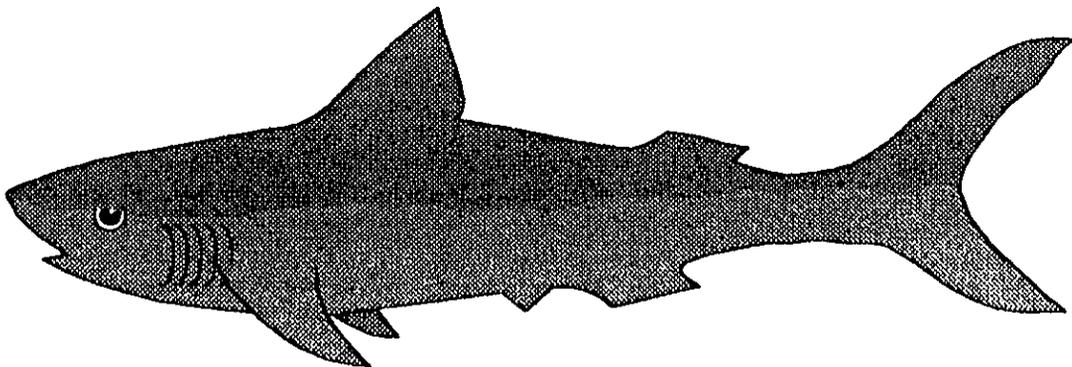


**Estudo preliminar da situação de saúde das  
comunidades indígenas do Alto Rio Negro da área  
de abrangência do município de São Gabriel da  
Cachoeira - Amazonas**



**Março de 2.000**

**Jorge Meireles Amarante**

349 73 77

## SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA – CONSOLIDADO 1998\*

( Jorge Meireles Amarante - Médico Colaborador do DSAI - FUNASA - DF)

---

\* Dados obtidos dos Relatórios Bimestrais da Administração Regional da FUNAI de São Gabriel da Cachoeira - 1998, do Relatório Anual de 1999 do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) - SEMSA - São Gabriel da Cachoeira e do Relatório Anual do Departamento de Saúde da FUNAI/1998

---

### Apresentação

Este trabalho tem como objetivo fazer uma avaliação preliminar da situação de saúde com ênfase no controle da tuberculose dos índios da área de abrangência do município amazonense de São Gabriel da Cachoeira, a partir de dados coletados do sistema de informação em saúde do extinto Departamento de Saúde da FUNAI de Brasília (DES) e do relatório anual do PCT da Secretaria de Saúde do município, visando subsidiar o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), no ensejo de sua instalação, no planejamento das ações de saúde a serem futuramente implementadas na região.

Os aspectos analisados devem ser criteriosamente ponderados levando-se em conta as dificuldades na obtenção de dados fidedignos sobre a saúde indígena em todo o território nacional, mormente na Amazônia onde o acesso às aldeias indígenas é difícil e os recursos humanos e financeiros destinados às ações de saúde são escassos e poucos.

Em que pesem limitações que tais, o presente estudo poderá ser útil como paradigma inicial para avaliações futuras, que venham a ser feitas a partir de dados mais confiáveis gerados pelo sistema de informação ora em discussão nas hostes devidas, para breve implantação em todos os níveis de assistência.

### Introdução

O município de São Gabriel da Cachoeira está situado na região noroeste do estado do Amazonas, em localização equatorial às margens do rio Negro na fronteira com a Colômbia e a Venezuela, possuindo uma população

estimada em cerca de 10.000 habitantes, em sua grande maioria de origem indígena, constantemente incrementada pelo afluxo dos militares dos batalhões de fronteira e pela grande imigração decorrente do êxodo rural.

Os índios do Alto Rio Negro pertencem às famílias Aruak, Tukano, Maku e Yanomami, em um total de 22 etnias, com uma população estimada em cerca de 30.000 pessoas. A maior parte da população indígena encontra-se dispersa em aproximadamente 400 comunidades ao longo de cerca de 3.000 km .

Durante boa parte do ano o rio em seu alto curso, apresenta o leito pedregoso, repleto de cachoeiras que dificultam a navegação e, conseqüentemente, o acesso às regiões mais distantes, coincidentemente as mais povoadas.

Os índios da região experimentaram seus primeiros contatos com a população neobrasileira há pouco mais de três séculos, contatos que se intensificaram durante o ciclo extrativista da borracha, trazendo indeléveis sequelas sócio-culturais e econômicas para a população autoctone, além do extermínio direto de grandes parcelas da população indígena, seja pela violência efetiva na luta pela posse territorial, seja pela violência presumida com a introdução de doenças epidêmicas, como a varíola, o sarampo, a gripe, e endêmicas, dentre as quais se destacam a malária, a tuberculose e o alcoolismo.

A economia local se sustenta na agricultura de subsistência (mandioca, abacaxi, banana e outros), na caça, na pesca e no pequeno comércio que emprega a maior parte da mão de obra assalariada, geralmente indígena.

