

**CONTROLE DA TUBERCULOSE EM ÁREA INDÍGENA.
EXPERIÊNCIA DE UMA NOVA ABORDAGEM EM
ÁGUA BRANCA - MT - MAIO DE 1996**

¹ Jorge Meireles Amarante

² Jorrildo Farias Porto

³ Fátima Aparecida da Silva

AMARANTE, J.M.; PORTO, J.F.; da SILVA, F.A. Controle da Tuberculose em área indígena. Experiência de uma nova abordagem em Água Branca - MT. Maio de 1996.

Os autores apresentam o protocolo utilizado no controle de um surto de tuberculose na aldeia Xavante Água Branca, jurisdicionada à Administração Regional da FUNAI de Nova Xavantina - MT, em maio de 1996, enfatizando a conduta peculiar tomada principalmente no que se refere à proteção dos sadios e os resultados obtidos em curto prazo, revertendo a tendência da incidência crescente a moléstia na aldeia.

O fulcro das ações, além da descoberta e tratamento dos casos, foi a quimioprofilaxia estendida a toso os comunicantes de pacientes bacilíferos, reatores fortes ao teste tuberculínico, independentemente da idade e do estado vacinal.

A alergia tuberculínica com mais de 15mm de induração foi valorizada como indicador de infecção natural pelo bacilo humano, mesmo em presença de alta cobertura da vacina BCG na população.

No período de janeiro a abril de 1996, haviam sido registrados 10 casos novos de tuberculose pulmonar confirmados pela baciloscopia direta do escarro, os quais vieram ainda se somar mais de dois, descobertos no decorrer da própria ação, vale dizer, uma média de 3 bacilíferos a cada mês. Decorridos 6 meses da introdução da quimioprofilaxia em massa no grupo considerado de maior risco de adoecimento, nenhum caso positivo foi registrado e não ocorreu nenhum episódio de intolerância a isoniazida, que não fosse controlado na própria aldeia. Duas pessoas residentes em casas de pacientes bacilíferos que não se encontravam na aldeia por ocasião da ação de saúde e, portanto, não foram submetidas à quimioprofilaxia, retornaram, após 3 meses de ausência, com baciloscopia positiva no escarro.

Este trabalho é preliminar, uma vez que o protocolo será estendido a mais duas aldeias componentes do Posto Indígena Apowe, que mantém intenso intercâmbio migratório com a aldeia Água Branca.

Unitermos: Quimioprofilaxia da tuberculose. Tuberculose. Saúde do índio.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

A aldeia Água Branca está situada no município de Canarana - MT e possui uma população de 427 índios da etnia Xavante, distribuída em 32 ocas disposta em círculo, albergando em média 13,3 pessoas cada uma. Não existe saneamento básico na aldeia e nem qualquer tipo de tratamento da água para consumo humano, que é colhida diretamente do manancial. A base da

economia compreende a caça e atividades agrícolas de subsistência.

De janeiro a abril de 1996, foram registrados 34 casos novos de tuberculose pulmonar, sendo 12 (35,3%) confirmados pela baciloscopia direta do escarro e 22 (64,7%) sem confirmação bacteriológica. Durante todo o ano de 1995, em condições operacionais idênticas, foram notificados apenas 6 casos pulmonares confirmados, vale dizer, o número de casos bacilíferos dobrou no primeiro quadrimestre do ano

1 Médico, ex-Chefe da Assessoria Especial da SES/DF e ex-Coordenador Nacional de Pneumologia Sanitária — CENEPI/RS/MS.

2 Farmacêutico Bioquímico, Coordenador do Núcleo de Farmácia da SES/DF.

3 Enfermeira, Coordenadora de Assistência Médica e Sanitária do Departamento de Saúde da FUNAI.

em curso. Não houve, por outro lado, qualquer esmero maior na busca de casos, nem qualquer empreendimento técnico que propiciasse a melhoria do rendimento do exame bacteriológico ou da eficiência do sistema de informação.

O trabalho executado na aldeia teve como objetivos avaliar a real magnitude do problema da tuberculose e tentar influir no sentido de interromper a cadeia de transmissão, visando reduzir a incidência da doença a níveis toleráveis.

