

**AJES - FACULDADE DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E ADMINISTRAÇÃO DO VALE
DO JURUENA
BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

A OCORRÊNCIA DA TUBERCULOSE NA COMUNIDADE INDÍGENA RIKBAKTSÁ

**Autora: Karina de Castro Ferrari
Orientadora: MsC Karine Patrícia Stülp Cardoso**

**JUÍNA/MT
2014**

**AJES - FACULDADE DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E ADMINISTRAÇÃO DO VALE
DO JURUENA
BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

A OCORRÊNCIA DA TUBERCULOSE NA COMUNIDADE INDÍGENA RIKBAKTSÁ

Autora: Karina de Castro Ferrari

Orientadora: MsC Karine Patrícia Stülp Cardoso

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Ciências Contábeis e de Administração do Vale do Juruena, como requisito parcial para conclusão do curso de bacharelado em Enfermagem.

**JUÍNA/MT
2014**

KARINA DE CASTRO FERRARI

A OCORRÊNCIA DA TUBERCULOSE NA COMUNIDADE INDÍGENA RIKBAKTSA

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Ciências Contábeis e de Administração do Vale do Juruena, como requisito parcial para conclusão do curso de bacharelado em Enfermagem.

Banca Examinadora

Prof^a. Msc. Karine Patrícia Stülz Cardoso
Orientadora

Faculdade de ciências contábeis e administração do vale do Juruena
(AJES)

Prof^a. Dr^oNádie Christina Machado Spence

Faculdade de ciências contábeis e administração do vale do Juruena
(AJES)

Prof^o. Msc. Larissa Marchi Zaniolo

Faculdade de ciências contábeis e administração do vale do Juruena
(AJES)

Juína, 02 de Dezembro de 2014.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a realização deste trabalho a Deus, por me fortalecer com saúde, paz e persistência diante dos momentos frágeis e por ter abençoado meus passos durante toda a minha vida.

À minha família que por inúmeras vezes foi compreensiva e é só por eles que consegui chegar aqui, minha mãe é minha fonte de inspiração e minha maior incentivadora, a ela principalmente dedico este trabalho.

Ao meu namorado, que sempre me apoiou, sobretudo nas dificuldades.

Aos professores que estiveram durante a minha caminhada acadêmica e repassaram seu rico conhecimento me mostrando que o aprender pode ser surpreendente.

Em especial a Prof^a. Dda enfermeira e bióloga Larissa Marchi Zaniolo e Prof^a. Me. Karine Patrícia Stülp Cardoso, por quem tenho enorme apreço e estiveram sempre ao meu lado.

Às minhas colegas de curso, especialmente Bruninha Pedroso, Edlaine Rodrigues de Oliveira, Cristiane Martins, Leandra Pereira e Poliana Machado que estiveram sempre comigo, me apoiando e construindo juntas esta história de amizade.

Aos indígenas Rikbaktsa que tornaram possível este trabalho.

A todos meus sinceros agradecimentos e todo este trabalho é fruto da dedicação e disposição de vocês que construíram junto comigo, sem vocês, nada disso seria realidade.

À todos aqueles que de maneira, direta ou indireta, colaboraram comigo, muito obrigado!

DEDICATÓRIA

*À minha mãe
Zenita Alves Coutinho
minha grande incentivadora
ao ensinar que o
estudo é o melhor caminho
para as conquistas...*

*Às minhas irmãs
Luana Cristina Ferrari
e Luciana Leocádio Coutinho,
pelo apoio em todos os momentos...*

*À Iraní Suniga pelo
incentivo às minhas aspirações...*

*À Willian Andrade
meu porto seguro
sem você não teria conseguido...*

ÉPIGRAFE

*"Na tribo, o velho é o dono da história,
O adulto é o dono da aldeia e a
Criança é a dona do mundo"*

Orlando Villas Boas

RESUMO

No Brasil, os povos indígenas tem se destacado pela elevada incidência de tuberculose principalmente nas regiões amazônicas. Este estudo teve o objetivo de identificar a ocorrência da tuberculose (TB) na comunidade indígena Rikbaktsa do Noroeste do estado do Mato Grosso, nos anos de 2009 a 2013. Foram levadas em consideração as situações de encerramento: transferência para outros municípios, óbito por outras causas e cura e as variáveis clínicas epidemiológicas. Trata-se de uma pesquisa documental com abordagem quantitativa e delineamento transversal, tomando como fonte de informação, os casos de tuberculose notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e cadastro populacional dos indígenas da etnia Rikbaktsa registrado no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) 3.0, disponibilizado pelo Pólo Base do DSEI/RO de Juína. A coleta de dados ocorreu entre 01 a 30 de julho de 2014 no Escritório Regional de Saúde do município de Juína-MT. A população do estudo compôs-se dos casos notificados dos indígenas da etnia Rikbaktsa doentes por TB no período estudado. Dentre as variáveis clínico-epidemiológicas foram consideradas a forma clínica da tuberculose (extrapulmonar, pulmonar e pulmonar + extrapulmonar). Na análise estatística utilizaram-se técnicas descritivas contemplando frequência relativa, absoluta e média. Foram encontrados neste estudo 40 casos de TB nos anos de 2009 a 2013, sendo a faixa etária mais frequente 0 a 9 anos e prevalecendo a forma clínica pulmonar. No período analisado, 95% dos indivíduos acometidos por TB obtiveram a cura. A partir da análise dos dados, observou-se que a TB é hiperendêmica na comunidade indígena Rikbaktsa e que o desfecho cura prevaleceu acima das metas propostas pelo PNCT. Conclui-se, com o presente estudo, que é necessário discutir estratégias mais eficientes para o controle da TB nos vários territórios do estado de Mato Grosso, na intenção de minimizar a doença a níveis aceitáveis em nosso meio, levando em consideração as especificidades e diferenças das populações indígenas.

Palavras-chave: Tuberculose; índios sul-americanos; saúde de populações indígenas; epidemiologia; sistemas de saúde; Rikbaktsa; Mato Grosso, Brasil.

ABSTRACT

In Brazil, indigenous peoples has been highlighted by the high incidence of tuberculosis mainly in the Amazon regions. This study aimed to identify the occurrence of tuberculosis (TB) in the indigenous community Rikbaktsa Mato Grosso state the Northwest, in the years 2009 to 2013 were taken into consideration situations of closure: transfer to other municipalities, death from other causes and cure and clinical epidemiological variables. This is a documentary research with a quantitative approach and cross-sectional design, using as source of information, cases of tuberculosis reported in the Notifiable Diseases Information System (SINAN) and population register of Rikbaktsa ethnicity of indigenous recorded in the Information System the Indigenous Healthcare (SIASI) 3.0, available from the Pole Base DSEI / RO Juína. Data collection took place from 01 and 30 July 2014 in the Regional Office of Health of the city of Juína-MT. The study population consisted of the reported cases of indigenous ethnicity of Rikbaktsa TB patients during the study period. Among the clinical and epidemiological variables were considered the clinical form of tuberculosis (extrapulmonary, pulmonary and extrapulmonary +). In the statistical analysis we used descriptive techniques contemplating relative frequency, absolute and average. Were found in this study 40 cases of TB in the years 2009 to 2013, the most frequent age group 0-9 years and prevailing the pulmonary form. Over this period, 95% of individuals affected by TB had healing. From the data analysis, noted that TB is hyperendemic in the indigenous community Rikbaktsa and that the cure outcome prevailed above the targets proposed by the NTP. It can be concluded with the present study, it is necessary to discuss more efficient strategies for TB control in the various territories of the state of Mato Grosso, in an attempt to minimize the disease to an acceptable level in our country, taking into account the specificities and differences of indigenous peoples.

Key words: Tuberculosis; South American Indians; Health among indigenous populations; Epidemiology; Health systems; Rikbaktsa; Mato Grosso, Brazil.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição da TB nos Rikbaktsa entre os anos de 2009 a 2013, Juína/MT, 2014.....	Erro! Indicador não definido.
Figura 2 - Casos notificados de TB segundo faixa etária e gênero, Juína/MT, 2014.	Erro! Indicador não definido.
Figura 3 - Forma clínica da TB, Juína/MT, 2014.....	Erro! Indicador não definido.
Figura 4 - Situação de encerramento, Juína/MT, 2014.	30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Agente Indígena de Saúde
BK	Bacilo de Koch
CAN	Correio Aéreo Nacional
CASA/CASAIS	Casa de Saúde do Índio
CID	Código Internacional da Doença
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DSEI/DSEIS	Distrito Sanitário Especial Indígena
DOTS	Directly Observed Treatment Strategy
EMSI's – FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
ISA	Instituto Socioambiental
MS	Ministério da Saúde
MTB	<i>Mycobacterium tuberculosis</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SIASI	Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena
SINAN	Sistema de Informação Nacional de Agravos Notificáveis
SNT	Serviço Nacional de Tuberculose
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSA	Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas
SPI	Serviço de Proteção do Índio
TB	Tuberculose
TI	Terra Indígena
TS	Tratamento Supervisionado
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS.....	15
2.1 OBJETIVO GERAL	15
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	15
3 REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1 TUBERCULOSE NO CENÁRIO BRASILEIRO	16
3.2 A TUBERCULOSE NA AMAZÔNIA	17
3.3 ATENÇÃO A SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS	18
3.4 DSEI VILHENA.....	20
3.5 POVO INDÍGENA RIKBAKTS.....	21
4 MATERIAL E MÉTODO.....	25
4.1 TIPO DE ESTUDO	25
4.2 UNIVERSO DE ESTUDO E AMOSTRA.....	25
4.3 COLETA DE DADOS	25
4.4 TRATAMENTO E TABULAÇÃO DOS DADOS	26
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	27
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	27
5 RESULTADOS.....	28
6 DISCUSSÃO	31
7 CONCLUSÃO	33
REFERÊNCIAS.....	35
APÊNDICES	40

1 INTRODUÇÃO

Acredita-se que os primeiros casos de tuberculose (TB), tenham ocorrido há mais de cinco mil anos a.C. Achados arqueológicos apontam para a presença de TB pulmonar em uma múmia peruana que morreu há 1.100 anos a.C., acreditando-se que esta seja a primeira confirmação diagnóstica de TB no continente sul-americano (MACIEL et al., 2012).