## **Morbidade**

Os dados de morbidade estão relacionados aos registros de demanda aos serviços de assistência, vale dizer, aos pacientes portadores de agravos que, por sua transcendência e pela facilidade de acesso ao atendimento, procuraram as unidades de saúde no período:

Tabela 1 - Principais grupos de patologias (CID) na demanda ambulatorial dos serviços de saúde segundo o bimestre – São Gabriel da Cachoeira/AM / 1998

MESES DOENÇA	JAN/FEV	MAR/ABR	MAI/JUN	JUL/AGO	SET/OUT	NOV/DEZ	TOTAL
DIP	446	114	136	295	158	90	1239
RESP	65	53	45	214	36	63	476
GPP	58	10	10	13	8	7	106
C.EXT	0	0	0	0	0	0	0
SINT/SIN	0	0	0	6	37	0	43
PELE	0	0	6	18	4	14	42
SN/OS	26	0	15	5	4	17	67
NUT/MET	0	0	0	5	3	0	8
SANGUE	24	0	40	43	53	47	207
CIRC	0	0	0	0	0	0	0
DIGEST	10	0	4	6	4	0	24
G.U.	0	0	0	0	20	24	44
OSTEO.	0	0	0	0	7	6	13
OUTRAS	23	25	18	23	21	20	130
<b>TOTAL</b>	<b>652</b>	<b>202</b>	<b>274</b>	<b>628</b>	<b>355</b>	<b>288</b>	<b>2399</b>

DIP - doenças infecciosas e parasitárias; Resp - doenças do aparelho respiratório; GPP - atendimento à gravidez, ao parto e ao puerpério; C.Ext - causas violentas (suicídio, homicídio, acidente); Sin/Sin - sintomas, sinais e afecções mal definidas; Pele - doenças da pele e do tecido celular subcutâneo; SN/OS - doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos; NUT/MET - doenças das glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo e transtornos imunitários; Sangue - doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos; Circ - doenças do aparelho circulatório; Digest - doenças do aparelho digestivo; G.U - doenças do aparelho gênito-urinário; Osteo - doenças do sistema osteo-muscular e do tecido conjuntivo.

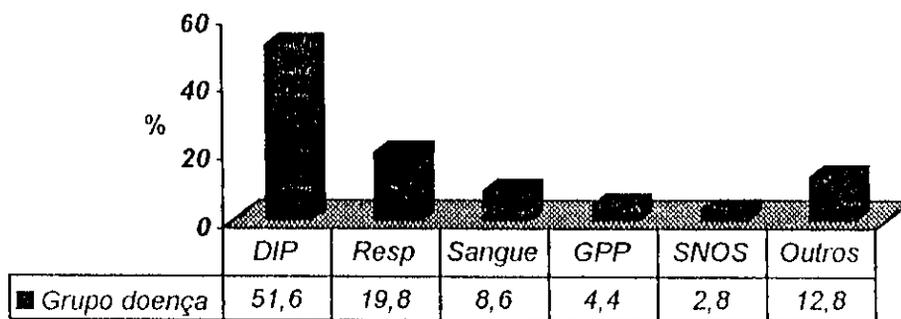


Figura 1 - Principais grupos de doenças (CID) na demanda ambulatorial - SGC AM 1998

- Mais da metade dos atendimentos ambulatoriais deveu-se às doenças infecciosas e parasitárias incluídas aí a tuberculose, a malária, a escabiose, mas principalmente as diarreias de origem infecciosa e as parasitoses intestinais;
  
- As doenças do aparelho respiratório corresponderam a quase 20% dos atendimentos por todas as causas, mostrando sua importância no quadro nosológico das comunidades indígenas da região;
  
- As doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos, que aparecem como a terceira maior causa de demanda aos serviços de saúde, correspondem, em sua maioria, às anemias microcíticas hipocrômicas ferroprivas decorrentes das doenças parasitárias intestinais;
  
- Mesmo não parecendo existir um atendimento diferenciado para as gestantes, é conspicuo o percentual de atendimentos dispensado as grávidas, apontando para a necessidade de implantação de um programa de atenção específica a este grupo de risco, garantindo fácil acesso à um atendimento sistematizado que independa de demanda;
  
- Os atendimentos aos agravos do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos referem-se quase que exclusivamente às conjuntivites, geralmente virais, e às otites bacterianas, que talvez estivessem mais adequadamente agrupadas entre as doenças infecciosas e as respiratórias, respectivamente, que propriamente entre as doenças dos órgãos dos sentidos.

Tabela 2 – Doenças Infecciosas e Parasitárias na demanda ambulatorial dos serviços de saúde por bimestre – São Gabriel da Cachoeira/AM 1998

MESES DIP	JAN/FEV	MAR/ABR	MAI/JUN	JUL/AGO	SET/OUT	NOV/DEZ	TOTAL
DIARRÉIA	91	10	34	135	12	19	301
VERME	325	67	55	114	103	54	718
TB	3	8	6	5	5	3	30
MALÁRIA	0	0	5	2	15	2	24
SARNA	25	28	31	39	23	0	146
MH	0	1	0	0	0	0	1
MICOSE	2	0	5	0	0	12	19
OUTRAS	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>446</b>	<b>114</b>	<b>136</b>	<b>295</b>	<b>158</b>	<b>90</b>	<b>1239</b>