Para colimar estes objetivos foram traçadas as seguintes metas:

1. Revisão e reclassificação de todos os casos de tuberculose pulmonar registrados.
2. Avaliação da qualidade do diagnóstico nas unidades de referência.
3. Diagnosticar e tratar os casos existentes e eventualmente não detectados pela rede local de assistência à saúde.
4. Controlar os comunicantes de todos os casos bacilíferos registrados ou detectados no desenrolar da própria ação de saúde.
5. Proteger pela quimioprofilaxia os comunicantes de bacilíferos com maior risco de adoecimento.
6. Determinação da prevalência de infecção tuberculosa.
7. Avaliação da cobertura vacinal pelo BCG.
8. Avaliação da alergia tuberculínica induzida pelo BCG.
9. Estabelecimento de rotinas para diagnóstico dos casos de tuberculose pulmonar não confirmados pela baciloscopia.

MATERIAL E MÉTODOS

Em virtude do grande número de casos pulmonares sem confirmação registrados contrariando o comportamento epidemiológico habitual da doença, procedeu-se a verificação da qualidade do exame bacteriológico na unidade de referência, bem como, a revisão dos critérios utilizados para o diagnóstico dos casos pulmonares sem confirmação, a partir de uma análise judiciosa da história

clínica e epidemiológica, exames complementares, etc., inclusive radiografias. Constatou-se ter havido uma supervalorização dos achados semiológicos e propedêuticos e, por esta razão, 11 dos 22 casos sem confirmação registrados, tiveram o tratamento suspenso por mudança de diagnóstico. Nos 11 restantes o tratamento foi mantido, em alguns dos quais por não haver condições técnicas confiáveis para a sua suspensão, após três meses de uso da medicação específica.

Na aldeia foram selecionados os portadores de tosse produtiva com expectoração há três semanas ou mais, num total de 25 pessoas, as quais foram submetidas a baciloscopia direta do escarro para pesquisa de BAAR pelo método de Ziel-Nielsen; teste tuberculínico com PPD-RT 23 - Tween 80 - 2 UT intradérmico, obedecendo às normas técnicas do Ministério da Saúde. Os sintomáticos com baciloscopia negativa foram radiografados com prioridade para os reatores ao PPD. Este procedimento permitiu a descoberta de mais dois casos, um dos quais em um adulto, que foi, posteriormente, confirmado pelo exame bacteriológico e outro em uma criança com PPD de 26 mm, adenomegalia hilar direta com drenagem contígua para o brônquio fonte do lobo médio, o que acarretava episódios subsequentes de pneumonia de repetição" (epituberculose).

Para determinação da prevalência da infecção tuberculosa, por se tratar de uma comunidade pequena, o PPD intradérmico foi inoculado em toda a comunidade indígena que se encontrava na aldeia por ocasião da ação*, exceção feita às crianças com menos de 3 meses de idade**. Nesta ocasião foi verificada a existência ou não de cicatriz vacinal do BCG, tanto da primeira dose quanto do reforço, na região deltóide do braço direito.

A quimioprofilaxia dispensada aos grupos de risco consistiu no uso de isoniazida 10 a 20 mg por quilograma de peso ao dia, até o máximo de 400 mg, utilizada em regime diário supervisionado. Após um mês da negatização dos focos primários, passaram para o regime intermitente supervisionado, utilizando 20 mg/kg de isoniazida, 3 vezes semanais até completar 6 meses, com dose máxima de 600mg.

RESULTADOS

Tabela I - População alvo por sexo e faixa etária. Aldeia Água Branca - Canarana - MT - maio de 1996.

IDADE \ SEXO	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60+	Ignor.	Total
Masculino	1	26	42	21	13	25	13	4	6	14	4	169
Feminino	2	25	25	27	19	20	20	10	7	15	11	181
Total	3	51	67	48	32	45	33	14	13	29	15	350

* Faz parte da cultura dos Xavantes sair em grupos para pescar, caçar ou visitar familiares em outras aldeias, ausentando-se por semanas ou meses.