A TB é uma doença infecciosa causada por uma bactéria conhecida como *Mycobacterium tuberculosis* que afeta principalmente o parênquima pulmonar, também pode ser transmitida a outras partes do corpo, incluindo as meninges, rins, ossos e linfonodos. Essa bactéria é transmitida através das vias respiratórias até os alvéolos pulmonares, onde os bacilos se depositam e começam a se multiplicar. Os bacilos também são transportados pelo sistema linfático e pela corrente sanguínea para outras partes do corpo e para outras partes dos pulmões (SMELTZER E BARE, 2012).

O Brasil é responsável por 35% dos casos de TB notificados anualmente na região das Américas. O país apresentou 94.000 novos casos de TB em 2006 e mundialmente, ocupa o 14º lugar entre os 22 países com os maiores números de casos de TB. Segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde (SINAN/MS), o número total de casos registrados em 2005 foi de 87, 233. Uma taxa de incidência de 41,9 por 100.000 habitantes. No Brasil a TB é a nona causa de hospitalização e a quarta causa de mortalidade por doenças infecciosas (BRASIL, 2006).

A TB é considerada um grave problema de saúde pública reconhecida pelo governo brasileiro, afetando as populações mais carentes e nas idades mais produtivas da vida (BRASIL, 2006). É uma doença infecto-contagiosa de notificação compulsória e de investigação obrigatória e está associada às precárias condições de vida da população brasileira e está intimamente ligada a pobreza, destacando como população de risco os povos indígenas (RIOS et al., 2013).

Sabe-se que a simples exposição da pessoa sadia com o bacilo não é o suficiente para desencadear a doença. Para que a mesma apareça em determinado organismo, requer alguns fatores intrínsecos e extrínsecos dentre eles enfatiza-se o

desemprego, baixo grau de escolaridade, alimentação deficiente, habitação insalubre e a pobreza, constituindo-se uma enfermidade de condicionamentos sociais (BRASIL, 1998).

De acordo com dados do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), existem no Brasil 538.154 indígenas, representantes de 210 povos, falantes de mais de 170 línguas, residentes em 4.413 aldeias, distribuídas em 615 Terras Indígenas (TI), encontradas em 432 municípios (MELO et al., 2012).

Os indígenas da etnia Rikbaktsa do qual trata-se esse estudo, também são conhecidos como “canoeiros” ou “orelhas de pau”, estão localizados no sudoeste da região Amazônica, a Noroeste do estado de Mato Grosso, em três Terras Indígenas (TI) homologadas pelo governo federal, dispostas entre os municípios mato-grossenses de Brasnorte, Cotriguaçu e Juara, alcançando uma extensão territorial de aproximadamente 401.382 hectares (ARRUDA, 1996).

O perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil caracteriza-se por elevadas taxas de incidência e de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, com ênfase para infecções respiratórias, diarreia, malária e tuberculose (MELO et al., 2012). Entre 2000-2004, foram notificados 2.290 casos de TB na população indígena, destacando os menores de 15 anos que apresentaram 22% dos casos diagnosticados, expressando uma transmissão ativa do bacilo na população indígena (BRASIL, 2006).

O quadro sanitário caracteriza-se pela alta ocorrência de agravos que poderiam ser significativamente reduzidos com o estabelecimento de ações sistemáticas e continuadas de atenção básica à saúde no interior das áreas indígenas (FUNASA, 2002). A saúde dos povos indígenas vem passando por alterações significativas, desde o seu perfil epidemiológico, até o modelo de atenção à saúde. As transformações que os indígenas têm vivido decorrem das alterações socioeconômicas e culturais que tem impactado na situação de saúde, que procedem dos novos estilos e hábitos de vida dos indígenas que associam os seus hábitos com os do homem não índio (COSTA et al., 2006).

De acordo com os fatos históricos, a TB contribuiu significativamente para a redução da população indígena no Brasil. Algumas vezes, os percentuais são dez

vezes superiores aos encontrados na população brasileira em geral, persistindo como importante causa de morbimortalidade apesar da disponibilidade de tratamento (SANTOS et al., 2013).

A preocupação de criar uma infraestrutura de atendimento à saúde dos povos indígenas surgiu a partir do trabalho de Noel Nutels e dos irmãos Vilas Boas que entraram em contato com diversos grupos indígenas na expedição Roncador-Xingu, organizada no governo de Getúlio Vargas. Nesta mesma época foram contatados os índios Carajás da região do Araguaia e a TB era um dos problemas mais sérios entre eles (COSTA, 1987).

Houve um importante aumento no número de instituições e pesquisadores interessados no tema da tuberculose entre as comunidades indígenas no Brasil, nas últimas décadas. A maioria dos estudos recentes se concentra na região amazônica e relata que, apesar das elevadas coberturas vacinais pela BCG, a incidência da doença é expressivamente elevada e a prevalência de infecção é bastante significativa. Essas informações em conjunto levaram o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) a considerar os indígenas como populações especiais (MELO et al., 2012).

No município de Juína/MT existe uma grande transição de indígenas da etnia Rikbaktsa, transição esta que se justifica pelas instalações de uma extensão do pólo base do Distrito Sanitário Especial Indígena de Rondônia (DSEI - RO), uma Casa de Saúde do Índio (CASAI), assim como uma Coordenação Regional da Fundação Nacional do Índio (FUNAI).

A saúde indígena constitui um extenso campo de atuação para os profissionais de enfermagem e a promoção, prevenção e recuperação da saúde são de responsabilidade deste profissional, porém para a implantação de ações preventivas, é necessário o conhecimento da realidade a respeito da ocorrência da doença dentro da própria comunidade indígena. Desta forma esse trabalho se justifica e tem como objetivo identificar o índice da ocorrência da tuberculose nessa etnia.

Outro fator importante para o desenvolvimento do trabalho em relação ao tema é o fato de ser desconhecido qualquer estudo pertinente a essa etnia relacionado à ocorrência da TB. Sendo assim, para construção desta pesquisa

levantou-se a seguinte questão: Qual a ocorrência da tuberculose na comunidade indígena Rikbaktsa de 2009 a 2013?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- ❖ Identificar a ocorrência da tuberculose entre a população indígena Rikbaktsa, no período dos últimos cinco anos (2009 a 2013).

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- ❖ Apresentar os dados encontrados considerando a faixa etária, a forma clínica e a situação de encerramento;
- ❖ Identificar a incidência anual da TB nos indígenas da etnia Rikbaktsa no período dos últimos cinco anos (2009 a 2013);

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 TUBERCULOSE NO CENÁRIO BRASILEIRO

Acredita-se que a TB foi introduzida no Brasil pelos portugueses e missionários jesuítas, a partir do ano de 1500 (RUFFINO-NETTO, 2002), propagando-se ao longo dos séculos com grande impacto, principalmente nos finais do século XIX e início do XX, onde metade dos indivíduos acometidos pela doença morriam (HIJJAR et al., 2007).

Atualmente, o Brasil se depara com um cenário bastante diversificado, devido a sua extensão territorial e às desigualdades econômicas e sociais encontradas. Diferenças essas localizadas não somente entre regiões, mas também em micro regiões e territórios, com diferenças intra-urbanas, sobretudo nos grandes centros brasileiros (BRASIL, 2005).

A TB tem preocupado as autoridades da área da saúde em todo o mundo. Em 1993, a OMS declarou a tuberculose como situação de urgência mundial. Criou-se, então, o programa “STOP TB” que reuniu instituições de alto nível científico e poder econômico, tais como: a Organização Mundial de Saúde, o Banco Mundial, entre outras (RUFFINO-NETTO, 2002).

A desigualdade social, a AIDS, o envelhecimento da população e grandes movimentos migratórios são consideradas as principais causas para a gravidade da situação atual da TB no mundo (OMS, 2008). Em outubro de 1998 foi lançado no Brasil o PNCT como estratégia para o controle da TB e possui por finalidade reduzir o abandono do tratamento a menos de 5%, detectar 70% dos casos pulmonares bacilíferos e curar 85% dos casos notificados (HEUFEMANN et al., 2013).