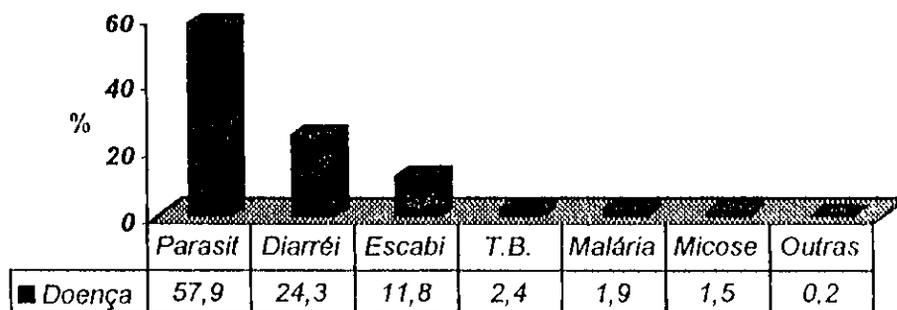


Figura 2 - Principais doenças infecciosas e parasitárias na demanda ambulatorias - SGC - AM 1998

- Entre as doenças infecciosas e parasitárias as doenças de veiculação predominante hídrica, como as parasitoses intestinais e as diarréias, e que acometem principalmente as crianças, se destacam sobre as demais, correspondendo a mais de 80% do atendimento por DIP. É previsível, portanto, o enorme impacto que o saneamento básico e a educação para a saúde poderiam causar na do padecimento e da demanda por atendimento na área de saúde;
- É preciso não esquecer, entretanto, que algumas doenças infecciosas e respiratórias de evolução aguda, podem incidir mais de uma vez em uma mesma pessoa no período de um ano, o que, de certa forma, realça sua importância epidemiológica;

- Impressiona saber que a tuberculose representa a quarta causa de demanda aos serviços de saúde por DIP, suplantando inclusive a malária, apontando para uma possível incidência alta da enfermidade na comunidade indígena, convertendo a tuberculose em um importante problema de saúde a ser combatido, mesmo sabendo-se que existe no município um Programa de Controle da enfermidade que garante, certamente, um número maior de consultas a um mesmo paciente para controle de tratamento, levando-se em conta a evolução arrastada da tuberculose;

Tabela 3 - Doenças do Aparelho Respiratório na demanda ambulatorial dos serviços de saúde segundo o bimestre – São Gabriel da Cachoeira/AM / 1998

MESES RESP	JAN/FEV	MAR/ABR	MAI/JUN	JUL/AGO	SET/OUT	NOV/DEZ	TOTAL
IVAS	65	53	43	214	33	55	463
PNEUMO	0	0	2	0	0	0	2
BRONQ	0	0	0	0	3	8	11
OUTRAS	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>65</b>	<b>53</b>	<b>45</b>	<b>214</b>	<b>36</b>	<b>63</b>	<b>476</b>

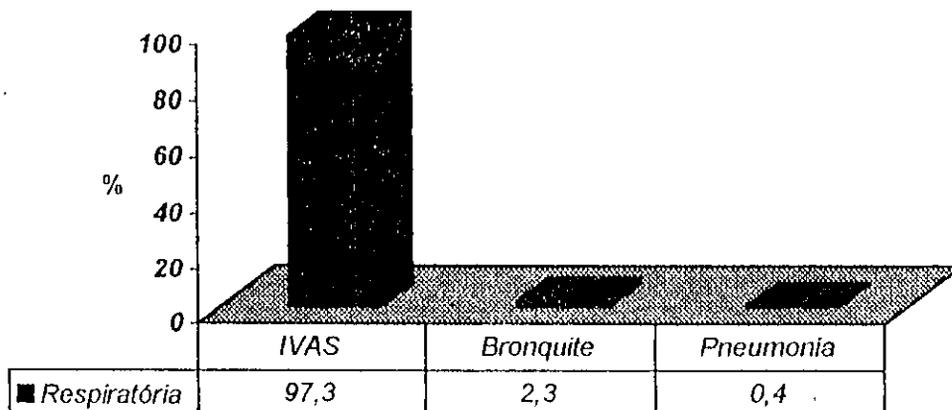


Figura 3 - Doenças respiratórias na demanda ambulatorial - SGC - AM 1998

- Entre as doenças respiratórias as infecções das vias aéreas superiores representam quase que a totalidade dos atendimentos, o que deve, em parte, corresponder a subnotificação de casos de asma, de pneumonias e outras patologias, as vezes por dificuldade em diagnosticar. Também é provável que o grande contingente de pneumonias faça parte muito mais da mortalidade que da morbidade.

## Mortalidade

São conhecidas as dificuldades encontradas no Brasil para a notificação de óbitos e principalmente para a determinação de suas causas. Este fato se agrava quando se trata de populações indígenas por razões culturais ( o índio mantém uma certa reserva em falar sobre os mortos; a maioria das mortes ocorre na aldeia e não é notificada, principalmente as de recém-nascidos não raramente provocadas), geográficas (dificuldade de acesso às aldeias), político-institucionais (falta de um sistema de informação em saúde organizado, dificuldade de transporte das equipes, falta de assistência médica permanente às comunidades indígenas, falta de recursos técnicos para diagnosticar o óbito), etc.