** O PPD leva em geral 3 a 8 semanas para apresenar viragem (CARDOSO; LIMA, 1973).

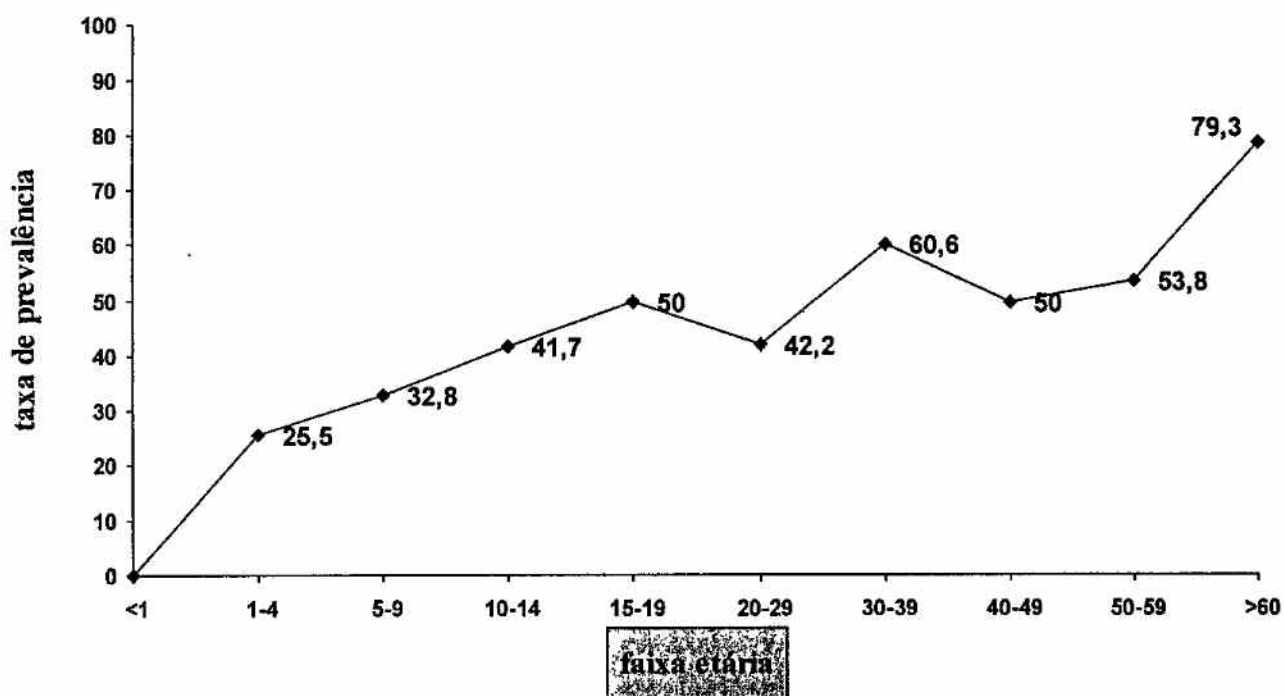


Figura 1 - Prevalência da infecção tuberculosa na população alvo por faixa etária. Aldeia Água Branca, Canarana-MT - maio de 1996

Tabela II A - População alvo conforme o estado vacinal e a alergia tuberculínica. Aldeia Água Branca - Canarana-MT - maio de 1996

	PPD	Reator *	Não reator	Total
BCG				
Vacinação		154(44,6)	193(55,4)	347 (100,0)
Não vacinado		1 (33,3)	2 (66,6)	3 (100,0)
Total		155 (44,3)	195 (55,7)	350 (100,0)

* PPD de 5 mm ou mais de induração.

Tabela II B - População alvo conforme o estado vacinal e a alergia tuberculínica. Aldeias Caçula e Tanguro, Canarana-MT - maio de 1996

	PPD	Reator *	Não reator	Total
BCG				
Vacinação		26 (15,4)	142 (84,6)	168 (100,0)
Não vacinado		6 (16,6)	30 (83,4)	36 (100,0)
Total		32 (15,6)	172 (84,4)	204 (100,0)

* PPD de 5 mm ou mais de induração.

Quadro I - Alergia tuberculínica entre comunicantes de bacilíferos. Aldeia Água Branca, Canarana-MT - maio de 1996.

Reatores	84 (59,2)
Não reatores	58 (40,8)
Total	142 (100,0)

Tabela III - Alergia tuberculínica em indivíduos com reforço do BCG*, conforme o grupo de risco. Aldeia Água Branca - Canarana-MT - maio de 1996.