As diretrizes gerais do PNCT são: 1) o MS é responsável pelo estabelecimento das normas; 2) a aquisição e abastecimento de medicamentos; 3) referência laboratorial e de tratamento; 4) coordenação do sistema de informações; 5) apoio aos Estados e Municípios; 6) articulação intersetorial visando maximizar os resultados de políticas públicas (RUFFINO-NETTO, 2002).

A ONU desde 1993 passou a recomendar a estratégia DOTS (*Directly Observed Treatment Strategy*) – Estratégia de Tratamento Diretamente Observado, na intenção de cumprir essa meta (BRASIL, 2006). A estratégia DOTS se baseia em

cinco princípios fundamentais sendo eles: (1) vontade política do governo, incluindo a TB como prioridade; (2) capacidade de diagnóstico bacteriológico com uma rede estruturada e organizada; (3) suprimento regular de drogas e insumos laboratoriais; (4) sistema de informação com a notificação adequada dos casos de TB para monitoramento e avaliação confiáveis das ações de controle e; (5) Tratamento Supervisionado (TS), este último com status de medida principal. Nesse sentido, tais medidas foram propostas principalmente pela diminuição da doença nos países desenvolvidos, onde se previa que estivesse sob controle, e à ampliação desta estratégia na Ásia e na América (OMS, 2008).

Para Hijjar et al. (2007), a implementação da estratégia DOTS no Brasil tem apresentado dificuldades, remetendo à necessidade de se rever as estratégias para sua expansão. Sendo assim o controle da TB é baseado na busca de casos, no diagnóstico precoce e adequado e no seu tratamento até a cura, com o objetivo de interromper a cadeia de transmissão e evitar prováveis adoecimentos (BRASIL, 2011).

Em relação aos desafios do PNCT, Santos (2007), refere que o maior delesse encontra na ampliação da cobertura de suas ações, que possui como base a estratégia DOTS em todos os municípios prioritários, bem como a diminuição do número de casos de abandono do tratamento e o aumento da cura. Para Ruffino-Netto(2002), existem sérios problemas na área da saúde pública brasileira, sendo um deles a falta de continuidade dos programas nacionais e a adequação das propostas realizadas.

3.2 A TUBERCULOSE NA AMAZÔNIA

O artigo 2º da lei nº 5.173, de 27 de outubro de 1966 aprovada pelo presidente Castello Branco diz que:

“A Amazônia Legal abrange a região compreendida pelos Estados do Acre, Pará e Amazonas, pelos Territórios Federais do Amapá, Roraima e Rondônia, e ainda pelas áreas do Estado de Mato Grosso a norte do paralelo de 16º, do Estado de Goiás a norte do paralelo de 13º e do Estado do Maranhão a oeste do meridiano de 44º”.

Porém, o artigo 45 da lei complementar nº 31, de 11 de outubro de 1977 aprovada no governo do presidente Ernesto Geisel refere que:

“A Amazônia, a que se refere o art. 2º da Lei nº 5.173, de 27 de outubro de 1966, compreenderá também toda a área do Estado de Mato Grosso”.

A Amazônia brasileira é a região onde se expressa o maior risco de infecção por TB, na qual os coeficientes de incidência são os mais elevados do país (ESCOBAR et al., 2001). Dados da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAN) atentam para o índice elevado de incidência e prevalência da TB em municípios da região norte do país (FILHO, 2008).

Segundo Melo et al. (2012), a região Centro-Oeste possui 0,9% de população indígena em relação à população total, seguida da região Norte (2,0%), região Nordeste (0,4%), região Sul (0,3%) e região Sudeste (0,1%). Na região amazônica, vivem cerca de 60% da população indígena do país e a incidência média da tuberculose atingiu 75,1 casos por 100.000 habitantes no período 1980 a 2000, sendo considerada a mais elevada dentre as regiões brasileiras (BASTA, 2005). A extensão epidemiológica da tuberculose é aproximadamente cinco vezes superior entre os povos indígenas, quando comparados à população geral brasileira, sendo pouco esclarecidos os motivos que tornam essa população mais vulnerável (BASTA, 2004).

Garnelo et al. (2005), comparou o coeficiente da TB em 17 DSEI's no ano de 2000. Sete distritos pertencentes à Amazônia legal apresentaram maior número de casos de TB notificados, sendo eles: Araguaia, cujo coeficiente de incidência foi de 1448,6/100 mil habitantes; Vilhena, com 540,2/100 mil; Porto Velho, com 537,9/100 mil; Maranhão, com 534,2/100 mil; Kayapó/Pará, com 490,3/100 mil, Yanomami com 333,0/100 mil e Alto Purus 302,1/100 mil.

3.3 ATENÇÃO A SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

A assistência à saúde dos povos indígenas passou a ter atenção do Estado a nível nacional em 1910 com a instituição do Serviço de Proteção ao Índio (SPI) que era um meio de oferecer uma política oficial de “pacificação” e “assistencial”. Na segunda metade do século XX, destacou-se a atuação do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA) que a partir das experiências do sanitarista Noel Nutels junto com o recém-criado Correio Aéreo Nacional (CAN) implantou um modelo de assistência aérea levando equipes volantes para áreas de difícil acesso (COSTA, 1987).

Atualmente a atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil está sob a competência do Ministério da Saúde, por meio da implantação de sistemas locais de saúde, denominados DSEI. Trinta e quatro distritos estão ativos e incumbidos de promover cuidados para as populações indígenas, estimadas em 374.123 pessoas, distribuídas em 3.225 aldeias, nas diversas unidades federadas do país (GARNELO et al., 2005). Essas atividades são configuradas como subsistema do SUS, cuja gestão é conduzida pela FUNASA que promoveu convênios com entidades não-governamentais e com prefeituras, para a execução das ações programadas nos planos distritais de saúde (GARNELO et al., 2005).

Os distritos são constituídos por pólo-bases, CASAIS e postos de saúde nas aldeias. O pólo base opera como Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada em municípios próximos as aldeias, composto por equipes multidisciplinares de saúde indígena, dispondo de: enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem e AIS (agente indígena de saúde). Em algumas localidades e em determinadas épocas do ano os AIS são o único recurso das comunidades diante de determinadas doenças, pois o acesso as aldeias se torna restrito ou até mesmo impossível, pois as estradas se encontram em precário estado de conservação ou os rios de difícil navegabilidade (FUNASA, 2002).

A definição territorial dos DSEI's levou em consideração os seguintes critérios: população, área geográfica e perfil epidemiológico; disponibilidade de serviços, recursos humanos e infra estrutura; vias de acesso aos serviços instalados em nível local e à rede regional do SUS; relações sociais entre os diferentes povos indígenas do território e a sociedade regional; distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, que não coincide necessariamente com os limites de estados e municípios onde estão localizadas as T.I. (FUNASA, 2002).

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas definiu o DSEI como um modelo de organização de serviços aos povos indígenas levando em consideração um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, tendo em vista a promoção e reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias, desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência (FUNASA, 2002).

Desta forma, as ações de controle da TB se resumem nas diretrizes estabelecidas pelo PNCT, entretanto existe a necessidade de articulação com o SIASI e o Sistema Único de Saúde (SUS). Considerando que cada DSEI deve analisar os conceitos de saúde/doença dos indígenas assistidos, incluindo os aspectos intersetoriais de seus determinantes, poucas adaptações foram realizadas, pois na prática os limites do DSEI não coincidem necessariamente, com os limites territoriais dos municípios e estados devido à localização das T. I. (SANTOS et al., 2007; FUNASA 2002).

Essa situação provoca incertezas sobre quem se responsabilizará pelas ações de controle da TB, desenvolvidas na esfera do DSEI e qual o nível necessário de articulação com o SUS. Desta forma existe uma dificuldade nas articulações entre o PNCT existente, os DSEI e municípios (SANTOS et al., 2008; FUNASA 2002).

A pesquisa de Garnelo et al. (2005), afirma que apesar dos avanços representados pela implantação do subsistema de saúde indígena, ainda existem diversos problemas que devem ser solucionados, dentre eles a precariedade do sistema de informação que não supre as equipes de saúde com informações consistentes com as necessidades e peculiaridades da população atingida.

3.4 DSEI VILHENA

O DSEI de Vilhena tem sede no município de Cacoal/RO e sua implantação ocorreu em novembro de 1999. Abrangendo o sul e sudeste de Rondônia e o norte e noroeste de Mato Grosso, com aproximadamente 5,5 milhões de hectares de territórios indígenas compondo 15 municípios e 18 Reservas indígenas dentre elas:

Sete de Setembro, Rio Mequéns, Rio São Pedro, Roosevelt, Nambikwara, Vale do Guaporé, Taihantessu, Lagoa dos Brincos, Pirineus de Souza, Tubarão Latundê, Igarapé Omerê, Sararé, Escondido, Japuira, Rikbaktsa, Parque do Aripuanã, Aripuanã e Arara do Rio Branco onde habitam diferentes povos em níveis variados de contato com a sociedade envolvente, totalizando uma população de 5.976 indivíduos (FUNASA, 2006).

