
Rio de Janeiro	535	8	4	1495,3	747,7
Sao Paulo	2996	0	0	0,0	0,0
Parana	11.302	5	1	44,2	8,8
Santa Catarina	7.921	9	2	113,6	25,2
Rio Grande do Sul	13.374	11	3	82,2	22,4
Mato Grosso do Sul	54.820	160	74	291,9	135,0
Mato Grosso	28.530	40	11	140,2	38,6
Goias	346	0	0	0,0	0,0
Distrito Federal	-	3	0	-	-
Subtotal	436.315	652	287	149,4	65,8
Ign/Em Branco		2	1		
Total	436315	654	288	149,9	66,0

Fonte: SINAN

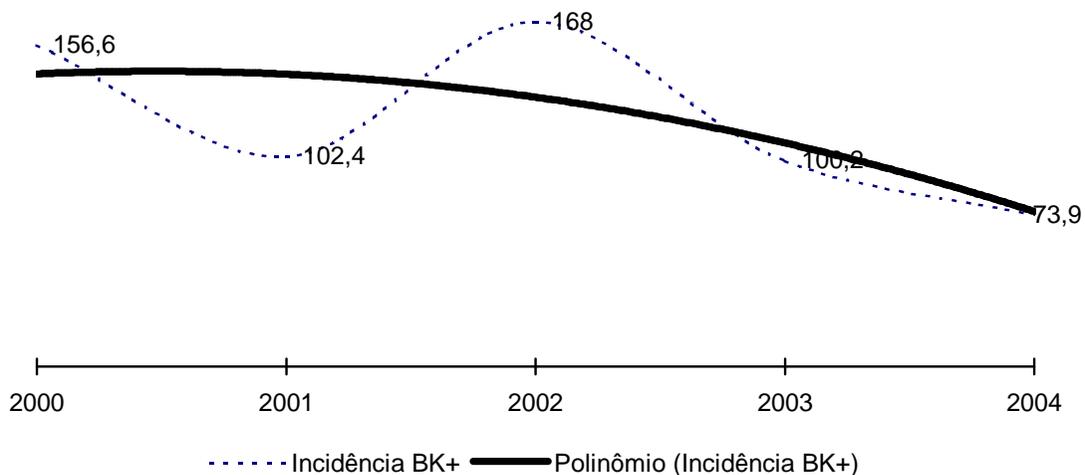
Tomando-se como fonte de dados o SINAN, o número de casos de tuberculose de todas as formas por unidade federada em 2004 alcançou 654, ou seja, 59 casos a mais que na fonte FUNASA, que registra os casos por Distrito Sanitário. A diferença deve-se ao fato de que na FUNASA constam apenas os casos que incidem na população indígena *aldeada*, ao passo que no SINAN, além desta, também se incluem os *desaldeados* que fixaram residência definitiva na cidade (tabela 7).

Embora apresentem casos notificados em 2004, os estados do Piauí, Rio Grande do Norte e o Distrito Federal, não possuem populações indígenas autóctones, tratando-se, por conseguinte, de casos importados.

A diferença entre as incidências fornecidas por uma ou outra fonte não é muito significativa. A maior incidência de tuberculose de todas as formas e de pulmonares positivos foi encontrada no Estado do Rio de Janeiro, onde quase 1,5 por cento da população indígena apresenta alguma forma de tuberculose, vale dizer, existe um tuberculoso em cada grupo de 67 índios, o que é inaceitável. Naturalmente que a população tomada para chegarmos a este índice foi apenas a *aldeada*, porquanto a outra é desconhecida. Ainda assim, são números alarmantes.

Os Estados da Paraíba e de Goiás, não apresentaram casos de tuberculose na população indígena segundo os registros do SINAN.

Figura 3 – Tendência temporal da incidência da tuberculose bacilífera nas comunidades indígenas brasileiras no período de 2000 a 2004



Como já relatado, a incidência da tuberculose bacilífera no novo milênio, mostra uma tendência a queda da ordem de 9,3% ao ano, havendo sofrido um importante aumento no ano de 2002, possivelmente por conta de um maior esforço despendido pelos Distritos Sanitários na descoberta de casos, através do exame de sintomáticos e de contatos (figura 3).