Ainda que subregistrado o estudo de mortalidade permite, mesmo assim, que se tenha uma boa noção da situação de saúde das comunidades indígenas de SGC e da qualidade da vida que levam :

Tabela 4 - Principais causas de morte (grupos CID) segundo faixas etárias – São Gabriel da Cachoeira/AM / 1998

IDADE CAUSA	< 1	1a4	5a9	10a14	15a19	20a29	30a39	40a49	50a59	60e+	TOTAL
DIP										1	1
RESP	4	2			1	1	1	1		2	12
C EXT	1						2				3
PERINAT	1										1
NEO										1	1
SEPSE										1	1
CIRC										2	2
DIGEST.							1			1	2
OUTRAS											
INDET	3								1	2	6
TOTAL	9	2			1	1	4	1	1	10	29

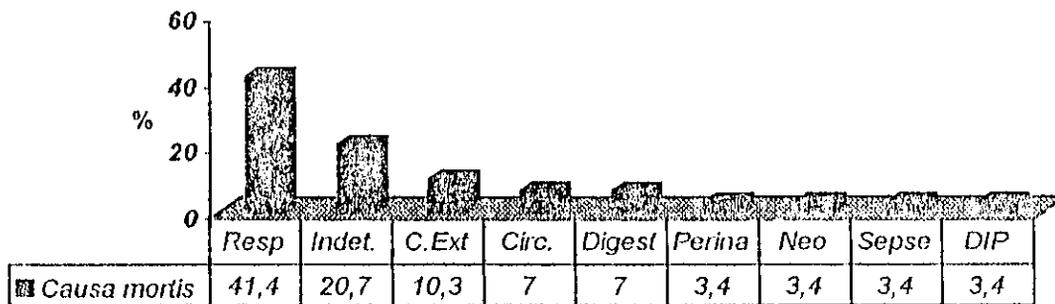


Figura 4 - Principais causas de morte - SGC - AM 1998

- Como fora previsto, a principal causa de morte entre os índios de São Gabriel da Cachoeira são as doenças do aparelho respiratório, principalmente as pneumonias que acometem mais as crianças e as pessoas idosas, mormente os desnutridos;
- Em razão das condições de vida a que foram submetidos os nossos índios, que tiveram compulsoriamente diminuído seu território e, em consequência, suas fontes de alimento; com o contato cada vez mais frequente com as cidades e, assim, maior exposição aos vírus e bactérias até há pouco desconhecidos de seu sistema imunitário; a vida extremamente gregária que levam favorecendo o contágio, é de se esperar que uma grande incidência de doenças respiratórias agudas ocorra de forma constante e cíclica nas aldeias;
- Entretanto uma alta mortalidade por esse tipo de patologia denota falta de uma assistência eficaz, que possa fazer uma intervenção eficaz antes da deterioração do quadro clínico pelas complicações absolutamente evitáveis que matam. É bom que se diga que esta situação não é apanágio dos índios do alto Rio Negro, senão de toda a população indígena brasileira;
- É mister, por conseguinte, alertar os profissionais de saúde para a necessidade de um acompanhamento cuidadoso do crescimento e desenvolvimento da criança, contornando, se possível, os fatores condicionantes de tais óbitos, melhorando a qualidade e a frequência do atendimento, iniciando o tratamento precoce desse tipo de agravo, antes que sobrevenham as complicações fatais;
- A segunda causa mais importante de óbito entre os índios de SGC foi a afecção mal definida, a causa de morte "indeterminada", o que aponta, mais uma vez, para a deficiência na assistência aos doentes por profissional qualificado a prestar informação precisa sobre a doença e sobre o óbito. São em geral registros feitos a posteriori, pelos próprios índios, ao organismo institucional;

- Embora apareçam em primeiro lugar entre as causas de morbidade as doenças infecciosas e parasitárias representam a nona causa de morte entre os grandes grupos de patologias, seja pela baixa letalidade de algumas, seja por subnotificação de óbitos por essa causa, seja pelo atendimento eficiente e precoce dos casos;
- É oportuno registrar a importância das mortes ocorridas no período perinatal em relação ao obituário geral das comunidades indígenas da região. Essas mortes podem ser devidas a razões culturais (sacrifício por motivos eugênicos ou místicos), por mal formações congênitas ou falta de acompanhamento adequado à gravidez e ao parto;
- É até possível que se trate de óbitos ocorridos no período neonatal tardio ou até mesmo pós-neonatal, em função de desnutrição ou outros fatores extrínsecos que, destarte, precisam ser devidamente esclarecidos;
- A terceira causa de morte entre os índios de SGC são as chamadas "causas externas", isto é, as causas violentas de morte que serão, pela sua importância, detalhadas oportunamente;

Tabela 5 – Doenças Infecciosas e Parasitárias por faixa etária como causas de óbito – São Gabriel da Cachoeira/AM / 1998

IDADE DIP	< 1	1a4	5a9	10a14	15a19	20a29	30a39	40a49	50a59	60e+	IGN	TOTAL
DIARRÉIA										1		1
VERME												
TB												
MALÁRIA												
HEPAT												
MENING												
TÉTANO												
OUTRAS												
TOTAL										1		1

- Como se pode ver na tabela 5, apenas um óbito por diarreia foi notificado em 1998 em uma pessoa idosa, o que nos parece muito pouco para uma patologia que desponta como a mais importante no quadro da morbidade, devendo corresponder a subregistro. É possível que muitas destas mortes estejam incluídas no item das causas "indeterminadas".

