



Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Escola de Governo em Saúde
Centro de Referência Professor Hélio Fraga



Clayton de Carvalho Coelho

História da Tuberculose em Populações Indígenas

Rio de Janeiro

2013

Clayton de Carvalho Coelho

História da Tuberculose em Populações Indígenas

Trabalho de conclusão de curso apresentado
à Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)
para obtenção do título de Especialista em
Pneumologia Sanitária.

Orientador: Prof. Otávio Maia Porto

Rio de Janeiro

2013

Sumário:

1. Introdução.....	7
2. Objetivo.....	8
2.1Objetivos específicos.....	8
3. Metodologia.....	8
4. Revisão de Literatura.....	9
4.1 A tuberculose Pré-colombiana.....	9
4.2 Tuberculose e povos Indígenas – o contato com o não índio.....	11
4.3 O Século XX.....	11
5. Discussão.....	13
6. Conclusão.....	16
7. Referências bibliográficas.....	17

Resumo

A tuberculose vem sendo considerada uma prioridade entre os problemas de saúde encontrados em populações indígenas. Para a plena compreensão desta situação procuramos avaliar os fatores historicamente associados à tuberculose entre povos indígenas numa tentativa de dimensionar o problema. Apesar da origem milenar da doença, os terríveis surtos da tuberculose entre os indígenas americanos após os primeiros contatos com os europeus, evidenciam uma baixa imunidade contra a doença entre estes povos levando a interpretação corrente de que os nativos americanos foram "solo virgem" para a infecção, porém os dados existentes não são suficientes para apoiar a ausência de tuberculose na América pré-colombiana. Achados arqueológicos vêm demonstrando que a tuberculose já estava presente nas Américas antes do século XVI, suscitando uma série de hipóteses e a necessidade de buscarmos modelos explicativos diferentes. Diante das evidências encontradas é possível supor que a chegada dos europeus provocou uma súbita mudança no padrão epidemiológico, principalmente em áreas onde a doença era rara, dizimando índios com a ajuda da ruptura de uma ordem social estabelecida, junto da adição de novas infecções virais como o sarampo, além de mudanças nos padrões de deslocamento populacional, comprometendo a forma tradicional de sobrevivência. A tuberculose tornou-se um dos grandes flagelos dos indígenas americanos, fato demonstrado pelos impactos na morbimortalidade pela doença nestas populações. Este fenômeno está ligado às condições de pobreza e desintegração social, juntamente com más condições sanitárias, desnutrição, crises, guerras, ignorância e exclusão social nas quais a maior parte da população indígena encontra-se. Consequência de um processo violento de colonização e de sedentarização imposto pelo contato, com a restrição da população a pequenos territórios, favorecendo a transmissão sustentada da tuberculose. Que se reflete nos dias atuais na postura assumida pela mídia em prol de um modelo de desenvolvimento que desconsidera a cidadania destas populações.

Descritores: Povos indígenas; tuberculose; Indígena.

Abstract

Tuberculosis has been considered a priority among the health problems found in indigenous populations. For a full understanding of the situation, we evaluate the factors historically associated with tuberculosis among indigenous people in an attempt to measure the problem. Despite the ancient origin of the disease, the terrible outbreak of tuberculosis among American Indians after the first contacts with Europeans show a low immunity to disease among these people taking the current interpretation that the Native Americans were "virgin soil" for infection, but the existing data are not sufficient to support the absence of tuberculosis in pre-Columbian America. Archaeological finds have shown that tuberculosis was present in the Americas before the sixteenth century, posing a series of hypotheses and the need to find different explanatory models. In front of the evidences founded is possible to assume that the arrival of the Europeans caused a sudden change in the epidemiological pattern, especially in areas where the disease was rare, decimating Indians with the help of rupture of an established social order, with the addition of new viral infections as measles, as well as changes in the patterns of displacement, affecting the traditional way of survival. Tuberculosis has become one of the great scourges of American Indians, a fact demonstrated by the impacts on morbidity and mortality from the disease in these populations. This phenomenon is linked to poverty and social disintegration, along with poor sanitation, malnutrition, crises, wars, ignorance and social exclusion in which most of the indigenous population are. Consequence of a violent process of colonization and sedentarization imposed by contact, with the restriction of the population to small territories, promoting the sustained transmission of tuberculosis. This reflects in the present day attitude of the media towards a development model that disregards the citizenship of these populations.

