

A TUBERCULOSE NAS COMUNIDADES INDÍGENAS BRASILEIRAS NA VIRADA DO SÉCULO

Jorge Meireles Amarante¹ e Vera Lúcia de Araújo Costa²

Resumo

Os autores fazem um estudo retrospectivo do comportamento da tuberculose nas comunidades indígenas no ano 2000, a partir de um consolidado de dados enviados ao Departamento de Saúde Indígena da Fundação Nacional de Saúde por 21 (61,8%) dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas implantados em todas as regiões do território brasileiro, responsáveis pela execução das ações de assistência à saúde destes povos. Foram avaliados dados relativos à descoberta de casos de tuberculose, ao resultado do tratamento dos casos que tiveram alta no período, e aos indicadores como coeficiente de incidência, de letalidade, de mortalidade, de taxa de cura e de abandono de tratamento. Nos Distritos que informaram, foram descobertos 526 casos novos de tuberculose, sendo que 290 (55,1%) foram confirmados pela baciloscopia direta do escarro. O coeficiente médio de incidência de todas as formas da doença foi de 264,5 por 100.000 habitantes e de 139,6 por 100.000 nas formas confirmadas bacteriologicamente. A letalidade nos casos confirmados chegou a patamares superiores a 10% e a taxa média de abandono de tratamento, nesses casos, chegou a 10,7%. Isto tudo resulta em uma baixa taxa de cura dos pacientes submetidos ao tratamento, da ordem de apenas 73,0%, mostrando ser a tuberculose um sério problema de saúde também entre as comunidades indígenas.

Palavras chave: tuberculose, epidemiologia

Summary

The authors make a retrospective study of the behavior of the tuberculosis in the indigenous communities in the year of 2000, starting from a consolidated of data correspondents to the Department of Indigenous National Foundation of Health for 21 (61,8%) of the 34 Special Sanitary Indigenous Districts implanted in all the areas of the Brazilian territory, responsible for the execution of the actions of attendance to the health of the people. There were lifted up data about the discovery of tuberculosis cases, the result of the treatment of the cases that had increased in the period, and indicators as incidence coefficient, lethality, mortality, rates of cure and of treatment abandonment. In the Districts that it had informed, were discovered 526 new cases of tuberculosis, as long as 290 (55,1) were confirmed by the examination of the sputum. The medium coefficient of incidence of all the forms of the disease reached 264,5 for 100.000 inhabitants and only in the confirmed cases 139,6 for 100.000. The lethality in the confirmed cases reached levels superior to 10%. Everything results in a low rate of the patients' cure submitted to the treatment, of the order of only 73,0%, showing to be also the tuberculosis a serious problem of health among the indigenous communities.

Key words: tuberculosis, epidemiology

Introdução

Os povos indígenas desapareceram da face da terra como conseqüência do que hoje se chama, num eufemismo envergonhado, “o encontro de sociedades do antigo e do novo mundo”. Tal fato foi conseqüência de um processo complexo, cujos agentes foram homens e microorganismos, mas cujos motores últimos podem ser reduzidos a dois: ganância e ambição, formas culturais da expansão do que se convencionou chamar “capitalismo mercantil” (Cunha, 1988). Motivos mesquinhos e não uma deliberada política de extermínio, conseguiram o espantoso resultado de reduzir uma população que estava na casa dos 4 milhões em 1.500 (Denevan, 1976) para os poucos 320 mil índios que hoje habitam o Brasil.

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, sarampo e malária. 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, sorva, 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 (Moura, 1994).

Dos quatro grupos indígenas existentes hoje no Brasil, classificados por Darcy Ribeiro em 1) isolados; 2) contato intermitente; 3) contato permanente; 4) integrados (Ribeiro, 1996), apenas os isolados e, talvez,

alguns poucos de contato intermitente, podem 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 indígena e ao intenso intercâmbio de pessoas entre as cidades e as aldeias, incumbem-se, ainda hoje, de disseminar a tuberculose entre os índios.