Tabela 6 - "Causas Externas" no obituário segundo faixas etárias - São Gabriel da Cachoeira / 1998

IDADE C.EXT	< 1	1a4	5a9	10a14	15a19	20a29	30a39	40a49	50a59	60e+	IGN	TOTAL
TCE										1		1
INTOX												
ALCOOL												
OFÍDICO												
VENENO												
ARMA												
ENFORC												
AFOGAM.							1					1
S/INF												
OUTROS	1											1
TOTAL	1						1			1		3

- Houve um óbito em 1998 por traumatismo crânio-encefálico em uma pessoa de mais de 60 anos, provavelmente devido a acidente de trânsito e um afogamento em adulto jovem. Muitas vezes o alcoolismo é o pano de fundo das mortes violentas;

Tabela 7 - Natureza do óbito motivado por causas externas segundo faixa etária - SGC-1998

IDADE C.EXT	< 1	1a4	5a9	10a14	15a19	20a29	30a39	40a49	50a59	60e+	IGN	TOTAL
SUICÍDIO												
HOMIC.												
ACIDEN.	1						1			1		3
TOTAL	1						1			1		3

- Todos os óbitos ocorridos por causas violentas no ano foram acidentais como demonstrado na tabela 7.

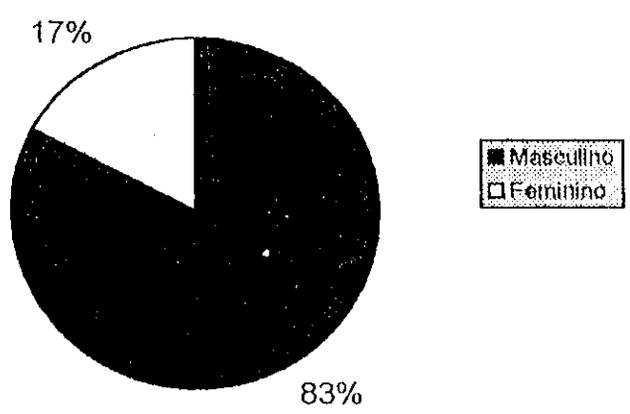


Figura 5 - Mortalidade segundo o sexo – S. G. da Cachoeira - AM 1998

> Os óbitos aconteceram muito mais em pessoas do sexo masculino (Figura 5). Infelizmente não dispomos de dados de população por sexo para podermos avaliar melhor o significado epidemiológico deste fato, uma vez que, pode ser grande a razão de sexo masculino na população geral e somente por isso o número de óbitos seja maior entre os homens. Entretanto isto é improvável pelo tamanho da diferença encontrada, muito embora as causas externas sejam importante fator de mortalidade e ocorram com mais frequência no sexo masculino;

Tabela 8 - Natalidade por bimestre segundo sexo – São Gabriel da Cachoeira/AM / 1998

SEXO MESES	NASCIDOS VIVOS			NATIMORTOS			TOTAL
	MASC	FEM	S/INF	MASC	FEM	S/INF	
JAN/FEV	5	11	0	0	0	0	16
MAR/ABR	1	1	0	0	0	0	2
MAI/JUN	0	0	0	0	0	0	0
JUL/AGO	6	2	0	0	0	0	8
SET/OUT	17	19	0	0	0	0	36
NOV/DEZ	5	5	0	0	0	0	10
TOTAL	34	38	0	0	0	0	72

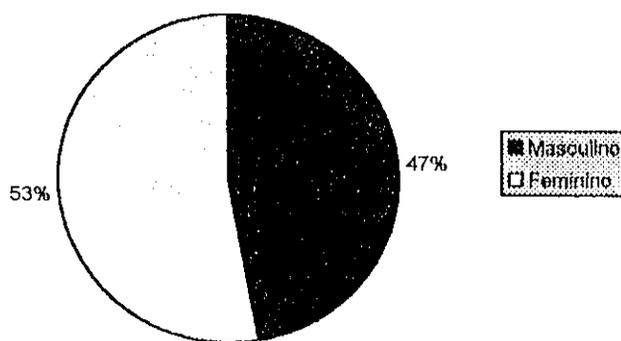


Figura 6 - Natalidade segundo o sexo - SGC - AM 1998

- Como agravante, pelos dados registrados, em 1998 nasceram mais mulheres do que homens (razão de sexo feminino ao nascer = 111,8%). Este fato, pela sua importância, precisa ser melhor esclarecido (figura 6);
- Não observamos sequer um registro de natimortalidade o que deve significar subnotificação de óbitos que ocorrem nas aldeias e que não chegam ao conhecimento das autoridades de saúde.