O DSEI Vilhena é administrado por um chefe, auxiliado por um gerente administrativo, gerente técnico e chefes dos pólos base de Cacoal, Vilhena/RO Juína/MT e Aripuanã/MT. Cada pólo base tem sob sua responsabilidade, uma CASAI, administrada por um ou dois enfermeiros e auxiliares de enfermagem (FUNASA, 2006). A gerência técnica é composta por 01 farmacêutico que coordena a assistência farmacêutica; 01 profissional que coordena o sistema de informação; 01 profissional que coordena as capacitações desenvolvidas no âmbito do DSEI e 04 supervisores, sendo 01 enfermeiro para cada 02 pólos base; 01 odontólogo que coordena as ações de odontologia e 01 profissional que coordena as ações para controle das endemias (FUNASA, 2006).

Dos diagnósticos identificados pelas equipes multidisciplinares (EMSI's) e profissionais das CASAI's por meio dos atendimentos prestados à população indígena, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças – CID verificaram que os agravos de maior incidência no âmbito do DSEI, são a pediculose, escabiose, afecções de pele, micoses, verminose, insuficiência respiratória aguda, diarreia, desnutrição e tuberculose. Quanto às doenças transmissíveis de notificação compulsória, predomina a tuberculose, a leishmaniose e o tracoma (FUNASA, 2006).

3.5 POVO INDÍGENA RIKBAKTTSA

Os indígenas da etnia Rikbaktsa, também conhecidos como “canoeiros” ou “orelhas de pau”, estão localizados no sudoeste da região Amazônica, a Noroeste do estado de Mato Grosso, em três T. I. homologadas pelo governo federal, sendo elas a T.I Erikpaktsa ou Rikbaktsa, demarcada em 1968, a T.I Japuira, demarcada em 1986; e a T.I Escondido reconhecida legalmente em 1998. Com aproximadamente 401.382 hectares de território indígena contemplados pela presença de mata

amazônica, dispostas entre os municípios de Juara, Brasnorte e Cotriguaçu ambas no estado do Mato Grosso. Sua autodenominação “Rikbaktsa” significa “os seres humanos”. “Rik” é a pessoa ser humano; “bak” é um reforço de sentido e “tsa” é o sufixo para a forma plural (ARRUDA, 1996).

A língua falante pelos Rikbaktsa foi classificada por Boswood (1971) e Rodrigues (1986) como pertencente ao tronco lingüístico Macro-Jê. Segundo Arruda (1992), a população é dividida em duas metades: Arara Amarela (Makwaraktsa) e Arara Cabeçuda (Hazobiktsa), ambas com separações clânicas internas. Os integrantes dessa população estão agrupados em uma das duas divisões, como também os elementos da natureza, flora, fauna e não-humanos. Os Rikbaktsa conservam grande parte de suas práticas rituais, deseju conhecimento da natureza, dos usos medicinais das plantas, de seu patrimônio cultural.

Estima-se que durante os primeiros anos de contato (1942 a 1957), os Rikbaktsa somavam cerca de 1.300 habitantes. Após os anos de guerra contra os seringueiros e as doenças advindas do contato, acredita-se em 1969 que eles eram apenas 300, tendo morrido quase 75% da população (ARRUDA, 1999).

Os Rikbaktsa, até meados do século XX, permaneceram desconhecidos aos olhos da sociedade brasileira. O primeiro contato conhecido ocorreu entre seringueiros e indígenas, em uma disputa sangrenta pelas terras. Movidos pelo desejo de fazer dinheiro através da seringa a “Marcha para o Oeste” levou inúmeros homens a região amazônica em um movimento humano e econômico planejado pelo Estado Novo. Com ela, diversas populações indígenas tiveram seu território invadido pelos seringueiros que instalaram seringais em suas terras. No caso dos Rikbaktsa esse encontro foi marcado por muito sangue conforme os relatos do Padre Dornstauder em seu diário referindo minuciosas brigas, mortes e fugas (PIRES, 2012). Pacini (1999) refere que os Rikbaktsa são vistos pelos moradores da região como um povo inimigo com atitudes guerreiras, tendo como principal inimigo os índios da etnia Cinta Larga.

A pacificação dos Rikbaktsa ocorreu em três fases de acordo com Pacini (1999): A intenção era atraí-los para amansá-los, depois “impor” a educação por meio dos postos de assistência indígena, com o objetivo de transformá-los em “semi-selvagens” e, finalmente, inseri-los ao mundo do trabalho, qualificando os indígenas

pelas técnicas agrícolas e indústrias. O objetivo principal foi alcançado, pois conseguiram interromper os extermínios entre índios e brancos.

A partir da "pacificação", suas terras tradicionais passaram a ser diversas frentes pioneiras da extração de borracha, das madeireiras e mineradoras como também da frente agropecuárias. Epidemias de gripe, sarampo e varíola dizimaram 75% de uma população calculada em cerca de 1.300 pessoas durante e após a pacificação. Da pacificação até 1970 as crianças foram criadas no Internato de Utariti, no rio Papagaio, educadas pelos jesuítas (ARRUDA, 1996).

Posteriormente a “pacificação”, muitas crianças Rikbaktsa foram levadas para o Internato Jesuítico Utariti, no estado de Mato Grosso, onde moravam com crianças indígenas de pertencentes a outras etnias. Aprendiam a rezar, além de executarem tarefas como cozinhar, costurar (meninas) e trabalhar na roça (meninos). No final da década de 60, o Internato foi fechado e as crianças retornaram às suas aldeias de origem. No caso dos Rikbaktsa, os jovens que regressaram do Internato se depararam com dificuldades em se adaptar aos costumes tradicionais do povo e chegaram a criar uma aldeia separada chamada “Indianópolis” (Arruda, 1992). Segundo Pires (2012), o contato com as populações brancas e o trabalho das missões jesuíticas alteraram o estilo de vida dos Rikbaktsa e atuaram de maneira decisiva sobre a demografia desta população (PIRES, 2012).

Os Rikbaktsa são caçadores e coletores, embora a agricultura já tenha passado a predominar entre as atividades de subsistência. Ao mesmo tempo, incorporaram diversas mercadorias e objetos produzidos pela sociedade que se envolve com a qual mantém relações comerciais, obtendo renda monetária nos últimos anos principalmente com a produção e comercialização da borracha, da castanha e do artesanato (sua arte plumária é das mais belas entre os grupos tribais brasileiros), estas atividades se misturam e por hora subordinam-se às atividades econômicas tradicionais. Ao longo do ano desenvolvem várias atividades relacionadas à agricultura, caça, pesca e coleta. Juntas estas atividades são acompanhadas de rituais, através dos quais se organizam e preparam-se para as tarefas procurando estabelecer a sintonia com os ritmos cósmicos de seu universo (ARRUDA, 1996).

Nesse mundo a música, as canções e os enfeites plumários têm uma importância essencial, expressando de forma sensível seu universo social e mítico, suas formas de sensibilidade afetiva, estética e religiosa. No processo de retomada de sua dignidade étnica, os rituais, a música e as narrativas míticas revestem-se de importância crucial, expressando e constituindo o núcleo de coesão e identidade que lhes permite enfrentar as transformações induzidas pelo contato, sem desintegrar-se como povo de cultura e história originais (ARRUDA, 1996).

Em 1995 os Rikbaktsa criaram a Associação Indígena Rikbaktsa – ASIRIK, que é conduzida pelos próprios indígenas e tem como objetivo promover as relações entre estes e a sociedade envolvente. A ASIRIK toma todas as decisões importantes para a sociedade Rikbaktsa, além de comercializar produtos como a castanha e o artesanato, sendo este último a principal atividade econômica desenvolvida pelos Rikbaktsa (SILVA, 2005).

A insuficiência de referências históricas e de estudos arqueológicos antecedentes não permite determinar a antiguidade de sua ocupação, porém seu conhecimento tribal, as referências geográficas expressas nos mitos e o extenso e minucioso conhecimento da fauna e flora que demonstram ter sobre o território e seus arredores fazem supor uma permanência bastante antiga na região (ARRUDA, 1999).

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa documental com abordagem quantitativa e delineamento transversal. Segundo Gil (2008):

“A pesquisa documental assemelha-se a pesquisa bibliográfica, sendo a única diferença entre ambas a natureza das suas fontes. Enquanto a pesquisa bibliográfica utiliza-se fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com o objetivo da pesquisa (p. 51)”.

Segundo Rouquayro e Filho (2003):

“São chamados de estudos seccionais ou de corte transversal aqueles que produzem “instantâneos” da situação de saúde de uma população ou comunidade com base na avaliação individualdo estado de saúde de cada um dos membros do grupo, e também determinar indicadores globais desaúde para o grupo investigado (p. 736).”

4.2 UNIVERSO DE ESTUDO E AMOSTRA

O universo do estudo são todos os casos registrados no (SINAN) do Escritório Regional de Saúde de Juína/MT. A amostra se constitui dos casos notificados de TB ocorridos nos indígenas da etnia Rikbaktsa, no período de cinco anos (2009 a 2013).

4.3 COLETA DE DADOS

Os dados secundários foram provenientes do Sistema de Informação Nacional de Agravos Notificáveis – SINAN, disponibilizados pelo Escritório Regional de Saúde de Juína/MT. A coleta de dados ocorreu no período do mês de julho de 2014. Destaca-se ainda que em nenhum momento ocorreu o ingresso da pesquisadora em áreas indígenas.

O critério de inclusão no estudo foi o seguinte: todas as ocorrências notificadas de TB nos indígenas dos municípios de Brasnorte, Cotriguaçu, Juara e Juína no período de 2009 a 2013. Posteriormente foram selecionados somente os índios da etnia Rikbaktsa.