Keywords: Indigenous Peoples, tuberculosis, Indigenous.

1. Introdução

Quando lidamos com populações indígenas, ao nos depararmos com a questão da tuberculose, sempre somos colocados diante de uma “prioridade”. Para a plena compreensão desta situação, é de extrema importância avaliarmos os fatores historicamente associados à tuberculose entre povos indígenas, o que amplia nosso entendimento sobre esta questão, produzindo modelos explicativos que justificam a necessidade da doença ser encarada como prioritária nesta população.

As origens da tuberculose humana ainda não são totalmente conhecidas, mas remontam a cerca de 8.000 anos atrás, possivelmente no norte da Índia (BROSCH, 1992; NERLICH & HINDAWI, 2009; PRAT & SOUZA, 2003).

Os terríveis surtos da tuberculose entre os indígenas americanos após os primeiros contatos com os europeus, juntamente com algumas pesquisas que apontam para uma baixa imunidade contra a doença entre estes povos reforçam a interpretação corrente de que os nativos americanos foram "solo virgem" para a infecção (PRAT & SOUZA, 2003). Porém, recentemente, muitos achados arqueológicos vêm demonstrando que a tuberculose já estava presente nas Américas antes dos europeus, o que exige modelos explicativos mais complexos. Fatores como cepas patogênicas diferentes da bactéria, a ausência de imunidade em longo prazo, ou permanente e os determinantes socioculturais para o surgimento da doença devem ser cuidadosamente considerados (BASTA, 2005; BUCHILLET & GAZIN, 2003; PRAT & SOUZA, 2003).

Muitos índios americanos são descritos como saudáveis e não sofrendo de tuberculose no momento do contato, mas, em documentos primários dos Séculos XV e XVI geralmente faltam detalhes médicos. A ausência de informação arqueológica, em especial na região amazônica, sobre as doenças torna difícil saber a quanto tempo a tuberculose existia ou mesmo, se existia. (BASTA, 2005; NERLICH & HINDAWI, 2009; PRAT & SOUZA, 2003).

Em todos os casos, os custos sociais e culturais do contato causaram um grande impacto na saúde, e a tuberculose é provavelmente um dos indicadores mais sensíveis deste processo histórico e biocultural. A tuberculose ainda é um agravo importante à saúde da população indígena do Brasil, apresentando altos índices de incidência, podendo chegar até 10 vezes maior do que a encontrada na população

não indígena (AMARANTE & COSTA, 2000; MARQUES & CUNHA, 2003; BRASIL, 2013).

Este cenário está diretamente ligado às condições em que vivem os indígenas, consideradas determinantes da ocorrência de tuberculose, em particular as condições socioeconômicas de extrema pobreza, desnutrição, associadas à moradias escuras e pouco ensolaradas, sem boas condições de ventilação e sem divisões internas, além da proximidade das redes de dormir distribuídas por grupos familiares, aliada algumas vezes, ao número relativamente elevado de moradores, que propiciam um maior adoecimento, em que vivem esses indígenas (BARUZZI et al. 2001; MARQUES E CUNHA, 2003).

2. Objetivos

Descrever o processo histórico da tuberculose entre os povos Indígenas do Brasil.

2.1 Objetivos específicos

Avaliar a produção científica que trata da tuberculose nas populações indígenas;

Apontar modelos explicativos para a ocorrência da tuberculose em populações indígenas.

3. Metodologia

Este estudo foi desenvolvido mediante revisão de literatura, realizada por meio de busca de produções científicas nas bases de dados SciELO (<http://www.scielo.org>), Bireme (<http://www.bireme.br>), Biblioteca Virtual em Saúde - BVS e LILACS e ainda em livros de referência. De maneira complementar, buscou-se resgatar artigos relacionados à temática, a partir das listas de referências utilizadas pelas publicações.