Tabela 8 – Resultado de tratamento (casos encerrados) de tuberculose por DSEI – Brasil 2004

DSEI	C	A	OTB	OOC	T	MD	Número Total de casos
Alagoas/Sergipe	66,7	33,3	0,0	0,0	0,0	0,0	3
Altamira	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1
Alto Rio Juruá	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4
Alto Rio Purus	11,1	0,0	0,0	0,0	88,9	0,0	9
Alto Rio Negro	83,9	6,5	9,7	0,0	0,0	0,0	31
Alto Rio Solimões	63,6	36,4	0,0	0,0	0,0	0,0	11
Araguaia	85,7	0,0	0,0	0,0	0,0	14,3	7
Bahia	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	11
Ceará	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7
Minas Gerais/E. Santo	47,4	15,8	10,5	10,5	5,3	10,5	19
Interior Sul	50,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4
Kaipó - PA	88,9	0,0	11,1	0,0	0,0	0,0	9
Kaipó - MT	57,1	0,0	42,9	0,0	0,0	0,0	7
Leste de Roraima	76,5	5,9	0,0	5,9	0,0	11,8	17
Guamá/Tocantins	66,7	0,0	33,3	0,0	0,0	0,0	3
Maranhão	84,4	9,4	3,1	0,0	3,1	0,0	32
Mato Grosso do Sul	90,6	3,1	1,6	1,6	0,0	3,1	127
Médio Rio Purus	77,8	11,1	0,0	11,1	0,0	0,0	9
Parintins	88,9	5,6	0,0	5,6	0,0	0,0	18
Pernambuco	60,0	0,0	20,0	0,0	20,0	0,0	5
Porto Velho	47,1	0,0	0,0	11,8	35,3	5,9	17
Potiguara	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	1
Cuiabá	28,6	0,0	0,0	0,0	71,4	0,0	7
Rio Tapajós	50,0	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0	2
Médio Rio Solimões	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9
Tocantins	87,5	12,5	0,0	0,0	0,0	0,0	8
Vilhena	93,8	6,3	0,0	0,0	0,0	0,0	16
Xavante	33,3	16,7	0,0	0,0	41,7	8,3	12
Xingu	71,4	0,0	0,0	0,0	0,0	28,6	7
Yanomami	71,4	0,0	0,0	0,0	0,0	28,6	7
Total	77,9	6,2	3,8	2,1	6,4	3,6	420

Fonte: CGDEN-MS

Não informaram ou não registraram altas em 2004: Litoral Sul, Manaus, Vale do Javari e Amapá/Norte do Pará.

Convenção: **C** = cura; **A** = abandono; **OTB** = óbito por tuberculose; **OOC** = óbito por outra causa; **T** = transferência; **MD** = alta por mudança de diagnóstico.

Considerando a população *aldeada* em 2004, que era de 434.315 índios e utilizando a taxa de 1% como meta de sintomáticos a examinar, teríamos um total de 4.363. Aplicando a taxa de bacilíferos de 4%, conforme os parâmetros nacionais,

resultaria que, nas comunidades indígenas em 2004, deveriam ser descobertos 174 casos novos de tuberculose pulmonar positiva na baciloscopia. Segundo a informação colhida pelas planilhas da CGDEN junto às CORES da FUNASA, foram descobertos 310 casos pulmonares positivos, sem incluir os DSEI que não informaram (Litoral Sul, Vale do Javari e Manaus). Isto corresponde a 178,2% da meta, mostrando que, nas comunidades indígenas, nossas metas devem ser quase que dobradas.

A cura nos casos encerrados em 2004 foi da ordem de 77,9% dos casos que iniciaram tratamento, prejudicada por um número excessivo de altas por mudança de diagnóstico (3,6%) e de transferências (6,4%). As taxas de altas por mudança de diagnóstico prendem-se a um número igualmente excessivo de formas não confirmadas bacteriologicamente, em que o diagnóstico é firmado apenas através de dados clínicos e radiológicos. A transferência em geral diz respeito a pacientes indígenas que preferem fazer o tratamento nos municípios e não na unidade básica indígena. A transferência em área indígena é, em tese, fácil de vincular, uma vez que os índios se mudam geralmente para os municípios contíguos às suas aldeias. As taxas de abandono (6,2%) e de letalidade (3,8%) são aceitáveis, se comparadas às da população geral *não-índia* (tabela 8).