Neste estudo foram consideradas as variáveis sócio demográficas gênero e faixa etária, das características epidemiológicas foram consideradas as formas clínicas pulmonar, extrapulmonar e pulmonar + extrapulmonar. A situação de encerramento considerada neste estudo foi à cura, a transferência para outros municípios e o óbito por outras causas. Somente essas variáveis foram analisadas no estudo, pois analisando as fichas de notificação apenas essas variáveis estavam preenchidas. Os dados foram organizados pelo programa Microsoft Excel® 2007 onde as análises foram interpretadas.

Adotaram-se como critério de exclusão as demais variáveis disponíveis no SINAN: o nome da unidade de saúde, nome do paciente, data do diagnóstico, número do cartão SUS, nome da mãe do paciente, distrito, logradouro, complementos do endereço, telefone, CEP, nº do prontuário, data do início do tratamento, esquema terapêutico inicial e número de contatos registrados, os indígenas que não eram da etnia Rikbaktsa, os casos notificados duplamente, além dos casos registrados fora do corte temporal de 2009 a 2013. Os dados foram armazenados em planilha do programa Microsoft Office Excel® 2007.

Os dados relativos aos indígenas Rikbaktsa foram obtidos junto ao cadastro populacional registrado no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) 3.0, disponibilizado pelo Pólo Base do DSEI/RO de Juína no período de 2009 a 2013, sendo assim foi considerado somente o número de indígenas por ano.

A pesquisa bibliográfica utilizada na construção da introdução e referencial teórico utilizou as fontes de pesquisa *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), *Lilacs*, *Medline*, e sites governamentais através dos descritores: *tuberculose and indígenas*.

4.4 TRATAMENTO E TABULAÇÃO DOS DADOS

Os dados foram tratados estatisticamente em frequência absoluta, frequência relativa e média. O agrupamento e exposição dos dados foram demonstrados em gráficos que possibilitam comparações entre os dados expostos, e também contextualizados com resultados comentados e fundamentados em literatura dando uma visão ampla sobre a distribuição dos casos de tuberculose, para melhor entendimento e visão crítica do leitor.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados comparando-os com resultados comentados e fundamentados em literatura consultada com o assunto e com os índices preconizados pela OMS e MS de detectar 70% dos casos infectantes e curar 85% dos mesmos utilizando a estratégia DOTS.

Para análise da incidência, adotou-se a seguinte classificação das taxas de detecção: número de casos novos confirmados de tuberculose por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. A definição de caso confirmado de tuberculose baseia-se em critérios adotados pelo Ministério da Saúde para orientar as ações de vigilância epidemiológica da doença em todo o país (BRASIL, 2005).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Em atendimento da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, foram entregues para o Escritório Regional de Saúde de Juína, uma carta de apresentação do estudante, (apêndice B), e o termo de autorização expedido pela Faculdade de Ciências Contábeis e Administração do Vale do Juruena, (apêndice C). Após anuência e assinatura da carta de autorização do estudo, a coleta foi realizada e o pesquisador comprometeu-se com a utilização dos dados para fins exclusivamente da pesquisa. Os dados coletados são de domínio público, de fonte secundária, disponíveis no SINAN.

5 RESULTADOS

Este estudo objetivou identificar as ocorrências da TB registradas no período de 2009 a 2013, segundo o banco de dados do SINAN, totalizando 40 notificações conforme tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição da TB nos Rikbaktsa entre os anos de 2009 a 2013, Juína/MT, 2014

ANO	CASOS NOVOS		POPULAÇÃO RIKBAKTSÁ	TAXA DE INCIDÊNCIA/ 100.000 HAB.
	(N)	(%)		
2009	14	35	1.222	1.145
2010	06	15	1.279	469,1
2011	04	10	1.331	300,5
2012	06	15	1.383	433,8
2013	10	25	1.425	701,7
Total	40	100%		

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (SINAN) e Sistema de Atenção à Saúde Indígena 3.0 (SIASI) Juína, MT – 2014.

A ocorrência de TB nos Rikbaktsa, no período de 2009 a 2013 apresentou uma taxa média de 610/100.000 habitantes, incidindo uma média de 08 casos novos anuais, com maior número de casos no ano de 2009. Destes, 21 (52%) casos eram do sexo masculino.

A idade estudada foi de 0 a 89 anos, sendo perceptível conforme denota a figura 1, que a idade mais acometida foi de 0 a 9 anos com 08 (20%) casos, seguida da faixa etária de 50 a 59 anos com 05 (12,5%) casos.

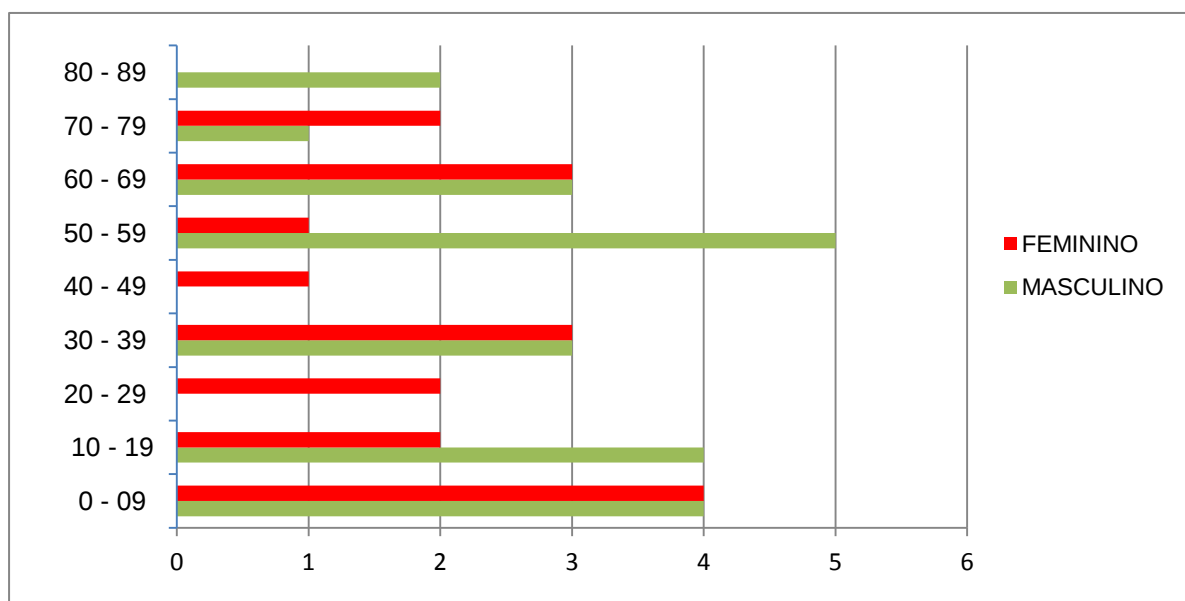


Figura 1 - Casos notificados de TB segundo faixa etária e gênero, Juína/MT, 2014.

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (SINAN) – TB, 2014.

Tabela 2—Forma clínica da TB entre os anos de 2009 a 2013, Juína/MT, 2014.

FORMA CLÍNICA DA TB	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
PULMONAR	14	06	04	06	08	38
EXTRAPULMONAR	-	-	-	-	01	01
PULMONAR+EXTRAPULMONAR	-	-	-	-	01	01
TOTAL						40

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (SINAN) – TB, 2014.

Dos quarenta casos encontrados de TB entre os Rikbaktsa, foram consideradas as três formas da TB existente, sendo observado que a forma clínica mais frequente foi a forma pulmonar com 95% dos casos, conforme apresentado na tabela 2.

A figura 2 apresenta a situação de encerramento dos casos deste estudo, ou seja, os desfechos cura, transferência para outros municípios e óbito por outras causas não relacionadas à doença, segundo as variáveis disponíveis ao analisar o banco de dados do SINAN relacionado à etnia Rikbaktsa.

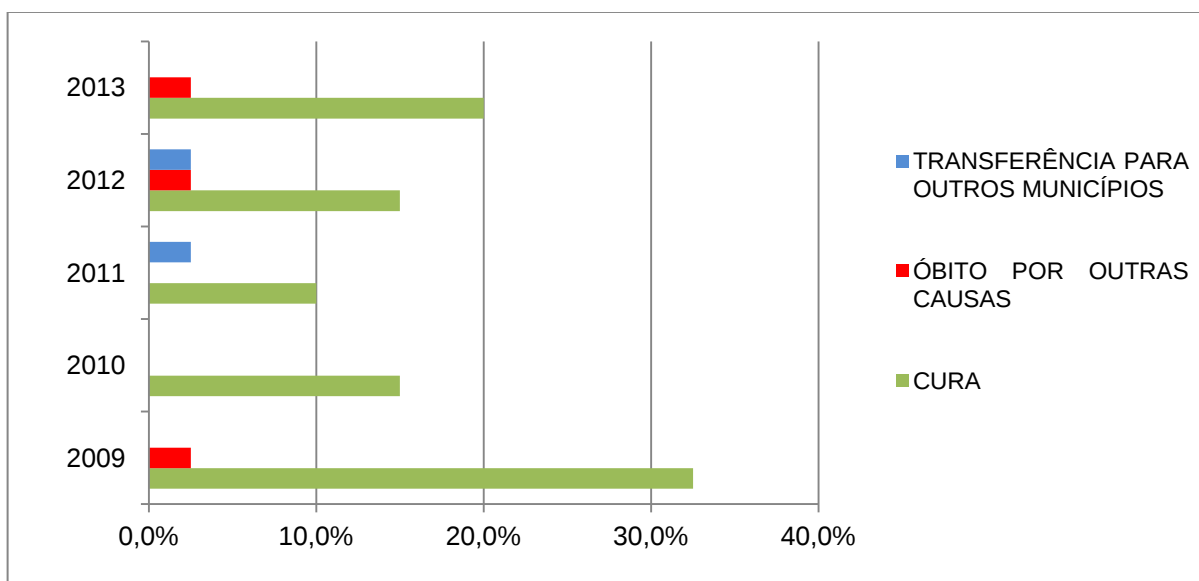


Figura 2 - Situação de encerramento, Juína/MT, 2014.