Com a finalidade de delimitar o objeto do estudo e o campo de investigação à realidade estudada, optou-se por selecionar apenas as produções que tratassem exclusivamente de alguma temática relacionada à saúde de populações indígenas brasileiras com ênfase em tuberculose. Os descritores de assunto utilizados para a

busca de artigos foram: índios sul-americanos, índios brasileiros, populações indígenas, povos indígenas e indígenas, combinados com o descritor tuberculose. Foram desconsiderados aqueles que, apesar de aparecerem no resultado da busca, não abordavam o assunto sob o ponto de vista da saúde indígena. Os artigos selecionados foram organizados na perspectiva de caracterizar as publicações e a abordagem dessa temática.

4. Revisão de Literatura

4.1 A tuberculose Pré-colombiana

As origens da tuberculose humana ainda não são totalmente conhecidas. A hipótese mais aceita propõe que o contato com o *Mycobacterium bovis* ocorreu após o processo de domesticação do auroque (*Bos primigenus*), bovino primitivo, principal ancestral do atual gado doméstico, cerca de 8.000 anos atrás, possivelmente no norte da Índia (BROSCH, 1992; NERLICH & HINDAWI, 2009; PRAT & SOUZA, 2003). O *M. bovis* é estreitamente relacionado ao *M. tuberculosis*, sugerindo que o segundo tenha se diferenciado do primeiro por mutações, após o contato constante com os animais e o uso de leite e carne bovina contaminados, sendo este fenômeno, provavelmente, responsável pela introdução da tuberculose entre os grupos humanos (DIAMOND, 1997). A aglomeração entre animais e seres humanos aumentou as chances de transmissão da doença. Os primeiros assentamentos sedentários que se tornariam posteriormente assentamentos urbanos, possivelmente favoreceram a seleção da forma humana da tuberculose, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Mudanças no estilo de vida e oscilação nas condições gerais de saúde explicam no passado e, ainda hoje, os diferentes comportamentos epidemiológicos da tuberculose em diferentes tempos e lugares (PRAT & SOUZA, 2003).

Os terríveis surtos da tuberculose entre os indígenas americanos após os primeiros contatos com os europeus, juntamente com algumas pesquisas que apontam para uma baixa imunidade contra a doença entre estes povos reforçam a interpretação corrente de que os nativos americanos foram "solo virgem" para a infecção (PRAT & SOUZA, 2003). Embora isso não seja completamente errado, os dados existentes não são suficientes para apoiar o conceito de que a tuberculose estava ausente na América pré-colombiana. Muitos achados arqueológicos vêm

demonstrando que a tuberculose já estava presente nas Américas antes da intensificação do contato com os europeus à partir do século XVI, o que exige modelos explicativos mais complexos. Fatores como cepas da bactéria com patogenicidade diferente, a ausência de imunidade de longo prazo ou permanente e os determinantes socioculturais para o surgimento da doença devem ser cuidadosamente considerados (BASTA, 2005; BUCHILLET & GAZIN, 2003; PRAT & SOUZA, 2003).

O modelo explicativo tradicional propõe que pequenos grupos nômades não preenchem as condições para manter a tuberculose pulmonar de forma sustentada na população, ao contrário do que é esperado em aglomerados maiores, que ocorrem com a sedentarização. Porém considerando-se que a tuberculose é uma doença crônica, e lembrando-se que o *Mycobacterium* pode assumir formas resistentes de longa duração, dentro ou fora do corpo, alguns autores propõem a persistência da tuberculose em níveis de baixa endemicidade mesmo em pequenas populações (PRAT & SOUZA, 2003). Assim seria possível que a tuberculose pulmonar humana já ocorresse em populações, mesmo antes da Revolução neolítica, na Europa e também na América.