A população indígena brasileira é estimada em 350 mil pessoas pertencentes a cerca de 210 povos que falam mais de 170 línguas diferentes e expressam das formas mais diversas os seus valores culturais. Os povos indígenas estão presentes em todos os estados brasileiros, exceto no Piauí e no Rio Grande do Norte, vivendo em 567 terras indígenas, ocupando cerca de 12% do território nacional (DESAI, 2001). A partir de 1999 a responsabilidade pela atenção integral à saúde indígena no Brasil passou a ser exclusivamente da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), através de seu Departamento de Saúde Indígena (DESAI), que traçou um novo modelo de assistência para todo o território nacional, dividindo as terras indígenas em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DISEIs), considerando os diferentes aspectos geográficos, sócio-culturais, econômicos e epidemiológicos. Esses Distritos Sanitários, por sua vez, são divididos em um número variável de Pólos Bases, dependendo da região, onde existe uma equipe multidisciplinar de saúde que atua como referência primária para as diversas aldeias.

Metodologia

Pelo fato de ainda encontrar-se em fase de organização e implantação, a base de dados informatizados do DESAI, a Coordenação de Monitoramento de Ações e Serviços (COMOA) enviou aos 34 DISEIs formulário para preenchimento com dados específicos da tuberculose no ano de 2000, inspirado nos instrumentos utilizados nacionalmente pela Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária do Ministério da Saúde, do qual constavam informações básicas sobre o comportamento da tuberculose no ano 2000 nas comunidades indígenas, que foram consolidados e analisados em nível central.

Os dados demográficos foram obtidos no SIASI (Sistema de Informação da Atenção a Saúde Indígena) nos distritos onde o censo foi concluído e informado. Em alguns DISEIs, foi utilizada a população estimada pelo nível local, repassadas pela FUNAI.

Foram encaminhados em tempo hábil a todos os DISEIs três planilhas para preenchimento, nas quais eram solicitadas informações do ano de 2000, sobre:

- descoberta de casos novos de tuberculose, segundo a forma clínica e a faixa etária em 2000;
- descoberta de casos de retratamento, segundo a forma clínica e o motivo do reingresso no sistema de saúde (recidiva ou readmissão após abandono de tratamento);
- resultado do tratamento segundo o motivo da alta e a forma clínica dos casos que encerraram tratamento no ano de 2000.

As tabelas 1, 2 e 3, que serão analisadas adiante reproduzem esses instrumentos de coleta de dados.

Foram obtidas informações de 21 (61,8%) DISEIs e suas respectivas etnias:

Alagoas/Sergipe: Kalankó, Tinguf, Botó, Wassú, Coeal, Xucuru, Kariri, Genipankó, Karuazu, Kariri, Xokó, Karapató; **Amapá/Norte do Pará:** Tyrió, Karipuna, Palikur, Galibí, Marworno, Waiãpí; **Altamira:** Arara, Kuruaia, Kararaó, Parakanã, Araweté, Apiterewa, Xikrim, Assuriní, Juruna; **Alto Rio Juruá:** Katukina, Kaxinawa, Kulina, Kampa, Nukini, Poyanawa, Jaminawa, Yauanauwá; **Alto Rio Purus:** Jaminawa, Manxineri, Kulina, Kaxinawá, Apurinã, Baware, Jamamadi, Kaxarari; **Alto Rio Negro:** Tucano, Desana; **Araguaia:** Karajá, Tapúia, Tapirapé; **Interior Sul:** Kaingang, Guarani, Xokleng, Krenak, Terena; **Kaiapó (PA):** Kaiapó; **Kaiapó (MT):** Kaiabi, Munduruku, Apiaka, Kaiapó; **Maranhão:** Guajá, Guajajara, Gavião, Kaapor, Kanela, Timbira, Krikati; **Parintins:** Sateré-Mawé, Hixkaryana, Wai-Wai, Mawayana, Xereu, Zatuena, Zoé; **Porto Velho:** Makurap, Tupari, Kanoé, Aruá, Jaboti, Uru-eu-wau-wau, Juma, Oró-Naó, Oro