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (SINAN) – TB, 2014.

Pode-se observar que 92,5% dos casos evoluíram para a cura, outros 5% foram transferidos para outras unidades e notificou-se apenas 01 óbito por outras causas não relacionadas à doença.

6 DISCUSSÃO

Segundo estimativa de evolução populacional apresentadas pelo SIASI 3.0 ao longo dos anos deste estudo, determina-se o coeficiente de detecção de TB entre os indígenas, onde as taxas de incidência variaram de 1.114,5/100.000 habitantes em 2009 a 701,7/100.000 habitantes em 2013, o que significa que a TB se apresentou com caráter hiperendêmico nessa população, visto que a incidência anual da TB no Brasil é de 40/100.000 habitantes segundo as taxas de detecção do SUS.

No ano de 2006 o relatório de gestão do DSEI/RO referiu que 50% dos casos registrados de TB eram da etnia Rikbaktsa e 38,5% da etnia Suruí (BRASIL, 2006). Basta et al. (2005) analisando a TB nos indígenas da etnia Suruí pertencentes ao estado de Rondônia referiu que a maior incidência de TB foi na região amazônica onde vivem cerca de 60% da população indígena do Brasil. A incidência média da TB atingiu 75,1 casos por 100.000 habitantes no período de 1980 a 2000, sendo considerada a mais elevada dentre as regiões geopolíticas brasileiras, enquanto as médias nacionais situam-se na faixa de 40/100 000 (BIERRENBACH et al., 2013).

A idade mais acometida foi de 0 a 9 anos com 08 (20%) casos (figura 2). Este resultado corrobora com pesquisas nacionais que apontam uma maior incidência da TB nos menores de quinze anos de idade, como nos estudos de Bóia et al. (2009), que indicou que 22% da população indígena acometida pela TB eram menores de cinco anos de idade, ou nos achados de Marques et al. (2010), que ao estudar a TB em indígenas menores de quinze anos no estado do Mato Grosso do Sul chegou a percentuais de 70% em 2004 nos menores de cinco anos de idade, Marques e Cunha (2003), ao estudar os indígenas da etnia Guaraní-kaiwá constatou uma elevada prevalência de TB(40%) em menores de 15 anos de idade.

Os casos de TB nas faixas etárias mais jovens principalmente nas crianças, conforme observado neste estudo, indica que está ocorrendo infecção recente por contato com pacientes bacilíferos, evidenciando que o controle de contatos não está sendo eficaz (Alland et al., 1994; Alves et al., 2000; Natal, 2000).

Para fins de análise, denomina-se caso de TB pulmonar, o doente que apresenta resultados de baciloscopia ou cultura positivos ou imagem radiológica suspeita e achados clínicos importantes e sugestivos ou outros exames complementares que permitam o diagnóstico de tuberculose pulmonar. A tuberculose extrapulmonar é classificada segundo a sua localização anatomopatológica, tomando como base o resultado bacteriológico ou achados clínicos, radiológicos e histopatológicos (BRASIL, 1999).

O parâmetro nacional estipulado pelo MS que foi acordado juntamente com o PNCT é de detectar 70% dos casos pulmonares, o que foi objetivado e alcançado neste estudo já que a forma clínica pulmonar foi a mais prevalente com cerca de 95% dos casos. O relatório de gestão do DSEI/RO no período de 2000 a 2006 registrou 156 casos de tuberculose pulmonar, sendo 72 bacilíferos (BRASIL, 2006). Isso corrobora com o estudo realizado por Rios et al. (2013), que ao analisar a forma clínica da TB nos índios residentes em São Gabriel da Cachoeira/AM, obteve 85,8% da forma clínica pulmonar. Levino e Oliveira (2013), também estudando a população indígena de São Gabriel da Cachoeira, encontraram uma incidência maior da forma clínica pulmonar com 83% dos casos. É importante considerar que com relação ao desfecho “cura” a meta nacional foi ultrapassada (62,5%), de acordo com os parâmetros estipulados pelo MS que objetiva curar 85% dos casos notificados.

No tocante a situação de encerramento o desfecho cura foi alcançado dentro do parâmetro nacional estipulado pelo MS acordado no PNCT de curar 85% dos casos notificados. A situação de encerramento cura entre os indígenas da etnia Rikbaktsa atendeu aos parâmetros nacionais, sendo que a cura chegou a 92,5%. Rios et al. (2013), também chegou a mesma conclusão quando obteve a variável cura em sua situação de encerramento, chegando a 86,2% dos casos. Assim como, Marques et al. (2010), que estudou os de Mato Grosso do Sul obteve 91,1% dos casos evoluídos para cura. Basta et al. (2004), ao estudar os índios da etnia Suruí, obteve o desfecho de cura em 91%. Na pesquisa de Sidon (2009), ao estudar a TB nas populações indígenas do estado de Rondônia obteve na situação de encerramento cura um elevado percentual com 83,6%.

7 CONCLUSÃO

O presente estudo teve por finalidade identificar a ocorrência da TB nos indígenas da etnia Rikbaktsa do Noroeste do Mato Grosso que se encontra em situação hiperendêmica, pois ultrapassa as taxas aceitáveis da doença. Sobretudo no ano de 2009, quando houve um aumento expressivo no número de casos notificados em comparação aos demais anos deste estudo, principalmente nos mais jovens com a faixa etária entre 0 a 9 indicando que o controle de contatos não está sendo eficaz já que a infecção se encontra recente por um contato maior com os pacientes bacilíferos. Das formas clínicas analisadas a mais frequente foi a pulmonar e a situação de encerramento cura superou as metas propostas pelo PNCT que é de detectar 70% dos casos pulmonares e curar 85% dos casos notificados, sendo assim os objetivos deste trabalho foram alcançados.

Ressalta-se que no estado do Mato Grosso o SINAN é uma potente ferramenta capaz de produzir informações epidemiológicas sobre os casos indígenas de TB notificados, incluindo seus dados de identificação quanto aos DSEI's e as etnias. Entretanto o sistema apresenta incoerências, duplicidades, ausência de completude das fichas, que contém campos de preenchimento essencial e obrigatório. Nesse sentido, muitos dados de preenchimento poderiam dar melhores informações ao sistema que é um componente essencial do processo de trabalho da vigilância em saúde no estado.

Buscou-se mostrar também neste estudo a importância de se discutir, adequadamente, a extensão territorial do Brasil que é considerado um país continente, sendo necessária a reavaliação de todos os programas de saúde para as populações indígenas levando em conta o espaço onde vivem. Desta forma, será possível ajustar a taxa de incidência de tuberculose para as populações específicas levando-se em consideração populações em cada local de residência, suas especificidades e diferenças.

Conclui-se, com o presente estudo, que é necessário discutir estratégias mais eficientes para o controle da TB nos vários territórios do estado de Mato Grosso, na intenção de minimizar a doença a níveis aceitáveis em nosso meio.

Desse modo, os resultados disponíveis nesta análise chamam a atenção para a necessidade de estudos mais aprofundados sobre temas específicos, por exemplo: o perfil de resistência do agente etiológico às drogas no MT; fortalecimento e ampliação do TS; capacitação das equipes e disposição da Atenção Básica para o manejo adequado dos casos de TB e seus contatos na comunidade bem como o fortalecimento de ações para imunização dos indígenas.

Vale ressaltar que a redução da TB depende fundamentalmente de ações intersetoriais, com equipes interdisciplinares, qualificadas para o papel. Além disso, precisa-se dispor de um sistema de informação de qualidade, que seja atualizado corretamente e que haja uma maior educação continuada de todos os profissionais envolvidos, a fim de sensibilizar os profissionais da saúde para o melhor atendimento ao indígena.

REFERÊNCIAS

ALLAND, David.; KALKUT, Gary E.; MOSS, Andrew. R.; McADAM, Ruth. A.; HAHN, Judith A.; BOSWORTH, William.; DRUCKER, Ernest. & BLOOM, B. R., 1994. Transmission of tuberculosis in New York City. **New England Journal of Medicine**, 330:1710-1716.

ARRUDA, Rinaldo S. V. - **Os Rikbaktsa: mudança e tradição**. Tese (Doutorado em Antropologia) Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1992.