Muitos índios americanos são descritos como saudáveis e não sofrendo de tuberculose no momento do contato, mas, em documentos primários dos Séculos XV e XVI geralmente faltam detalhes médicos. A ausência de informação arqueológica, em especial na região amazônica, sobre as doenças torna difícil saber a quanto tempo a tuberculose existia ou mesmo, se existia. Em algumas descrições de doenças da época do contato, mesmo quando, supostamente, a tuberculose pulmonar é relatada, é impossível distinguir possíveis casos pré-existentes de doença adquirida após o contato. Para povos como os Inca, há evidências paleopatológicas mostrando que eles já haviam sido expostos a infecção em sua terra natal por milênios, e que infecção já era, possivelmente, endêmica quando o europeu chegou (BASTA, 2005; NERLICH & HINDAWI, 2009; PRAT & SOUZA, 2003).

É provável que vulnerabilidades diferentes tenham existido como resultado de diferentes histórias epidemiológicas por todo o continente americano. Em todos os casos, os custos sociais e culturais do contato causaram um grande impacto na saúde, e a tuberculose é provavelmente um dos indicadores mais sensíveis deste processo histórico e biocultural.

4.2 Tuberculose e povos Indígenas – o contato com o não índio

Se a tuberculose já se encontrava nas Américas, especialmente nas áreas urbanas nos estados culturalmente sofisticados, é possível supor que a chegada dos europeus tenha produzido uma súbita mudança no padrão epidemiológico. O contato potencializou a tuberculose de muitas maneiras diferentes, tanto trazendo novas variedades de micobactérias, especialmente para as áreas onde a doença era rara, quanto dizimando índios com o ajuda da ruptura de uma ordem social estabelecida, junto da adição de novas infecções virais como o sarampo, além de mudanças nos padrões de deslocamento populacional, comprometendo a forma tradicional de sobrevivência.

A tuberculose passou a ser um dos grandes flagelos dos indígenas americanos, o que os Inuit do século XX podem facilmente demonstrar (NGUYEN, 2003). A história da tuberculose entre os povos indígenas seria diferente sem o contato com o colonizador europeu? A tuberculose é uma doença da pobreza e desintegração social, ainda hoje explode, como no passado, em condições de empobrecimento. Nas Américas e restante do Mundo, a incidência da tuberculose cresce onde a qualidade de vida diminui. Por conta disto a tuberculose cresce como uma doença oportunista, juntamente com más condições sanitárias, desnutrição, crises, guerras, ignorância e exclusão social. (GALESI, 1999)

Durante o período colonial a ocupação das terras indígenas se deu, usualmente, através de medidas violentas, em maior ou menor grau. A posse da terra sempre foi o principal objetivo dos colonizadores. Neste contexto o indígena representava apenas dois papéis, mão de obra escrava, à qual foi considerado menos apto do que o negro africano ou, mais comumente, um entrave à tomada da terra, não existindo nenhum motivo que justificasse a sua preservação (COSTA, 1987). Durante este período, e prosseguindo no período imperial, as relações com os povos indígenas ocorriam principalmente através das missões religiosas, inicialmente dos jesuítas, seguidos de carmelitas, beneditinos, franciscanos e mercedários, após a expulsão dos primeiros no século XVIII, e num passado mais recente, os salesianos em 1914 (CHRISTANTE, 2010). A atitude missionária sempre se baseou em uma perspectiva etnocêntrica dos povos indígenas, vistos como “primitivos”, na qual o indígena apresentava uma série de comportamentos

culturais inadequados que precisavam ser exterminados, ensinando-se os costumes “corretos”, adequados a um “bom cristão” incluindo-se o vestir, o comer, o falar, seu sistema de crenças, com o objetivo final de salvar suas almas. Usualmente esta catequese seguia um formato intolerante que contribuiu diretamente para a extinção de diversos povos, além da negação da própria identidade indígena por parte de algumas etnias. O mecanismo envolvido neste processo era basicamente a destruição da confiança dos índios em seus próprios valores e saberes, porém sem conseguirem lograr êxito na introdução de outros valores capazes de assegurar condições adequadas à sua sobrevivência (RIBEIRO, 1996).