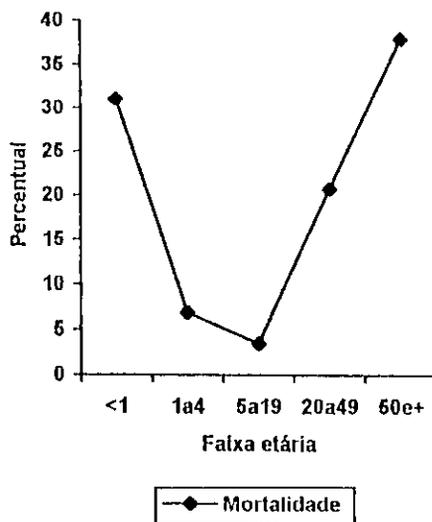


Figura 7 - Curva de Nelson de Moraes (mortalidade proporcional) SGC - AM 1998

- A curva de mortalidade proporcional encontrada para o ano de 1998 em São Gabriel, não difere muito da curva traçada pelo Departamento de Saúde da FUNAI para o mesmo ano (ver Relatório Anual DES/DAS/FUNAI/1998) para a população indígena nacional, que mostra um padrão do tipo II, que reflete um nível baixo de saúde. A curva tende a se assemelhar a um "J" invertido, mostrando uma alta mortalidade em todas as idades, predominantemente nas crianças;
- Segundo o Relatório Anual do PCT de São Gabriel da Cachoeira a população estimada do alto Rio Negro para 1999 é de 30.000 habitantes. Tomando este parâmetro como verdadeiro, poderíamos inferir, a partir da diferença entre os dados de mortalidade e de natalidade de 1998, que a população indígena neste ano pode ser estimada como algo em torno de 29.957 habitantes, sem considerar o crescimento vegetativo. A partir daí poderíamos estimar alguns indicadores, e compará-los aos encontrados pela FUNAI para os povos indígenas como um todo:

Tabela 9 - Alguns indicadores de saúde determinados para a população indígena e para o Alto Rio Negro

Indicador Região	CMG% <sup>o</sup>	CMI% <sup>o</sup>	ISU%	TBN% <sup>o</sup>	IV%
Brasil	7,7	96,8	26,9	17,4	333,9
SGC	1,0	125,0	37,9	2,4	248,3

% = por 100 ; %<sup>o</sup> = por 1000 ; %<sup>ooo</sup> = por 100.000 ; CGM = coeficiente de mortalidade geral; CMI = coeficiente de mortalidade infantil; ISU = índice de Swaroop e Uemura; TBN = taxa bruta de natalidade; IV = índice vital.

- A primeira coisa que nos chama a atenção na tabela 9 é que os coeficientes brutos, isto é, aqueles que têm a população geral como denominador (CMG, TBN) encontrados para o Alto Rio Negro são menores que os detectados para o resto da população indígena brasileira;

- Embora, em ambos os casos, exista subnotificação de óbitos e de nascimentos, essas taxas sugerem uma superestimativa populacional. No momento em que estamos consolidando o distrito sanitário, parece inadiável proceder-se a um censo populacional para que possamos trabalhar com maior segurança;
- O coeficiente de mortalidade infantil, que relaciona os óbitos ocorridos em menores de 1 ano (9) com nascidos vivos no mesmo período (72) é coerente com a média nacional para as populações indígenas, e aponta para a gravidade da situação no Alto Rio Negro, pois, uma taxa de mortalidade infantil da ordem de 125 por mil nascidos vivos, significa 12% ou pouco mais de 1 óbito por cada grupo de 10 nascidos vivos. Este mesmo coeficiente para a população geral brasileira (índios e não índios), segundo dados oficiais, gira em torno de 33 mortes por 1000 nascidos vivos.
- Com efeito, o Índice de Swaroop e Uemura, que estabelece uma relação entre os óbitos ocorridos acima dos 50 anos com as defunções verificadas abaixo deste limite de idade, aponta, sem dúvida, para uma baixa esperança de vida ao nascer entre os índios do Alto Rio Negro. Este coeficiente de mortalidade proporcional nos países desenvolvidos, onde já não se morre por diarreia, tuberculose, malária, e outras causas evitáveis, chega a atingir perto de 80%;
- O Índice vital é um indicador de saúde muito pouco utilizado, que relaciona o número de nascidos vivos com o número de óbitos. Para as populações indígenas, no entanto, pode ser muito útil para avaliar a tendência de crescimento da população, uma vez que é geralmente pequena a corrente migratória que contribui para as oscilações censitárias.
- O Índice Vital de 337,1% encontrado, significa que nascem 3 vezes mais pessoas do que morrem entre os índios do Alto Rio Negro, o que não deixa de ser estimulante para o nosso trabalho.

## Tuberculose

A tuberculose constitui-se num dos mais graves problemas de saúde pública no Brasil e é um componente destacado entre os agravos que acometem com maior frequência as comunidades indígenas e que compõem o seu obituário

Nas populações indígenas brasileiras a tuberculose significou 22,7% dos óbitos notificados por doenças infecciosas e parasitárias e 2,2% dos óbitos por todas as causas em 1988.