Conseguiram taxas de cura iguais ou superiores aos 85%, preconizados como taxa mínima pela Organização Mundial de Saúde, 11 (36,7%) DSEI: Altamira, Alto Rio Juruá, Araguaia, Bahia, Ceará, Kaiapó-PA, Mato Grosso do Sul, Parintins, Médio Rio Solimões e Afluentes, Tocantins e Vilhena. É preciso não perder de vista que os números são muito pequenos e que um caso a mais ou a menos tem grande expressão percentual.

## **6) O Plano de ação integrada DESAI-FUNASA / PNCT-MS**

Uma vez que a competência para prestar atenção à saúde indígena é da FUNASA, através do Departamento de Saúde Indígena (DESAI), a quem cabe toda a iniciativa, a participação do PNCT/SVS no controle da tuberculose nestas comunidades, prender-se-á apenas à *prestação de assessoria técnica aos DSEIs* para :

- Planejamento integrado das ações de controle da tuberculose.
- Assessoria para implantação/implementação das ações de diagnóstico e tratamento.
- Participação de instrutores na capacitação de recursos humanos multiplicadores.
- Assessoria para realização das oficinas de avaliação operacional e epidemiológica.

### *Objetivos Gerais*

- Integrar as instâncias ministeriais de governo, mobilizar organismos nacionais e internacionais, governamentais e privados para o controle da tuberculose nas comunidades indígenas brasileiras, como parte do combate à moléstia no país e como medida de preservação étnica;
- Diminuir a incidência, a transmissão, a mortalidade e a letalidade pela tuberculose nas comunidades indígenas brasileiras a níveis pelo menos compatíveis com os índices nacionais.

### *Objetivos Específicos:*

- Estender as ações de controle da tuberculose a 100% dos DSEIs onde a doença seja prevalente, elegendo prioridades a cada ano, de acordo com o comportamento epidemiológico da enfermidade;
- Descentralizar as ações de diagnóstico bacteriológico e de tratamento/acompanhamento de casos para os Postos de Saúde Indígenas das aldeias;
- Intensificar a descoberta precoce de casos, através da busca ativa e continuada de sintomáticos respiratórios nas aldeias e nas Casas de Saúde Indígenas (CAsAI) para investigação diagnóstica e pelo exame dos contatos de casos de tuberculose pulmonar, utilizando recursos básicos como baciloscopia e PPD, mas garantindo de forma eficaz acessibilidade à unidade de referência para a realização de radiografia e cultura;
- Expandir o tratamento supervisionado a todos os Postos Indígenas de Saúde nos Pólos Bases onde a doença for prevalente, garantindo a cura e minorando o abandono;
- Proteger com quimioprofilaxia os grupos mais vulneráveis ao adoecimento, de acordo com o Manual do MS no que dispõe especificamente sobre a profilaxia da tuberculose em comunidades indígenas;

- Capacitar em serviço de forma continuada<sup>4</sup> os profissionais de saúde das equipes multidisciplinares de saúde dos Pólos Bases, como agentes multiplicadores, nas ações de controle da tuberculose;
- Capacitar profissionais das Coordenações Regionais da FUNASA para prestarem assessoria e apoio técnico nas ações de diagnóstico e tratamento aos Pólos Bases, de forma descentralizada, se possível em função comissionada;
- Contratar e capacitar técnicos em radiologia para operar equipamento transportável em áreas estratégicas da Amazônia Legal;
- Manter um sistema de informações atualizado para o acompanhamento do comportamento da doença e para permitir elaborar periodicamente o elenco de prioridades;
- Realizar anualmente oficinas regionalizadas de avaliação epidemiológica e operacional;
- Desenvolver ações educativas em saúde, comunicação e mobilização social, enfocando a prevenção da enfermidade e a promoção da saúde, utilizando, sempre que possível, o idioma nativo;
- Preparar e distribuir material instrucional para utilização em treinamentos na ponta destinado a todas as categorias profissionais;
- Manter registro atualizado de dados sobre a descoberta e tratamento dos casos e de baciloscopias realizadas nos Postos Indígenas (livro Preto e Livro Branco).