PPD \ Grupo de risco	Reator **	Não reator	Total
Comunicante	21 (55,3)	17 (44,7)	38 (100,0)
Não comunicante	14 (28,0)	36 (72,0)	50 (100,0)

*Reforço da vacina feito há 6 meses

**PPD de 5 mm ou mais de induração

Tabela IV - Prevalência da infecção tuberculosa na população alvo no intervalo de 1 ano. Aldeia Água Branca, Canarana-MT - maio de 1996.

PPD \ Idade	Reator*	Não reator	Total**
6 anos	5 (25,0)	4 (75,0)	20 (100,0)
7 anos	4 (28,6)	10 (71,4)	14 (100,0)

* PPD de 5 mm ou mais de induração

** Diferença = +3,6%

DISCUSSÃO

Na Tabela I encontramos a população alvo de acordo com as faixas etárias. O PPD foi inoculada em 350 índios, o que corresponde a 82 % da população da aldeia (427 índios de acordo com os registros do Departamento de Saúde da Funai - MJ - BSB). Como já foi ressaltado, foram excluídos os menores de 3 meses em número de 21 crianças. Dos 350 examinados, compareceram para leitura do teste 337, o que equivale a 96,3 % da população alvo e 78,9 % da população geral.

347 pessoas (99,1 %) apresentavam cicatriz vacinal do BCG, o que significa uma excelente cobertura. Destas, 88 (25,4 %) exibiam dupla cicatriz como resultado do reforço da vacinação realizado

há pouco mais de 6 meses. Apenas três pessoas, com mais de 5 anos, não estavam vacinadas.

A ocorrência de 12 casos de tuberculose pulmonar bacilífera no período de janeiro de abril de 1996 em uma população de 427 índios, já representa uma incidência de 28,1 por mil habitantes, ou seja, 2,8 por cento da população. Sem atinarmos para possíveis aumentos do número médio de casos ou da população, teríamos uma incidência anual estimada de 8,4 %. Como é esperado um número igual de casos sem confirmação, poderíamos projetar que 16,8 % da população seriam portadores de alguma forma clínica de tuberculose ao cabo do ano, apesar da alta cobertura vacinal.

Sabe-se que o grande valor da vacina BCG reside na proteção que parece conferir contra o desenvolvimento de formas graves e disseminadas da doença, sendo menos conspicuo o seu poder de proteção quanto ao adoecimento (MAHMOUD; MONLIN, 1989; TIDJAIN; AMEDONE; TEM DAN, 1986). Não seria de se esperar diferente, quando pessoas infectadas naturalmente pelo bacilo humano, tendo como sede da infecção os pulmões, não apresentam imunidade protetora contra as formas clínicas da tuberculose (4). Nem mesmo a doença tuberculose confere um alto grau de imunidade a julgar pelas comuns recaídas por reinfeção exógena.

Apesar disto temos sido persuadidos a confiar, talvez exageradamente, na proteção conferida pelo BCG utilizado em países subdesenvolvidos como o nosso, no que diz respeito a proteção contra o adoecimento, mesmo considerando que esta proteção é tanto menor quanto maior for a exposição ao contágio e que a imunidade induzida pelo BCG cai com o passar do tempo (TIDJAIN; AMEDONE; TEM DAN, 1986). Embora o BC seja a vacina mais utilizada hoje no mundo "é também a menos confiável, ao menos em relação aos estudos controlados sobre eficácia proterora, cujos resultados variam de zero a 80 %." (FINE; PONNINHAS; MAINE, 1986)

O Ministério da Saúde preconiza como norma a quimioprofilaxia em comunicantes de bacilíferos, menores de 5 anos, não vacinados pelo BCG, reatores à prova tuberculínica, com exame radiológico normal e sem sintomatologia clínica compatível com tuberculose. Contempla também com o recurso profilático alguns grupos especiais de imunodeprimidos (BRASIL, 1995).

A rigor, em que pese a situação alarmante encontrada na aldeia Água Branca, absolutamente ninguém estaria incluído neste grupo considerado de risco, porque 100% dos menores de cinco anos estavam vacinados.