ARRUDA, Rinaldo Sérgio Viera. - “Mitos Rikbaktsa: História, Sociedade e Natureza”. **Revista Margem** n.5. Faculdade de Ciências Sociais e Programa de Estudos Pós Graduated em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Págs. 31-59. São Paulo, dez. 1996.

ARRUDA, Rinaldo Sérgio Viera. ISA: Instituto Socioambiental. **Povos Indígenas no Brasil**. Disponível em: <http://pib.socioambiental.org/pt/povo/rikbaktsa>. Acessado em 18 de Abr. 2014.

BASTA, Paulo Cesar; COIMBRA, Carlos E.A. Junior.; ESCOBAR, Ana Lúcia; SANTOS, Ricardo Ventura. Aspectos epidemiológicos da tuberculose na população indígena Suruí, Amazônia, Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical [online]**. 2004, vol.37, n.4, pp. 338-342. ISSN 0037-8682.

BASTA, Paulo Cesar. **A tuberculose entre o povo indígena Suruí de Rondônia, Amazônia, Brasil**. 2005. 131 f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2005.

BRASIL. Lei nº 5.173, de 27 de outubro de 1966. Dispõe sobre o **Plano de Valorização Econômica da Amazônia**; extingue a Superintendência do Plano de Valorização Econômica da Amazônia (SPVEA), cria a Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia (SUDAM), e dá outras providências. Brasília – DF: 1966.

BRASIL. Lei complementar nº 31, de 11 de outubro de 1977. **Cria o Estado de Mato Grosso do Sul**, e dá outras providências. Brasília – DF: 1977.

BRASIL. **Lei nº 9.836 de 23 setembro de 1999**. Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080 de 19/09/1990, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 set. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Controle da Tuberculose**. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília-DF, 1998.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Tuberculose. In: Guia de vigilância epidemiológica. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose, Brasil 2007-2015**. Secretária

de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília-DF: 2011.

BIERRENBACH, Ana Luiza; GOMES, Adriana Bacelar Ferreira; NORONHA, Elza Ferreira e SOUZA, Maria de Fátima Marinho de. **Incidência de tuberculose e taxa de cura, Brasil, 2000 a 2004**. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2007, vol.41, suppl.1, pp. 24-33. ISSN 0034-8910.

BOIA, Márcio Neves et al. **Tuberculose e parasitismo intestinal em população indígena na Amazônia brasileira**. *Revista de Saúde Pública* [online]. 2009, vol.43, n.1, pp. 176-178. ISSN 0034-8910.

BOSWOOD, Joan. **Evidências Para a Inclusão do Aripaktsa no Filo Macro-Jê. Série Lingüística**, Associação Internacional de Linguística – SIL, Anápolis, n. 1, p. 67-78, 1973. Disponível em: <http://www.sil.org/americas/brasil/publcns/ling/AKMcJe.pdf>. Acesso em: 04/08/2014.

MAGALHÃES, Gustavo Albino Pinto. SILVA, Iran Mendonça. Tuberculose e parasitismo intestinal em população indígena na Amazônia brasileira. **Revista de Saúde Pública** [online]. 43(1): 176-178, fev. 2009. tab.

COSTA, Dina Czeresnia. Política indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o serviço de unidades sanitárias aéreas. **Caderno de Saúde Pública** [online]. 1987, vol.3, n.4, pp. 388-401. ISSN 0102-311X.

COSTA, AM; GONÇALVES, GMS; LIMA, TFP; LIMA QSS. **Epidemiologia e determinantes das DCNT em populações indígenas no Brasil**. In: Freese E, organizador. *Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil*. Recife: Editora Universitária da UFPE; 2006. p. 303-320.

ESCOBAR, Ana Lúcia; COIMBRA, Carlos E. A. Junior.; CAMACHO, Luiz A. PORTELA, Margareth C.. Tuberculose em populações indígenas de Rondônia, Amazônia, Brasil. **Caderno de Saúde Pública** [online]. 2001, vol.17, n.2, pp. 285-298. ISSN 0102-311X.

FILHO, Amantino Camilo Machado. Incidência da tuberculose em indígenas do município de São Gabriel da Cachoeira, AM. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical** [online]. Uberaba, v. 41, n. 3, Junho de 2008 .

FUNASA. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde; 2002.

FUNASA. Fundação Nacional de Saúde. **Relatório de gestão CORE/RO**. Coordenação Regional de Rondônia. Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/uploads/2011/10/RELATORIO-DE-GESTAO-RO-2006.pdf>> Acesso em: 05 de Jun. 2014.

FONSECA, João José Saraiva da. **Metodologia da Pesquisa Científica**. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza – CE: 2002. Pág. 32.

GARNELO, Luiza; BRANDAO, Luiz Carlos e BRANDÃO, Antônio Levino. Dimensões e potencialidades dos sistemas de informação geográfica na saúde indígena. **Revista de Saúde Pública [online]**. 2005, vol.39, n.4, pp. 634-640. ISSN 0034-8910.

GIL. Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. - 6. ed. - São Paulo : Atlas, 2008. Pg. 51. ISBN 978-85-224-5142-5.

HARTWIG, Shaiana Vilella; IGNOTTI, Eliane; OLIVEIRA, Beatriz Fátima Alves de; PEREIRA, Hellen Caroline de Oliveira; SCATENA, João Henrique. Avaliação da vigilância de contatos de casos novos de tuberculose no Estado de Mato Grosso - Brasil. **Jornal brasileiro de pneumologia. [online]**. 2008, vol.34, n.5, pp. 298-303. ISSN 1806-3713.

HEUFEMANN, Nicolás Esteban Castro; GONCALVES, Maria Jacirema Ferreira and GARNELO, Luiza. Avaliação do programa de controle da tuberculose em cenário Amazônico: desafios em Coari. **Revista Acta Amazônia [online]**. 2013, vol.43, n.1, pp. 33-42. ISSN 0044-5967.

HIJJAR, Miguel Aiub; GERHARDT, Germano; TEIXEIRA, Gilmário M and PROCOPIO, Maria José. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. **Revista de Saúde Pública [online]**. 2007, vol.41, suppl.1, pp. 50-57. ISSN 0034-8910.
LEVINO, Antônio; OLIVEIRA, Roselene Martins de. Tuberculose na população indígena de São Gabriel da Cachoeira, Amazonas, Brasil. **Cad. Saúde Pública [online]**. 2007, vol.23, n.7, pp. 1728-1732. ISSN 0102-311X.

MARQUES, Ana Maria Campos; CUNHA, Rivaldo Venâncio da. A medicação assistida e os índices de cura de tuberculose e de abandono de tratamento na população indígena Guaraní-Kaiwá no Município de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública [online]**. 2003, vol.19, n.5, pp. 1405-1411. ISSN 0102-311X.

MARQUES, Ana Maria Campos et al. Tuberculose em indígenas menores de 15 anos, no Estado de Mato Grosso do Sul. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical [online]**. 2010, vol.43, n.6, pp. 700-704. ISSN 0037-8682.

MACIEL, Marina de Souza; MENDES, Plínio Duarte; GOMES, Andréia Patrícia; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. A história da tuberculose no Brasil: os muitos tons

(de cinza) da miséria. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**; 10(3) maio – junho, 2012.

MELO, Tatiana Eustáquia Magalhães de Pinho; RESENDES, Ana Paula da Costa; SOUZA-SANTOS, Reinaldo and BASTA, Paulo Cesar. Distribuição espacial e temporal da tuberculose em indígenas e não indígenas de Rondônia, Amazônia Ocidental, Brasil. **Caderno de Saúde Pública [online]**. 2012, vol.28, n.2, pp. 267-280. ISSN 0102-3x11.

MICHEL, Maria Helena. Metodologia e Pesquisa Científica em Ciências Sociais. São Paulo: *Atlas*, 2005. Pg. 33.

NATAL, Sonia. Tuberculose na criança. **Boletim de Pneumologia Sanitária.**, dez. 2000, vol.8, no.2, p.21-25. ISSN 0103-460X.

NOBREGA, Rafaela Gerbasi et al. **A busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose, no cenário indígena potiguara, Paraíba, Brasil.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem [online]*. 2010, vol.18, n.6, pp. 1169-1176. ISSN 0104-1169.

OMS (Organização Mundial de Saúde). **Global tuberculosis control: Surveillance, Planning, Financing.** Geneva,WHO Report, 2008.

PACINI, Aloir. **Pacificar: Relações Interétnicas e Territorialização dos Rikbaktsa.** Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio do Janeiro, 1999.

PIRES, Paula Wolthers de Lorena **Rikbaktsa: um estudo de parentesco e organização social** / Paula Wolthers de Lorena Pires. -- São Paulo: Humanitas, 2012. 170 p. - (Produção acadêmica premiada). ISBN 978-85-7506-205-0

RIOS, Diana Patrícia Giraldo; MALACARNE, Jocieli; ALVES, Luiz Carlos Corrêa; SANT'ANNA, Clemax Couto; CAMACHO, Luiz Antonio Bastos e BASTA, Paulo Cesar Basta. Tuberculose em indígenas da Amazônia brasileira: estudo epidemiológico na região do Alto Rio Negro. **Revista Panamericana de Salud Publica [online]**. 2013, vol.33, n.1, pp. 22-29. ISSN 1020-4989.