### *Metas*

- Examinar 100% dos sintomáticos respiratórios e contatos de casos pulmonares utilizando baciloscopia direta de escarro, PPD e radiografia para a descoberta de casos novos e para definir grupos de risco;
- Descobrir e tratar precocemente 100% dos casos de tuberculose em todos os DSEIs, com ênfase para os considerados prioritários;
- Curar pelo menos 85% dos casos detectados que iniciarem tratamento;

---

<sup>4</sup> A contratação de técnicos via convênios e de forma temporária, aumenta a rotatividade dos profissionais, prejudicando o rendimento das capacitações que, desta forma, precisam ser amiúde repetidas.

- Manter o abandono de tratamento em percentuais aceitáveis, abaixo de 5%;
- Implantar o tratamento supervisionado em 100% dos Postos de Saúde Indígenas , mormente para os casos bacilíferos e os de ré-tratamento;
- Proteger com quimioprofilaxia 100% dos contatos de casos bacilíferos de alto risco de adoecimento;
- Fazer gestões para a rápida disponibilização e democratização dos dados sobre a tuberculose no SIASI, facilitando o planejamento e monitoramento das ações;
- Realizar duas oficinas regionais ao final de cada ano<sup>5</sup>, reunindo os Chefes e os Coordenadores Técnicos dos DSEIs, para avaliação e programação das ações.

*Monitoramento e acompanhamento:*

*Indicadores gerais*

- Cobertura das ações de controle da tuberculose por DSEI, Pólo Base e População

*Indicadores epidemiológicos*

- Coeficiente de incidência
- Coeficiente de incidência de bacilíferos
- Coeficiente de mortalidade por tuberculose
- Coeficiente de incidência de meningite e de tuberculose miliar.

*Indicadores operacionais*

- Proporção de casos de tuberculose pulmonar com baciloscopia não realizada no total de casos de tuberculose pulmonar.
- Taxa de baciloscopias de primeira vez para diagnóstico realizadas em relação ao programado;
- Proporção de baciloscopias positivas no total de baciloscopias realizadas para diagnóstico;
- Cobertura vacinal pela BCG.
- Taxa de cura em estudo de coorte

---

<sup>5</sup> São 34 DSEIs, havendo necessidade de dividir o evento em pelo menos duas etapas.

- Taxa de abandonos de tratamento.
- Taxa de óbitos por tuberculose.
- Taxa de altas por transferência.
- Taxa altas por mudança de diagnóstico.
- Taxa de falência.
- Taxa de TBMR.

### **Bibliografia consultada**

- Baruzzi RG. Atenção à saúde dos índios no Brasil. Da criação da FUNAI aos dias atuais. Boletim da Unidade de Saúde e Meio Ambiente 1993.
- Coordenação de Monitoramento de Ações e Serviços (COMOA) – FUNASA/MS. Relatório anual. Brasília: 2002.
- Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária/Centro de Referência Prof. Hélio Fraga – FNS/MS. Plano nacional de controle da tuberculose. Brasília: 1999.
- Cunha MC. História dos índios no Brasil. 2ª ed. São Paulo: Schwarcz; 1988.
- Denevan WM. The native population of the Americas in 1492. Madison: University of Wisconsin Pres; 1976.
- Departamento de Saúde Indígena / FUNASA-MS. Informe de saúde indígena. 2001.
- Fundação Nacional do Índio. Relatório do Departamento de Saúde. Brasília 1998
- Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília 2002.
- FUNASA, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, “Controle da Tuberculose uma Proposta de Integração Ensino-Serviço, 5ª ed, RJ 2002
- Kritski, Afrânio L. et al, “Tuberculose do Ambulatório à Enfermaria”; Atheneu.2 ed. São Paulo 2000
- Ministério da Saúde, “Manual Técnico para o Controle da Tuberculose”. Série A. Caderno de Atenção Básica nº 6; Normas e Manuais;BrasíliaDF 2002.

- Moura RCS. Expectativa de vida dos povos indígenas brasileiros.1994 Brasília:FUNAI; (mimeo).
- Ribeiro D. Os índios e a civilização. 3ª ed. São Paulo: Schwarcz; 1996.
- Índios – História, Antropologia – PSE: *na.locaweb.com.br*
- *www.suapesquisa.com/indios*

Brasília,

Jorge Meireles Amarante  
Consultor

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.  
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.