Na população não índia, onde já houve certa seleção natural, chega-se a compreender porque eleger-se como regra apenas a faixa etária de zero a cinco anos entre os comunicantes de bacilíferos como grupo de alto risco de adoecimento, não só pelas naturais deficiências imunológicas, como pelo fato de tratar-se provavelmente de infectados recentes com maior chance de adoecer. O índio, em sua totalidade, no que tange a sua resistência natural e adquirida, talvez não difira da população menor de cinco anos da sociedade envolvente em relação a uma moléstia com a qual, até há algum tempo, não tinha qualquer contato.

A imunidade adquirida depende da imunidade natural que é débil no índio (1), sendo, pois, provável, que responda menos ainda aos estímulos imunológicos induzidos pela infecção natural pelo bacilo humano e pelo bacilo bovino atenuado.

É fato conhecido que a alergia tuberculínica não reflete necessariamente a imunidade conferida pela infecção. Estes dois fenômenos, alergia e

imunidade, embora não sejam paralelos, deve ser considerados na clínica sob certa unidade, como dois aspectos que caracterizam as modificações biológicas do organismo infectado (BRÓLIO; LIMA FILHO, 1982).

Estudos de Bleiker na Holanda, concluíram que a sensibilidade tuberculínica decorrente da vacinação BCG, foi mais elevada 6 meses após a imunização, decrescendo rapidamente depois (BLEIKER; PAL; MILAJENOVIC, 1986).

Entre nós Ruffino Neto observou alto percentual de não reatores com induração menor de 5mm na prova tuberculínica (36,6%) nos escolares de Ribeirão Preto no estado de São Paulo, após dois anos de imunização (NETTO, 1979; CARNEIRO, 1964). Não deixa de ser curioso registrar que, enquanto isto acontece em relação à vacina BCG, a alergia provocada pelo bacilo humano é muito mais persistente e, por vezes, indelével.

Diante de um quadro de alta incidência da infecção tuberculosa a partir de 1 ano de idade (figura 1) numa pequena aldeia onde existem 12 casos de tuberculose bacilífera, confinados em apenas 5 domicílios, albergando cada um 13,3 pessoas em média é compreensível porque 56% de todos os reatores ao teste tuberculínico encontrados na aldeia habitavam essas ocas. Nestas circunstâncias julgamos arriscado acreditar que a reação apresentada pelos comunicantes desses casos pudesse ser atribuída à vacina, quando há estudos que demonstram que o BCG feito ao nascimento não prejudica a utilidade da reação de Montoux no diagnóstico da infecção tuberculosa em crianças com mais de 1 ano de idade (EASON, 1987).

Na tabela II tentamos, sem êxito, comparar a sensibilidade ao teste tuberculínico entre o vacinados e os não vacinados pelo BCG, com o objetivo de avaliar o valor do PPD no diagnóstico da infecção natural pelo bacilo humano na aldeia, mesmo em presença de uma alta cobertura vacinal. O número de pessoas não vacinadas, entretanto, é tão pequeno, que se torna estatisticamente insignificante.

Vale ressaltar, todavia, que a quase totalidade dos índios de Água Branca é de vacinados e na presença de uma alta prevalência da infecção natural em razão da alta prevalência da doença, ambos os fatores, vacina e infecção pelo bacilo humano, estão contribuindo para a viragem tuberculínica, parecendo-nos, pois, modesta a taxa de reatores ao PPD de 44,6% entre os vacinados.

A mesma experiência realizada nas aldeias Caçula e Tanguro, onde foi encontrado um número consideravelmente maior de pessoas não vacinadas pelo BCG, demonstra que o estado vacinal não parece alterar de forma significativa o valor das respostas ao teste tuberculínico no diagnóstico de infecção naturalmente contraída pelo bacilo humano. Por dedução lógica é perfeitamente concebível que o mesmo fenômeno ocorra em Água Branca,

que em nada difere sócio culturalmente das demais aldeias do Pin Apowe (tabela IIb).

Não se há de perder de vista que os 12 casos bacilíferos citados, detectados na aldeia em apenas 4 meses, são somente os casos novos, concorrendo ainda para a cadeia de transmissão os demais casos, que com eles compõem a prevalência da doença.

É interessante observar que a sensibilidade à prova tuberculínica difere significativa, quando tomado o grupo de comunicantes, tanto nos vacinados com a primeira dose somente, como nos que foram alvo de vacinação de reforço. (Quadro I, Tabela III).