Tabela 10 - Coeficiente de incidência de tuberculose por regional, segundo a forma clínica - 1998

Forma Clínica Regional	Positivos	Coef/100.000	Todas as formas	Coef/100.000
Boa Vista/RR	23	281,8	61	747,5
Altamira/PA	0	0,0	0	0,0
B.do Corda/MA	11	173,7	12	189,5
Gurupi/TO	6	231,6	7	270,2
Itaituba/PA	8	125,0	10	156,3
Curitiba/PR	3	251,8	4	335,8
Bauru/SP	2	72,4	18	651,3
Araguaína/TO	4	152,7	4	152,7
Guarapuava/PR	7	96,0	7	96,0
Marabá/PA	1	61,2	3	183,5
Araguaia/MT	8	383,7	13	623,5
Colíder/MT	5	255,2	65	3.318,0
Chapecó/SC	3	51,4	5	85,7
BRASIL (média)	6	164,3	16	523,8
S.C. da Cachoeira	29	98,8	101	337,1

- Como já foi referido os coeficientes brutos nos parecem subestimados possivelmente em virtude de superestimativa populacional. Por conseguinte, os coeficientes de incidência da tuberculose também podem estar defasados para menos. Mesmo assim, as taxas encontradas, embora estejam abaixo da média para a população indígena, encontram-se em patamares várias vezes acima da incidência nacional, que é algo em torno de 53%<sup>000</sup> para a tuberculose de todas as formas e de 25%<sup>000</sup> para os casos confirmados bacteriologicamente;
- Pela própria história natural da tuberculose as formas clínicas costumam se distribuir em número mais ou menos igual de casos confirmados e sem confirmação. Nas áreas indígenas, incluindo São Gabriel da Cachoeira, é comum encontrarmos um número exagerado de formas sem confirmação bacteriológica, que não é coerente com o comportamento da enfermidade, quase sempre devido a um viés no diagnóstico de formas pulmonares baseado apenas em dados semiológicos e propedêuticos (radiografia);
- É preciso entender também que estamos tratando de incidência de casos conhecidos, que depende da maior ou menor eficiência do serviço e do sistema de informação. Vale dizer, se o serviço de atenção à saúde não existir ou for de difícil acesso, os casos de tuberculose deixarão de ser descobertos e a incidência da doença será igual a zero. Não é por outra razão que a melhoria

no atendimento, em um primeiro momento, leva a um "aumento" de incidência que é apenas aparente.

Tabela 11 - Casos novos de tuberculose por idade, segundo a forma clínica  
S.G.C - AM 1998

Forma Idade	Pulmonar				Extra-pulmonar				Subtotal	Total
	Positivo	Negativo	Não realizado	Subtotal	Menin	Gang	Pleu.	Outra		
> 15 anos	29	31	2	62	0	0	0	18	18	80
< 15 anos	0	4	13	17	1	0	0	3	4	21
Total	29	35	15	79	1	0	0	21	22	101

- Em 1998 foram descobertos 101 casos novos de tuberculose sendo 79 (78,2%) pulmonares e 22 (21,8%) extra pulmonares. Dentre os pulmonares apenas 36,7% foram confirmados bacteriologicamente;
- É curioso verificar que os casos de localização extra-pulmonar não sejam formas pleurais ou ganglionares, que são as localizações mais comuns e de mais fácil diagnóstico. É um fato no mínimo curioso que precisa ser esmiuçado. As formas extra-pulmonares são paucibacilares e, por isso, dificilmente confirmadas. Pode estar havendo um viés no diagnóstico das formas extra-pulmonares também;
- Espera-se que no total de casos de tuberculose cerca de 50% sejam formas confirmadas pela baciloscopia direta e que os restantes 50% sejam sem confirmação bacteriológica, incluindo formas pulmonares e extra-pulmonares. Em SGC apenas 18,8% foram formas confirmadas em 1998;

10

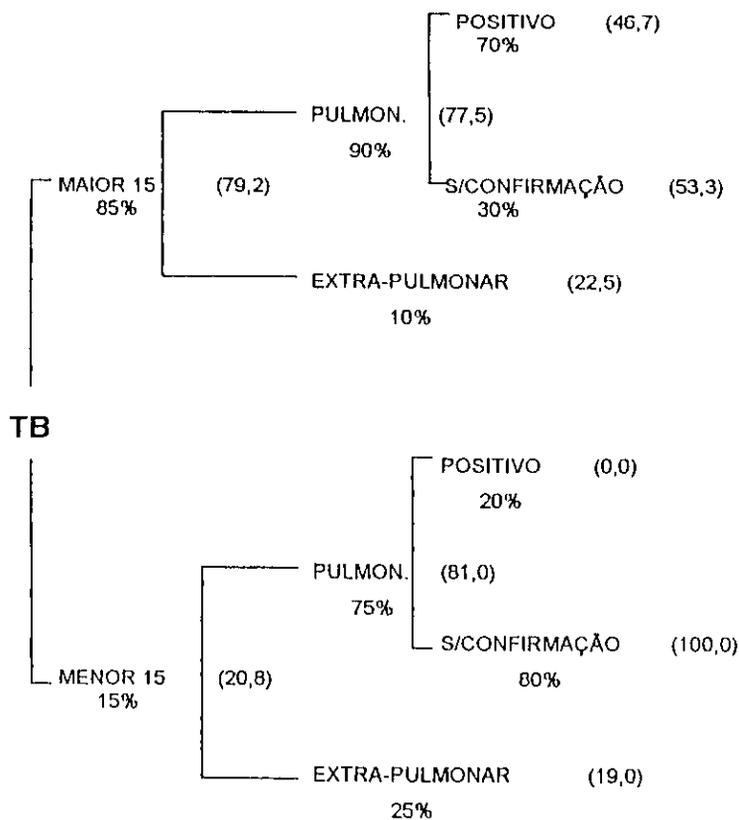


Diagrama da distribuição das formas de tuberculose (casos novos) segundo a idade - DES/1998