Bone, Oro Waran, Oro Win, Oro Mixem, Oro Dão, Gavião, Zoró, Arara, Parintintim, Karipuna, Karitiana, Arikapu, Tenharim, Pirahã; **Potiguara:** Potiguara; **Cuiabá:** Bororo, Iranxe, Menky, Pareci, Bakari, Umutina, Nambikwara, Enawenê-Nawê; **Rio Tapajós:** Munduruku, Kayabi; **Mé-
dio Solimões :** Kambeba, Mayoruna, Miranha, Kulina, Kanamari, Deni, Kaixana, Madijá, Tikuna, Katukina, Kokama; **Tocantins:** Kraô, Javaé, Apinajé, Karajá, Xambioá, Xerente; **Vilhena:** Zoró, Arara, Cinta Larga, Nambikwara, Sabanê, Kithaulu, Rikbaksa, Kayabi, Negarotê, Munduruku, Apiaka, Paresi, Suruf, Aikanã, Kwazá, Latundê, Makurape, Tupari, Sakirabia; **Xavante:** Xavante, Bororo; **Yanomami:** Yanomami, Yekuana.

As análises e as conclusões devem ser encaradas com juízo crítico e por uma ótica complacente, em virtude de não existirem ainda parâmetros sobre o comportamento da tuberculose em comunidades indígenas, a não ser em raros estudos pontuais; de ser escassa a bibliografia disponível sobre saúde, de um modo geral e, especificamente, sobre a tuberculose entre os índios; das enormes dificuldades encontradas para a obtenção de dados, em virtude das grandes distâncias entre as aldeias e os Pólos Bases, da extrema dificuldade de acesso às aldeias em algumas regiões, da inexistência de um sistema de informações confiável, da carência de recursos humanos, dentre outros.

As informações foram solicitadas em novembro de 2000. Em 20 de fevereiro de 2001, os dados disponíveis foram consolidados da forma que se segue:

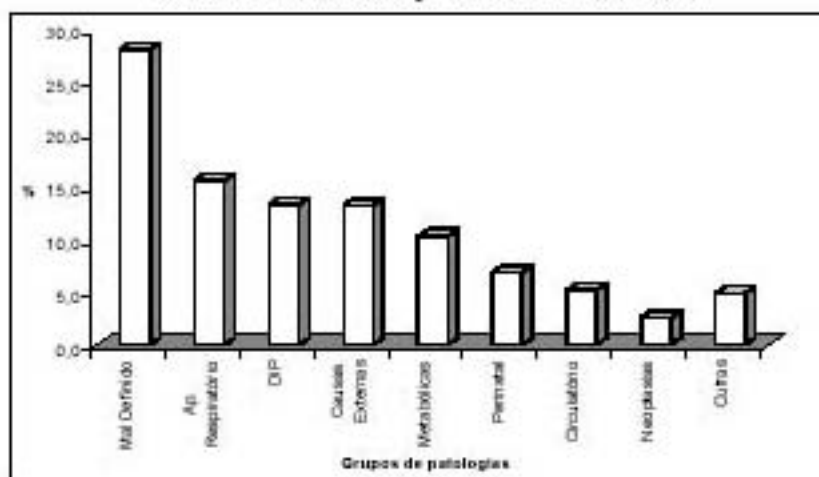
Resultados e discussão

Tuberculose como causa de mortalidade

Consideradas as categorias de patologias relacionados na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), a tuberculose está incluída entre as Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP) que representa a segunda causa conhecida de morte entre os índios dos DISEIs que informaram (Gráfico 1).

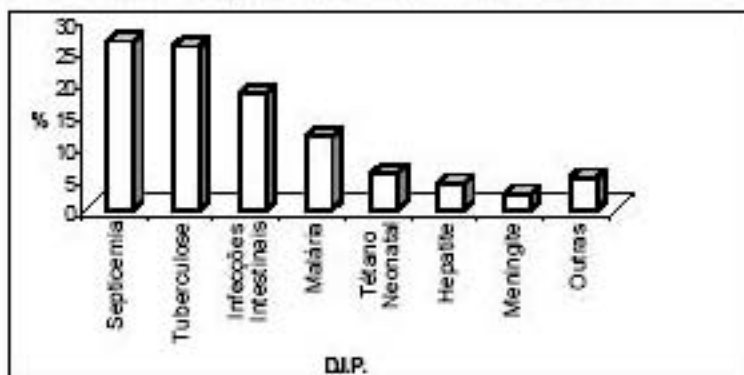
A maior parte dos óbitos ocorre no grupo das causas mal definidas, apontando para a deficiência do sistema de informação, e, principalmente, para a grande ocorrência de óbitos sem assistência médica.