4.3 O Século XX

Apenas no início do século XX o governo brasileiro assume uma política “oficial” em relação aos povos indígenas, com a criação do Serviço de Proteção aos Índios – SPI, comandado pelo Marechal Rondon, inspirado nos ideais positivistas e as nas ideias darwinistas, então aplicadas à antropologia, com a missão de pacificar os índios “selvagens”, propiciando a sua assimilação à sociedade nacional. Porém, ainda, sem uma política de saúde voltada para estes povos. A assistência à saúde que eventualmente ocorria, era realizada de maneira pontual e desorganizada, mesmo após a criação do SPI. As poucas informações existentes sobre as condições de saúde eram provenientes de relatos de missionários e de médicos participantes de expedições. (COSTA, 1987).

Somente à partir da década de 1950, com o trabalho do sanitarista Noel Nutels, inicialmente voltado para a assistência às populações ribeirinhas e em áreas rurais de difícil acesso e, após sua participação na Expedição Roncador-Xingu, para as populações indígenas, é que se inicia uma coleta sistemática acerca das informações de saúde entre alguns povos indígenas. Este trabalho culmina com a criação do SUSA – Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas, em 1956 estendendo as atividades de assistência às etnias do sul do Mato Grosso e à região do Alto Rio Negro – AM (COSTA, 1987). O principal foco do trabalho de Nutels, desde o início, foi a tuberculose, sendo realizados inquéritos radiológicos e tuberculínicos, à partir 1952, em diversas populações indígenas. Estas informações culminaram na produção de um relatório elaborado para a Organização Panamericana de Saúde –

OPAS em 1968, no qual o sanitarista demonstra o aparecimento e rápida expansão da tuberculose em povos de recente contato (NUTELS, 1968). Por conta das pressões internacionais geradas por este relatório ocorrem mudanças na política indigenista, com a extinção do SPI e a criação da FUNAI – Fundação Nacional do Índio, que encampava, além dos papéis do antigo órgão, o papel de assistência à saúde. Os profissionais do SUS propuseram, como modelo assistencial, a criação de equipes volantes de saúde (EVS), nas Delegacias Regionais da FUNAI, que ficariam a cargo das ações assistenciais de “rotina”, deixando para o SUS rebatizado como Unidade de Atendimento Especial (UAE), as ações de controle da Tuberculose. (COSTA, 1987)

Apesar destas mudanças, este modelo assistencial terminou por manter uma característica pontual, em situações de grandes epidemias, excetuando-se a situação do, então chamado, Parque Nacional do Xingu (hoje Parque Indígena do Xingu – PIX), no qual, desde 1965, por meio de convênio celebrado entre a direção do parque e, posteriormente referendado pela FUNAI, e a antiga Escola Paulista de Medicina – EPM, mantiveram-se ações regulares de imunização e supervisão do controle da tuberculose entre os povos do PIX, mantidas até os dias atuais. (COSTA, 1987; BARUZZI, 2005). Além do PIX, apenas na região sul do Mato Grosso conseguiu-se manter esta supervisão até 1980. (COSTA, 1987)

Após a promulgação da constituição de 1988, com o reconhecimento de uma série de direitos dos povos indígenas, incluindo uma atenção diferenciada à saúde e dentro do contexto da reforma sanitária inicia-se um processo que iria culminar, 1999, com a criação de um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – SASI. Este subsistema é baseado em um modelo de vigilância à saúde, tendo como unidade básica o distrito sanitário, devendo prestar assistência à saúde dos povos indígenas dentro dos princípios do SUS de integralidade e equidade, de maneira contínua (RODRIGUES, 2005).

5. Discussão

A tuberculose é conhecida por se tratar de uma doença de cunho social, de países emergentes e que não dão suporte de vida, com qualidade, a sua população. A falta de saneamento básico, urbanização desregulada, má alimentação, condições de moradia e excesso de consumo alcoólico são fatores que dão força para a

perpetuação da TB no mundo, disseminando-se predominantemente entre os grupos que vivem em situação de vulnerabilidade socioeconômica. (WHO, 2012).