Fonte : Gerhardt, G. 1985

Os percentuais entre parênteses representam as taxas encontradas em SGC

- No diagrama acima vemos um percentual de formas de tuberculose em crianças um pouco acima do que seria esperado, principalmente às custas de casos pulmonares negativos;
- Entre os adultos registrou-se um número exagerado de casos extra-pulmonares em sua totalidade de localização pouco comum. Entre os pulmonares apenas 46,7% foram confirmados pela baciloscopia direta, apontando para um baixo rendimento do laboratório e/ou, excesso de valorização do exame radiográfico e de dados semiológicos no estabelecimento do diagnóstico;

- Todos os casos pulmonares em menores de 15 anos foram sem confirmação bacteriológica a maior parte às custas de pacientes em que a baciloscopia não foi realizada. A obtenção de material para exame direto é possível em crianças na faixa etária de 10 a 15 anos.

Tabela 12 – Estudo de Coorte : resultado do tratamento dos casos de tuberculose, segundo a forma clínica - SGC - AM 1998

Forma 7º MÊS	Pulmonar		Extra-Pulmonar	TOTAL
	Confirmado	Sem confirmação		
1- Encerrado	24	55	8	87
1.1. Cura	20	49	6	75
1.2. Abandono	2	3	1	6
1.3. Óbito TB	2	2	1	5
1.4. Óbito outra causa	0	0	0	0
1.5. Transferência	0	0	0	0
1.6. Mud. Diagnóstico	0	1	0	1
2- Continua tratamento	0	0	0	0
2.1. Positivo	0	0	0	0
2.2. Negativo	0	0	0	0
2.3. Mud. Esq. intolerância	0	0	0	0
2.4. Falência	0	0	0	0
3- Sem informação	0	0	0	0
Total (1+2+3)	24	55	8	87

- No estudo de Coorte vemos que no 7º mês de tratamento 100% dos casos haviam encerrado o tratamento, demonstrando, salvo erro na notificação, uma boa eficiência do serviço e do fluxo da informações;
- No total de casos apenas 27,6% eram formas confirmadas à baciloscopia e 74,4 sem confirmação (pulmonares+extrapulmonares); a cura entre os casos positivos correspondeu a 83,3% e a 86,2% no total de casos, mostrando um excelente rendimento do tratamento;
- O abandono de bacilíferos alcançou 8,3% dos casos que iniciaram o tratamento e, se consideradas todas as formas clínicas da enfermidade, o abandono foi de apenas 7,0%, o que não é comum, pois, o abandono costuma ser mais frequente nas formas não confirmadas bacteriologicamente;
- O coeficiente de letalidade pela tuberculose alcançou 5,7% quando consideradas todas as formas e 8,3% se considerados apenas os casos positivos, sobre cujo diagnóstico não pairam dúvidas. Esta taxa é alta para os parâmetros nacionais e indígenas e pode se dever a um retardo no diagnóstico

das formas pulmonares positivas que podem estar chegando ao serviço já em fase muito avançada da doença;

- O percentual de casos com mudança de diagnóstico (1,1%) é muito pequeno em relação ao que poderia ser esperado, tratando-se de um serviço que diagnostica muitas formas extra-pulmonares e pulmonares sem confirmação bacteriológica. O mesmo seja dito para os casos sem informação (0,0%) em uma região de difícil acesso às aldeias geralmente muito distantes da sede.

### Conclusões

- Os indicadores de saúde para as comunidades indígenas da área de abrangência de São Gabriel da Cachoeira apontam para uma baixa qualidade de vida e de saúde;
- Existe grande incidência de doenças infecciosas e parasitárias resultantes das precárias condições de saneamento básico observado nas aldeias e dos baixos níveis de higiene coletiva;
- A baixa qualidade de vida favorece à desnutrição na infância, pano de fundo para altas taxas de mortalidade infantil por causas quase sempre evitáveis, como pneumonias e diarreias infecciosas;
- As causas violentas acidentais contribuem significativamente para a mortalidade, tendo como fator determinante o alcoolismo, introduzido nas comunidades indígenas como corolário ao intercâmbio cultural do índio com a população do município;
- Existem consistentes indícios de que a assistência seja ainda insuficiente e irregular, principalmente em nível de aldeia;
- A tuberculose representa um sério problema de saúde para as comunidades indígenas, com altos coeficientes de incidência conhecidos, mesmo na vigência de uma possível superestimativa populacional.

### Sugestões

- Proceder um censo populacional para ajuste de indicadores de saúde para que sejam verossímeis e permitam acompanhar com alguma margem de segurança a eficiência das ações de saúde desenvolvidas;
- Descentralizar o atendimento utilizando Auxiliares de Enfermagem e Agentes Indígenas de Saúde devidamente treinados na assistência aos agravos