Gráfico 1 – Mortalidade por causas – DESAI – 2000



Fonte: DESAI / FUNASA-MS

Gráfico 2 – Mortalidade por doenças Infecciosas e Parasitárias – DESAI - 2000



Fonte : DESAI / FUNASA-MS

O diagnóstico de tuberculose aparece como a segunda causa de mortalidade entre as DIP, suplantando, inclusive, os óbitos decorrentes das doenças diarreicas, muito mais significativas na demanda aos serviços de saúde (Gráfico 2).

É preciso ter em mente que existe um número considerável de casos de tuberculose sem confirmação bacteriológica, muitos dos quais envolvidos no obituário, que podem corresponder a um viés no diagnóstico. Entretanto, o registro chama a atenção para a tuberculose como um sério problema de saúde das comunidades indígenas.

Para um total de 1575 óbitos por todas as causas informados até o dia 20 de fevereiro de 2001, a tuberculose contribuiu com 47 (3,0 %).

Tuberculose como causa de morbidade

Num total de 253.944 atendimentos por todas as causas informadas no período de março a dezembro 2000, 104.145 (41,0%) deveram-se às doenças infecciosas e parasitárias (DIP). Foram realizados, no mesmo período, 665 consultas por tuberculose, correspondendo a apenas 0,63% dos atendimentos por DIP e a 0,26% da demanda por assistência em saúde por todas as causas (DESAI, 2000).

Como se pode notar, embora sendo muito pequena a demanda ao atendimento por tuberculose na rede ambulatorial, o que faz suspeitar de que não esteja existindo um acompanhamento sistematizado dos doentes, é muito significativa a participação da tuberculose no obituário geral.

Descoberta de casos

Nos Distritos que prestaram informação, foram descobertos 526 casos novos de tuberculose, dos quais 290 (55,1%) foram confirmados bacteriologicamente e os restantes - 236 (44,1%) - foram casos pulmonares em que o diagnóstico foi presuntivo ou de localização extrapulmonar (Tabela 1).

No diagrama encontramos as formas clínicas da tuberculose distribuídas de acordo com as faixas etárias de adultos e crianças. Estão dispostos em grafia normal os parâmetros nacionais preconizados pelo MS e em itálico o que foi encontrado nos DISEIs que informaram.