No Brasil, a distribuição espacial da tuberculose se dá de forma heterogênea nas diferentes regiões geopolíticas, observando-se estreita relação entre taxas de morbimortalidade e condições socioeconômicas, associando-se especialmente à miséria e a exclusão social (BRASIL, 2013). A mortalidade tem sido atribuída à quimioterapia irregular ou inadequada, à demora ao diagnóstico, multirresistência às drogas e coinfeção com o HIV. Além desses pacientes, muitos outros com tuberculose ativa não são identificados até o óbito (HIJJAR, 2007).

A OMS assim como diversos autores, têm atribuído a propagação crescente da TB à pobreza e ao baixo desenvolvimento socioeconômico. Populações mais pobres, socialmente desfavorecidas e marginalizadas são atingidas de forma intensa e desproporcional pelas doenças, dentre elas a TB, que tem se mantido nos países pobres e emergentes, com altos níveis de desigualdade social, algo que contribui para que o Brasil esteja entre os países com maior carga de tuberculose no mundo (PORTO, 2008; WHO, 2012).

O perfil histórico de morbimortalidade indígena no Brasil tem sido dominado pelas doenças infecciosas e parasitárias. Até um passado recente, epidemias de viroses, como gripe e sarampo, junto da tuberculose, chegavam a dizimar milhares de indivíduos num curto intervalo de tempo, exterminando aldeias inteiras ou reduzindo drasticamente o número de habitantes, o que comprometia a continuidade cultural e social dos grupos atingidos (RIBEIRO, 1996).

O perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil é pouco conhecido em decorrência das fragilidades no sistema de registros de informações sobre morbidade, mortalidade e cobertura vacinal, assim como, ausência de investigações e censos populacionais, impossibilitando uma análise minimamente detalhada acerca da epidemiologia das populações indígenas, limitando o monitoramento do perfil de saúde-doença, avaliação de programas de controle das principais endemias, inclusive a tuberculose e o planejamento de ações de saúde e educação. (COIMBRA JR & SANTOS, 2000; AZEVEDO, 2000; BASTA & CAMACHO, 2006; ESCOBAR, 2005). Importante lembrar que 48,6% da população indígena aldeada, vive na região Norte do país (IBGE, 2010), habitando áreas isoladas, de difícil acesso, atendidas por uma rede de serviços deficitária, o que tende a acentuar todos estes problemas, em especial no que diz respeito à qualidade das informações.

A tuberculose tem se destacado como uma das principais endemias que acomete os povos indígenas, em especial seu papel histórico como fator de depopulação e também pela ampla distribuição que se faz presente (RIBEIRO, 1996; COIMBRA JR, SANTOS, 2000; BARUZZI et al. 2001; BUCHILLET, GAZIN, 1998; ESCOBAR et al. 2001; BRASIL, 2013).

Os povos indígenas caracterizam-se como um grupo em que as chances de se infectar e adoecer por TB é aproximadamente 10 vezes superior, quando comparados à população brasileira (MARQUES, 2003). Embora não seja conhecida precisamente a situação epidemiológica entre estes povos, estudos, com alguns grupos, mostram taxas de incidência superiores a 240 casos para 100.000 habitantes, alcançando em algumas localidades incidência maior que 600 casos para 100.000 habitantes (MELO, 2012).

Estudos realizados com diversas etnias amazônicas, evidenciam uma alta proporção de diagnósticos sem comprovação bacteriológica e sem a adequada avaliação e seguimento dos contatos, em um contexto desfavorável de acesso aos recursos diagnósticos, assim como os problemas de acesso geográfico, dificuldades de transporte e logística, tanto para o envio de amostras do material para análise bacteriológica atrelado à deficiência estrutural da rede local para exames.(BASTA, 2004; LEVINO & OLIVEIRA, 2007; BUCHILLET & GAZIN, 1998; MARQUES, CUNHA, 2003; NOBREGA et al, 2010; BARUZZI et al. 2001).