Na tabela IV registramos a prevalência da infecção tuberculosa aos 6 e aos 7 anos de idade. Houve um incremento de 3,6 de infectados no período de 1 ano. O risco anual de infecção, todavia, será precisamente avaliado em maio de 1997 pelo reteste dos não reatores.

Deixamos de cogitar a possibilidade de serem os infectados recentes ou antigos entre os comunicantes, posto que, a enorme carga de germes dispersada por dois ou mais bacilíferos em uma mesma habitação com as características da habitação indígena, nos parece "democrática", em nada importando ao vacilo se a vítima é previamente infectada ou não.

Além das lastimáveis condições de vida a que foram submetidos os índios brasileiros, existem ainda entre os Xavantes outros fatores predisponentes à infecção e ao adoecimento pela tuberculose. Verbi gratia, o estilo gregário de vida. O grupo para o índio, assim como a terra, representa fator essencial de equilíbrio psicossocial, haja vista a elevada densidade de moradores (MELATI, 1993; TIDJAIN; AMEDONE; TEM DAN, 1986) por habitação na aldeia Xavante de Água Branca, sem considerar o costumeiro e íntimo intercâmbio que existe de casas e com outras aldeias.

O tipo de habitação escura, úmida, quente, sem ventilação, reproduz o microambiente de uma verdadeira "caverna tuberculosa", reunindo todas as condições ideais para a propagação do germe.

Um menino Xavante vive com seus irmãos, sua mãe e seu pai, seu avô e avó maternos, suas tias maternas e os maridos delas e seus tios maternos solteiros. Acontece, porém, que o pai deste menino pode estar casado não apenas com a mãe, mas também com uma ou mais das tias maternas do menino; outras de suas tias maternas podem estar casadas com tios paternos seus e todas essas pessoas podem estar morando na mesma casa (MELATI, 1993).

A vacinação BCG é hoje considerada em grande parte do mundo (os EEUU, por exemplo, não vacinam) como elemento útil na profilaxia da tuberculose, em que pesem as experiências controversas feitas em larga escala, como a do Conselho Britânico, que constatou uma proteção de 78% e a de Madrás em que a proteção foi nula.

A condição essencial para a eficácia da vacina é a sua qualidade. Os bacilos-vacina são muito sensíveis à luz, não só a luz solar como à luz difusa. Também concorrem para o acondicionamento, preservação, técnica de aplicação, etc. (BRÓLIO; LIMA FILHO, 1982).

Não sabemos em que condições a vacina foi conservada e aplicada na aldeia Água Branca e nos pareceu temerário, em vista dos fatos, confiar em que a excelente cobertura vacinal pudesse, por si só, conter a progressão da doença. A conduta habitual de acompanhar simplesmente os comunicantes de bacilíferos, reatores ao teste com o PPD em uma aldeia indígena, seria impraticável, porque, infelizmente, a atenção à saúde do índio na ponta é ainda precária e, lamentavelmente, fortuita. O retardo no diagnóstico e tratamento dos casos novos que viessem a seguir, favoreceria a transmissão e perpetuação do surto.

É fato que somente uma parcela dos comunicantes adoecerá no transcorrer da vida, mas dadas as circunstâncias, tivemos dificuldades de estabelecer subgrupos de maior risco entre os comunicantes de bacilíferos. Em nosso entender o risco de adoecimento era uniforme para os infectados deste grupo, principalmente nos reatores com induração de 15mm ou mais, pois, sabemos que não é comum que o PPD pós-vacinal exceda esta medida (EASON, 1987).

Assim sendo, optamos por fazer a quimioprofilaxia em todos os comunicantes de bacilíferos, assintomáticos, reatores fortes com 15mm ou mais ao PPD, independentemente da idade e do estado vacinal, totalizando 59 pessoas, equivalentes a apenas uma parcela dos habitantes de 5 casas das 32 existentes.