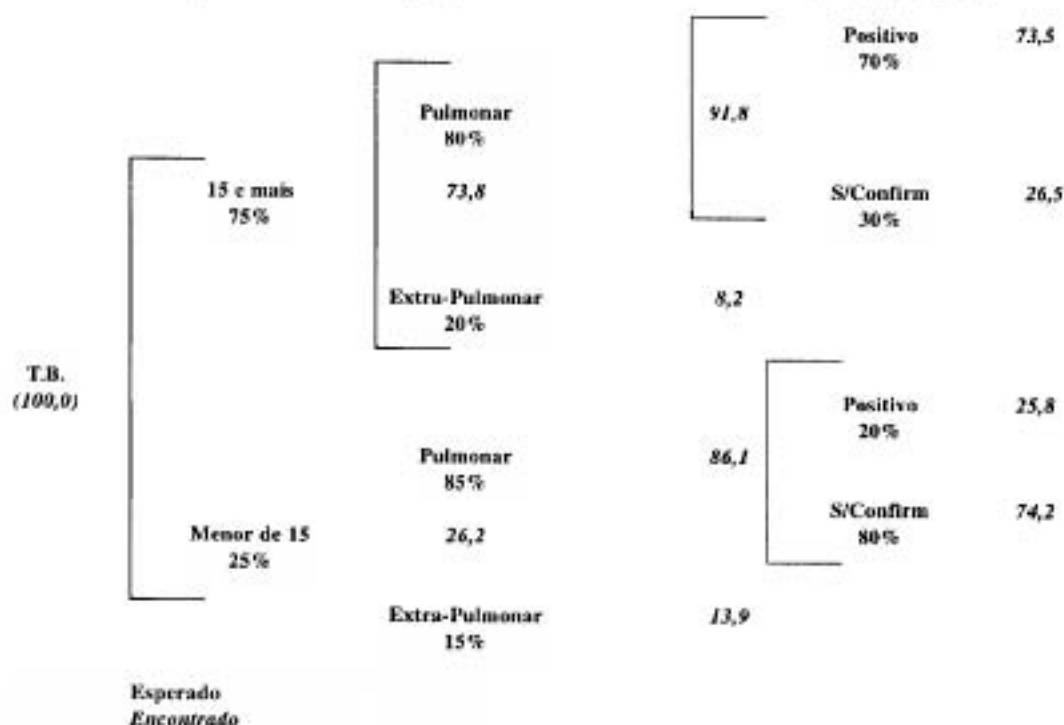
Nota-se que existe um exagero de formas de tuberculose incidindo sobre os menores de 15 anos, faixa etária em

Tabela 1 - Descoberta de casos novos de tuberculose reportados, por faixa etária, segundo forma clínica
DESAI - 2000

Forma Idade	Pos	Pulmonar Neg	Não Real.	Mening.	Extrapulmonar Gang.	Outras	TOTAL
Menos 15	32	42	50	2	13	5	144
15 e +	258	76	17	0	13	18	382
Total	290	118	67	2	26	23	526

Incluídos DISEIs: Xingu, Litoral Sul (dados parciais) e Ceará, ou dados relativos a 24 Distritos.
Fonte: DESAI / FUNASA-MS

Diagrama 1 - Distribuição percentual das formas de tuberculose - DESAI - 2000



Observa-se que, em um número considerável de pacientes pulmonares na faixa etária de 15 anos e mais sem confirmação bacteriológica (17), a baciloscopia direta de escarro não foi sequer realizada, o que somente seria admissível em raríssimos casos em que o tuberculoso adulto não consegue fornecer material para exame (comatosos, doentes mentais).

que o diagnóstico bacteriológico é mais difícil, baseado, quase sempre, somente em sinais clínicos e radiológicos. Entretanto, é importante observar que o número de casos positivos entre as crianças está acima do esperado, o que aponta para a gravidade da doença na comunidade indígena, em que as pessoas estariam sendo infectadas em idades muito baixas e apresentando formas de tuberculose pós-primária muito cedo.

Em todas as idades, há uma predominância maior do que seria esperado de formas pulmonares sobre as extrapulmonares, demonstrando as dificuldades técnicas existentes nos DISEIs para diagnosticar estas últimas, por falta de recursos propedêuticos diferenciados, que geralmente só existem nos centros urbanos maiores.

Embora em algumas regiões seja conspícuo o hábito de fazer diagnóstico de formas pulmonares com base unicamente em dados clínicos e radiológicos, de um modo geral, a confirmação do diagnóstico pela baciloscopia direta de escarro ocorre mais ou menos dentro do esperado, sugerindo um bom rendimento laboratorial e um diagnóstico clínico de qualidade aceitável.

Tabela 2 – Casos de retratamento por forma clínica reportados, segundo a natureza do reingresso no sistema DESAI - 2000

Forma	Pulmonar		Extra-pulmonar	Total
	Reingresso	Confirmado S/Confirmação		
Recidiva	28	22	10	60
Readmissão	43	12	6	61
S/Informação	25	5	14	44
Total	96	39	30	165

Fonte : DESAI / FUNASA-MS

No total de casos positivos descobertos (novos+reingresso), os casos de retratamento confirmados pela baciloscopia direta corresponderam a 24,8% da prevalência de bacilíferos, o que sugere uma alta taxa de "cronificação" e, portanto, um baixo rendimento do tratamento às custas, provavelmente, de altas taxas de abandono subnotificado (Tabela 2).