RUFFINO-NETTO, Antonio. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical [online]**. 2002, vol.35, n.1, pp. 51-58. ISSN 0037-8682.

ROUQUAYROL M. Z. ; FILHO N. A. Epidemiologia &Saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003,736p

RODRIGUES, Aryon D.1986. Línguas brasileiras. Para o conhecimento das línguas indígenas. Loyola, São Paulo.

SANTOS, Joseney. Resposta brasileira ao controle da tuberculose. **Revista de Saúde Pública** [online]. 2007, vol.41, suppl.1, pp. 89-93. ISSN 0034-8910.

SANTOS, Sandra Christo dos; MARQUES, Ana Maria Campos; OLIVEIRA, Roselene Lopes de CUNHA, Rivaldo Venâncio da. Diagnóstico da tuberculose em indígenas menores de quinze anos por meio de um sistema de pontuação em Mato Grosso do Sul. **Jornal brasileiro de pneumologia** [online]. 2013, vol.39, n.1, pp. 84-91. ISSN 1806-3713.

SANTOS, Ricardo Ventura, CARDOSO Andrey Moreira, GARNELO, Luiza; COIMBRA, Carlos E. A. Junior; CHAVES, Maria de Betânia Garcia. **Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil**. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato L, Noronha J, (organizadores). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. (Rio de Janeiro: Editora Fio cruz, 2007).

SIDON, Linconl Uchôa. **Tuberculose nas populações indígenas de Rondônia (1997 – 2006)**, Amazônia Ocidental – Brasil./Linconl Uchôa Sidon. Rio de Janeiro s.n., 2009.

SILVA, Léia de Jesus. **Aspectos da Fonologia e Morfologia na Língua Rikbaktsa**. 2005. 103f. Dissertação (Mestrado em Linguística) - Instituto de Letras Departamento de Linguística, Línguas Clássicas e Vernácula, Universidade de Brasília, Brasília. Disponível em: http://www.etnolinguistica.org/local--files/tese:silva-2005a/silva_2005.pdf. Acesso em: 04/08/2014.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G.; HINKLE Janice L.; CHEEVER Kerry H. **Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgica**. 12^a Ed. Rio de Janeiro - RJ: Guanabara Koogan, 2012. Pg. 565-568.

APÊNDICES

APÊNDICE A

CARTA DE ACEITAÇÃO DO PROFESSOR ORIENTADOR ESPECÍFICO

Juína, de 2014.

Senhora Coordenadora do Curso de Enfermagem

Atendendo a uma solicitação da acadêmica Karina de Castro Ferrari aluna regularmente matriculada no Curso supracitado, aceito orientá-la para a elaboração do trabalho monográfico intitulado “Ocorrência da Tuberculose na Comunidade Indígena Rikbaktsa”, em horário e local a ser estabelecido de comum acordo entre as partes, preferencialmente nas dependências da AJES.

Ciente da responsabilidade de bem orientar um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), subscrevo-me

Cordialmente,

Prof^a. Me. Karine Patrícia Stülp Cardoso

Aluna: Karina de Castro Ferrari

Coordenadora: Profa. Dra. Leda Maria de Souza Villaça

APÊNDICE B**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA EMPRESA****Nome da empresa: ESCRITÓRIO REGIONAL DE SAÚDE****Nome do responsável:****Atividades de pesquisa autorizadas**Projeto de Monografia: ☐ Monografia: ☒

Dados do trabalho: Será necessário para a confecção da monografia os casos notificados de tuberculose indígena nos municípios de Brasnorte, Cotriguaçu, Juara e Juína ocorridos entre 2009 a 2013, sendo incluídos somente os índios da etnia Rikbaktsa.

Título: “A Ocorrência da Tuberculose na Comunidade Indígena Rikbaktsa”

Autorizo a Faculdade de Ciências Contábeis e Administração por meio da Coordenação de Monografia do Curso de **Enfermagem**, a disponibilizar, gratuitamente, em sua base de dados, sem ressarcimento dos direitos autorais, **o texto integral** do Projeto de Monografia/Monografia em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão pela internet, a partir desta data:

☐ **SIM** ☐ **NÃO**

Obs.: Em caso da não autorização, o trabalho será disponibilizado utilizando-se nome fictício.

(Juína, Junho 2014).

Carimbo de CNPJ/CPF do responsável

APÊNDICE C**CURSO DE ENFERMAGEM - CARTA DE APRESENTAÇÃO DO ALUNO À
EMPRESA PESQUISADA**

Juína/MT _____ de _____ de 2014

Ao Senhor (a): Coordenador do Escritório Regional de Saúde de Juína
Prezado Senhor,

A Faculdade de Ciências Contábeis e Administração, representada pelo setor de Supervisão de Monografias do Curso de **Enfermagem** sob a orientação da Professora Karine Patrícia Stülp Cardoso, solicita desta instituição uma atenção especial no que se refere à pesquisa da acadêmica Karina de Castro Ferrari do 7º Termo, do curso de Enfermagem, a ocorrer no período de Julho do ano de 2014

A pesquisa tem como objetivo analisar a ocorrência da tuberculose na comunidade indígena Rikbaktsa, buscando coletar informações, as quais irão subsidiar a elaboração de seu trabalho de conclusão do curso, modalidade monografia, cujo tema é “A Ocorrência da Tuberculose na Comunidade Indígena Rikbaktsa”.

A Faculdade de Ciências Contábeis e Administração, a Coordenação do Curso de Bacharel em Enfermagem e a Supervisão de Monografias da AJES agradecem a este órgão a atenção dispensada ao (a) acadêmico (a), à instituição e ao curso, estando à disposição sempre que necessário.

Atenciosamente.

Karine Patrícia Stülp Cardoso
Orientadora de Monografia

Terezinha Márcia de Carvalho Lino
Coordenadora Pedagógica

ANEXO I – Ficha notificação / investigação – Tuberculose

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO TUBERCULOSE		Nº
TUBERCULOSE PULMONAR: Paciente com tosse com expectoração por três ou mais semanas, febre, perda de peso e apetite, com confirmação bacteriológica por baciloscopia direta e/ou cultura e/ou com imagem radiológica sugestiva de tuberculose. TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR: Paciente com evidências clínicas, achados laboratoriais, inclusive histopatológicos, compatíveis com tuberculose extrapulmonar ativa, ou pacientes com pelo menos uma cultura positiva para M. tuberculosis de material proveniente de localização extrapulmonar.				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravo/doença		Código (CID10) 3 Data da Notificação	
	4 UF 5 Município de Notificação		Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código 7 Data do Diagnóstico	
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano 11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado 12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado 13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado			
Dados de Residência	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica			
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
	17 UF 18 Município de Residência		Código (IBGE) 19 Distrito	
Dados Complementares do Caso	20 Bairro 21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	22 Número 23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2 26 Ponto de Referência		27 CEP	
Antecedentes Epidemiológicos	28 (DDD) Telefone 29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)	
	31 Nº do Prontuário		32 Ocupação	
	33 Tipo de Entrada 1 - Caso Novo 2 - Recidiva 3 - Reingresso Após Abandono 4 - Não Sabe 5 - Transferência		34 Institucionalizado 1- Não 2- Presídio 3- Asilo 4- Orfanato 5- Hospital Psiquiátrico 6- Outro 9- Ignorado	
Dados Clínicos	35 Raio X do Tórax 1 - Suspeito 2 - Normal 3 - Outra Patologia 4 - Não Realizado		36 Teste Tuberculínico 1 - Não Reator 2 - Reator Fraco 3 - Reator Forte 4 - Não Realizado	
	37 Forma 1 - Pulmonar 2 - Extrapulmonar 3 - Pulmonar + Extrapulmonar		38 Se Extrapulmonar 1 - Pleural 2 - Gang. Perif. 3 - Geniturinária 4 - Óssea 5 - Ocular 6 - Miliar 7 - Meningoencefálico 8 - Cutânea 9 - Laringea 10- Outra	
	39 Agravos Associados 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Aids Alcoolismo Diabetes Doença Mental Outras			
Dados do Laboratório	40 Baciloscopia de Escarro (diagnóstico) 1ª amostra 1 - Positiva 2 - Negativa 2ª amostra 3 - Não Realizada		41 Baciloscopia de Outro Material 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada	
	42 Cultura de Escarro 1 - Positiva 3 - Em Andamento 2 - Negativa 4 - Não Realizada		43 Cultura de Outro Material 1 - Positiva 3 - Em Andamento 2 - Negativa 4 - Não Realizada	
	44 HIV 1 - Positivo 3 - Em Andamento 2 - Negativo 4 - Não Realizado		45 Histopatologia 1 - Baar Positivo 4 - Em Andamento 2 - Sugestivo de TB 5 - Não Realizado 3 - Não Sugestivo de TB	
Tratamento	46 Data de Início do Tratamento Atual		47 Drogas 1 - Sim 2 - Não Rifampicina Isoniazida Pirazinamida Etionamida Etambutol Estreptomicina Outras	
	48 Indicado para Tratamento Supervisionado (TS/DOTS)? 1 - Sim 2-Não 9 - Ignorado		49 Número de Contatos Registrados	
	50 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome		Assinatura	
	Função		SVS 18/05/2006	