Comstock diz com propriedade e vale transcrever: **"uma grama de prevenção pode valer frequentemente um quilo de cura, mas existe uma tendência inerente e infeliz em considerar que a prevenção é desanimadora. É somente em meio a uma epidemia que as medidas preventivas se tornam visíveis e dramáticas... Não se pode esperar que as pessoas percebam os não-eventos... como consequência, os benefícios da prevenção mais provavelmente atingirão o nosso intelecto que as nossas emoções. Por outro lado os efeitos adversos são geralmente reconhecidos com facilidade. Como é provável que ocorram em íntima associação temporal com o procedimento preventivo, eles são interpretados como decorrentes do procedimento, mesmo quando a associação seja apenas uma coincidência... Também os médicos podem preferir aceitar o risco improvável de serem processados por um caso de tuberculose que surgiu porque não foi recomendado tratamento preventivo, a encarar o risco imediato de um processo por causa dos efeitos adversos da medicação... Para alguns subgrupos de reatores à tuberculina a reação benefício-risco é claramente melhor que para a média dos reatores. Estes subgrupos**

são os reatores à tuberculina de alto risco: comunicantes de casos ativos, viragem tuberculínica recente, etc." O autor conclui: "... o meio mais rápido de eliminar a tuberculose é livrar tantos disseminadores quanto possível de suas sementes. Estender o tratamento preventivo à grupos de idade mais avançada, onde as pessoas infectadas estão concentradas, poderia representar uma grande contribuição para alcançar o objetivo de livrar nossas comunidades desta doença desnecessária e previsível". (COMSTOCK, 1986)

CONCLUSÃO

Em virtude das condições peculiares encontradas na aldeia Xavante Água Branca, o protocolo utilizado para o combate ao surto de tuberculose encerra, até certo ponto, alguns desvios de norma, principalmente no que diz respeito à proteção dos sadios, ao nosso ver, perfeitamente justificáveis e éticos pelas circunstâncias.

O tempo ainda é exíguo para uma avaliação mais precisa, mas, ainda assim, vale registrar que no período de 6 meses após a instituição da quimioprofilaxia ampliada nos grupos de risco, nenhum caso de tuberculose pulmonar confirmado bacteriologicamente voltou a ocorrer na aldeia. Em agosto de 1996 houve registro de dois casos novos comprovados em dois índios comunicantes de bacilíferos, mas que não se encontravam na aldeia na ocasião da ação de controle da tuberculose, voltando somente 3 meses após, e escapando, por conseguinte, aos procedimentos de diagnóstico e quimioprofilaxia temporariamente.

O que se deseja é que, embora novos casos certamente voltem a acontecer principalmente por reativação endógena, não cheguem à frequência

média de 3 novos focos a cada mês, como vinha ocorrendo. Estes casos, esperamos, dificilmente ocorrerão entre os comunicantes submetidos à quimioprofilaxia, visto que, a experiência mostra, o efeito protetor persiste por muitos anos além do período de tratamento, talvez indefinidamente (FA-RER, 1986).

Os povos mongólicos são acetiladores rápidos da hidrazida e, embora tenhamos estendido a quimioprofilaxia a um grande número de índios, até o momento não há registro de qualquer intercorrência por toxidade a um grande número de índios, até o momento não há registro de qualquer intercorrência por toxidade ao tuberculostático, que não tivesse sido controlada na própria aldeia.

Por sugestão do departamento de Saúde da Funai - MJ e iniciativa do CENEPI/FNS/MS, nos dias 08 e 09 de agosto de 1996, tivemos a feliz oportunidade de participar de uma reunião de técnicos vinculados ao controle da tuberculose e à saúde indígena em nível central, ocasião em que foi debatido e definido um protocolo modificado para o controle da tuberculose em área indígena, contemplando as especificidades geosocioculturais dessas populações, em que a quimioprofilaxia foi estendida a outras faixas etárias no grupo dos comunicantes de bacilíferos, reconhecendo-se a dificuldade de uma vigilância epidemiológica nas aldeias.

AGRADECIMENTO

Agradecemos a imprescindível colaboração das técnicas de enfermagem Joana Zelma e Jelita, que permaneceram na aldeia Água Branca durante o período de realização das ações de controle da tuberculose, sem cuja profícua e competente atuação não seria possível a realização deste trabalho.

AMARANTE, J.M.; PORTO, J.F.; da SILVA, F.A. The control of the tuberculosis in indigenous area. The experience of a new approach at Água Branca - MT. May, 1996.