Resultado de tratamento

Tabela 3 - Resultado de tratamento dos casos de tuberculose reportados que tiveram alta no período, segundo a forma clínica - DESAI - 2.000

Forma	Pulmonar		Extra-pulmonar	Total
	Alta	Sem Positivo Confirmação		
Cura	211	143	34	388
Abandono	31	10	2	43
Óbito por TB	30	9	1	40
Óbito Outra causa	5	4	0	9
Transferência	9	3	3	15
Mudança Diagnóstico	0	19	0	19
Sem Informação	3	0	1	4
Total	289	188	41	---

Fonte : DESAI / FUNASA-MS

Dentre os casos que concluíram tratamento em 2.000, 477 (92,1%) eram pulmonares e apenas 29 (7,9%) extrapulmonares (Tabela 3).

No total de casos, 55,8% foram formas confirmadas bacteriologicamente, porém, entre os pulmonares, apenas 60,6% o foram, mostrando um exagero de diagnósticos firmados com base apenas em dados clínicos e radiológicos.

Consideradas todas as formas clínicas da tuberculose a cura alcançou 74,9%, o que é um percentual reduzido considerada a meta nacional de curar pelo menos 85% dos casos que iniciam tratamento.

O abandono, nesses casos, alcançou somente 8,3% dos pacientes tratados, o que pode corresponder a subregistro, embora as populações indígenas sejam geralmente pequenas, permitindo um controle mais efetivo desses eventos, tanto que é muito baixo o percentual de casos sem informação do resultado do tratamento (0,8%).

A letalidade pela tuberculose correspondeu a 7,7% de todos os casos tratados, sugerindo um retardo no diagnóstico da doença e, conseqüentemente, a existência de formas muito graves, muito avançadas da enfermidade. Pelos parâmetros, a taxa máxima tolerável é de 5%.

Quando considerados apenas os casos confirmados pela baciloscopia de escarro, sobre os quais existem teoricamente poucas dúvidas de precisão do diagnóstico, a cura é igualmente muito reduzida, apenas 73,0%.

A taxa de abandono sobe para 10,7% nos casos positivos e a letalidade sobe para 10,4%, apontando para a extrema gravidade da situação. Vale dizer, os pacientes não estão logrando a cura, talvez muito menos por causa do abandono de tratamento, e muito mais pelo exagerado número de casos confirmados que chegam ao êxito letal.

Indicadores epidemiológicos

Em que pesem insistentes gestões do DESAI junto às Coordenações, apenas 21 (61,8) DISEI prestaram informações sobre a tuberculose (Tabela 4).

Tabela 4 – Indicadores de morbidade referida pela tuberculose por DISEI - DESAI - 2000

Indicadores DISEI	Nº Casos	Nº Pos.	%	População	C.I.TB % ^{ooo}	C.I.TB Pos % ^{ooo}
1 – Alagoas e Sergipe	2	2	100,0	6424	31,1	31,1
2 – Amapá e Norte do Pará	11	11	100,0	5712	192,6	192,6
3 – Altamira	0	0	0,0	1561	0,0	0,0
4 – Alto Juruá	27	26	96,3	6581	410,3	395,1
5 – Alto Rio Purus	14	9	64,3	5433	257,7	165,7
6 – Alto Rio Negro	75	21	28,0	31407	238,8	66,9
8 – Araguaia	15	10	66,7	2484	603,9	402,6
12 – Interior Sul	6	2	33,3	30859	19,4	6,5
14 – Kaiapó Redenção	43	14	32,6	3282	1310,2	426,6
15 – Kaiapó – MT	17	2	11,8	2718	625,5	73,6
20 – Maranhão	69	36	56,5	16848	409,5	213,7
23 – Parintins	14	7	50,0	8439	165,9	82,9
25 – Porto Velho	26	9	34,6	6600	393,9	136,4
26 – Potiguara	2	2	100,0	7331	27,3	27,3
27 – Cuiabá	8	8	100,0	4294	186,3	186,3
28 – Rio Tapajós	31	27	87,1	8011	387,0	337,0
29 – Médio Solimões	14	14	100,0	7697	181,9	181,9
30 – Tocantins	13	6	46,2	5954	218,3	100,8
31 – Vilhena	35	22	62,9	5452	642,0	403,5
32 – Xavante	36	17	47,2	9903	363,5	171,7
34 – Yanomami	44	20	45,5	12795	343,9	156,3
Total	502	265	52,8	189785	264,5	139,6

Fonte : DESAI / FUNASA-MS

Considerando o total de casos de tuberculose registrados de todas as formas clínicas da doença, o coeficiente de incidência de tuberculose na amostra alcançou 264,5 casos por 100.000 habitantes. Considerando os casos positivos, a incidência foi de 139,6 por 100.000.

A incidência de casos positivos variou de zero em Altamira, a 426,6 %^{ooo} nos Kaiapó de Redenção no Pará. As maiores taxas de incidência de casos positivos foram encontradas, por ordem de magnitude, em Redenção (426,6), Vilhena (403,5), Araguaia (406,2), Rio Tapajós (337,0), Amapá e Norte do Pará (192,6), Cuiabá (186,3), Médio Solimões (181,9), Xavante (171,7) e Alto Purus (165,7), todos acima de 150 casos por 100.000 habitantes.

Em alguns DISEIs (Alagoas/Sergipe, Amapá/Norte do Pará, Potiguara, Cuiabá e Médio Solimões) a incidência de casos positivos foi exatamente igual à de casos de todas as formas de tuberculose, o que é improvável, apontando para uma certa dificuldade em diagnosticar casos pulmonares sem confirmação bacteriológica, principalmente nas crianças, e formas extrapulmonares.

Conclusões

- ✓ A tuberculose representa um importante problema de saúde para as comunidades indígenas, sendo a sétima causa de demanda aos serviços de saúde por doenças infecciosas e parasitárias (DIP), constituindo-se na segunda causa de mortes por DIP e na nona por todas as causas no ano 2000.
- ✓ A tuberculose entre os índios apresentou, em 2000, uma incidência média anual de casos confirmados bacteriologicamente de 139,6 por 100.000 habitantes, muitas vezes maior que a incidência nacional.
- ✓ Os baixos percentuais de cura, as altas taxas de abandono de tratamento, os coeficientes elevados de incidência e letalidade, ajustam-se aos critérios que definem as áreas prioritárias para investimento no controle da tuberculose, estabelecidos pela Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária do Ministério da Saúde (CRHF/CNPS,1999).
- ✓ É preciso melhorar o sistema de informação em saúde, através do decisivo apoio à implantação plena do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indí-

gena (SIASI) em todos os DISEIs, para que se tenha uma base de dados confiável, que permita o planejamento adequado das ações de controle da tuberculose a serem implementadas.

- ✓ Em virtude das peculiaridades sócio-culturais das comunidades indígenas, um conjunto de ações sistematizadas para o controle da tuberculose deve ser implementado, em estreita integração com os programas dos estados e municípios aos quais os índios são vinculados.

Referência bibliográfica

1. Coordenação de Monitoramento de Ações e Serviços (COMOA) - DESAI/FUNASA. Relatório anual. Brasília: 2000.
2. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária/ Centro de Referência Prof. Hélio Fraga – FNS/MS. Plano nacional de controle da tuberculose. Brasília: 1999.
3. Cunha MC. História dos índios no Brasil. 2ª ed. São Paulo: Schwarcz; 1988.
4. Denevan WM. The native population of the Americas in 1492. Madison: University of Wisconsin Press; 1976.
5. Departamento de Saúde Indígena / FUNASA-MS. Informe de saúde indígena. 2001.
6. Moura RCS. Expectativa de vida dos povos indígenas brasileiros. 1994 Brasília:FUNAI; (mimeo).
7. Ribeiro D. Os índios e a civilização. 3ª ed. São Paulo: Schwarcz; 1996.