The authors present the protocol utilized in the control of a tuberculosis outbreak in the Xavante village of Agua Branca, location under the jurisdiction of the Funai Regional Administration of Nova Xavantina (MT) in may of 1996. They emphasize the peculiar measures taken, mainly with reference to the protection of the healthy, and the results obtained in a short period of time, reversing the tendency towards growing incidence of the disease in the village.

The fulcrum of the measures, besides the discovery and treatment of cases, was the chemoprophylaxis extended to all contacts of the infected patients, with positive smear, and strong reactors to the tuberculin test, regardless of age and vaccinal status.

the tuberculin reaction with more than 15 mm of induration was taken as an indicator of natural infection by the human bacillus, even given the high coverage of the population by the BCG vaccine.

In the period from January to April of 1996, ten new cases of pulmonary tuberculosis were registered and confirmed by direct bacilloscopy of sputum, to which two more were added. These latter two were discovered in the course of application of the measures themselves, an average of three infectious each month. In the six months

running from the introduction of mass chemoprophylaxis, of the group considered most at risk of illness, no positive case was registered and there occurred no episode of intolerance to isoniazid that was not treated in the village itself. Two persons residing in houses of infected patients, who were not in the village at the time of the health action and therefore were not treated by chemoprophylaxis, returned after three months of absence with positive sputum test.

This study is preliminary; the protocol will be extended to two more component villages of the Apowe natives, both of which maintain intense migratory exchange with the village of Agua Branca.

**Key Words: Chemoprophylaxis of the Tuberculosis
Tuberculosis, Health of Indigenous People**

BIBLIOGRAFIA

1. CARDOSO, M.A.N.; LIMA FILHO, M. Tuberculose Pulmonar. In: VERONESI, R. Doenças Infecciosas e Parasitárias, 4ª Edição, Rio de Janeiro: ed. Guanabara Koogan. p. 354-378.
2. MAHMOUD, M.; MONLIN, I. A. Avaliação da Vacinação BCG na região - el Shaaría, Cairo. Dev. Biol - Stand 1989; 249-256 (RE).
3. TIDJAIN, O; AMEDONE, A.; TEN DAN, H. O efeito protetor da vacinação do recém-nascido com BCG contra a tuberculose infantil em uma comunidade africana (Lomé, Togo e Genebra, Suíça) Tubercle. v.67. p. 269-281, 1986.
4. FINE, P. E. M.; PONNINHANS, J.M.; MAINE, N.P. A relação entre hipersensibilidade do tipo tardio e a imunidade protetora induzida pelas vacinas de micobactérias no homem. Lepr. Rev., London, v. 57, supl. 2, p. 275-283, 1986.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. **Manual de Normas Para o Controle da Tuberculose**. Brasília: Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária - CENEPI/FNS/MS. 4ª edição. 1995. p. 26.
6. BRÓLIO, R; LIMA FILHO, M. Tuberculose pulmonar. In: Doenças Infecciosas e Parasitárias, VERONESI, R. 7ª edição, Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 1982. p. 318.
7. BLEIKER, M.; PAL, D.; MILAJENOVIC, O. (Rotterdam Holanda) Relato de um estudo de sensibilidade cutânea e diâmetro da cicatriz após vacinação com BCG em 5000 recém-nascidos em Cakovec, Iugoslávia. Dev. Biol Stand, Holanda, v. 58, p. 725-730, 1986.
8. NETTO, A. R. et al. Alergia Tuberculínica pós-vacinação com BCG intradérmico e pós infecção natural. Rev. Div. Nac. Tuberculose, 1º trimestre, 1976, pg. 19.
9. CARNEIRO, J.F. Contribuição ao estudo da alergia tuberculínica. Rev. Serv. Nac. Tuberculose, v.8, p. 31, 1964.
10. EASON, R, J. Sensibilidade tuberculínica. Ann Trop. Pediatr. v. 7, p. 87-90, 1987.
11. COMSTOCK, G, W. Prevenção da tuberculose entre reatores ao teste tuberculínico: maximizando benefícios, minimizando riscos. Jama, v. 256, p. 2729-2730, 1986.
12. FARER, L, S. O papel do tratamento preventivo (quimioprevenção) no controle de tuberculose - 1986, WHO/TB/82-132.
13. MELATI, J, C. Índios do Brasil, 7ª Edição, São Paulo/Brasília: Edung - Hucitec, 1993. pg. 102.