O deslocamento destes suspeitos, na população indígena, necessita de uma logística bastante complicada para o serviço, considerando as despesas com alimentação, combustível e hospedagem, levando em conta o número de pessoas, como por exemplo, no caso de mulheres indígenas, que não falam português e necessitam de acompanhantes que, de rotina, são os maridos e filhos pequenos e das crianças que são acompanhadas pelos pais e irmãos menores. Esta situação pode ser agravada em algumas comunidades indígenas, onde o acesso se faz exclusivamente por via aérea, correndo um sério risco de exposição ao contágio de índios, profissionais de saúde e tripulação, resultante do deslocamento de vários suspeitos e, dentre eles, alguns tuberculosos, em aeronaves hermeticamente fechadas sem eficiente renovação de ar (BASTA, 2004). Por outro lado, sem estes exames não é possível detectar os casos pulmonares sem confirmação bacteriológica. A presente situação é apenas uma amostra dos desafios a serem enfrentados.

6. Conclusão

Como mostrado, pelo menos desde a década de 1950, dispomos de informações consolidadas e disponíveis sobre a presença da tuberculose entre alguns grupos indígenas no Brasil. Vários estudos, conduzidos em diferentes grupos étnicos e regiões do país revelam altas ocorrências não deixando dúvidas sobre a relevância sanitária da tuberculose para os indígenas no Brasil.(BARUZZI, 2001; BASTA, 2005; BASTA, 2006; BASTA, 2006; ESCOBAR, 2001; NUTELS, 1967)

Hoje, quatorze anos depois da criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, grande parte da população indígena brasileira ainda vive em condições precárias de habitação e saneamento. Em linhas gerais, os domicílios costumam ser pouco ventilados e com pouca iluminação natural, habitados por um grande número de pessoas, sendo presença constante a fumaça de fogueiras (utilizadas para cozinhar e aquecer da casa). Em muitas etnias se observam também altos índices de desnutrição e parasitoses intestinais. Estas particularidades acabam se configurando como fatores de risco para o adoecimento por tuberculose, agravada pela dificuldade de acesso a serviços de saúde de qualidade, culminando em uma incidência de tuberculose cerca de 3 vezes maior que da população em geral (BRASIL, 2012). O processo de sedentarização imposto pelo contato, com a restrição da população a pequenos territórios, quando comparados às vastas extensões territoriais antes percorridas por estes povos, é outro fator que favorece a transmissão sustentada da tuberculose, mesmo em populações relativamente pequenas. Diariamente vemos notícias na mídia que demonstram um grande desprezo por estes povos, com uma tentativa constante de se atropelar ou simplesmente se ignorar os direitos, duramente reconhecidos na constituição de 1988, após quase quinhentos anos de sofrimento. Estas notícias nos mostram o quanto, nos dias atuais, ainda parece valer a afirmação de Von Ihering em 1907 (apud COSTA, 1987) de que, por não representarem um fator de trabalho e progresso, constituem apenas um empecilho para o desenvolvimento do país, restando apenas a sua extinção, uma vez que ouvimos discurso semelhante sustentado em um modelo desenvolvimentista particularmente ligado ao agronegócio.

Referências Bibliográficas

1. AMARANTE, J. M. COSTA, V.L. A. SILVA, F. A. Sensibilidade tuberculínica e vacina BCG entre os índios do Araguaia – MT/1997. Boletim de Pneumologia Sanitária, v. 7, nº 1, 1999.
2. AMARANTE, J. M. COSTA, V. L. A. A tuberculose nas comunidades indígenas na virada do século. Boletim de Pneumologia Sanitária, n. 8, p. 5-12, 2000.
3. AZEVEDO, M. Censos Demográficos e “os índios”: Dificuldades para reconhecer e contar. In: Povos indígenas no Brasil 1996/2000 (C. A. RICARDO, org.), pp 79-83, São Paulo, Instituto Socioambiental, 2000.
4. BARUZZI, RG. et AL. Saúde e doença em índios Panará (Kreen-Akarôre) após vinte e cinco anos de contato com o nosso mundo, com ênfase na ocorrência de tuberculose (Brasil Central). Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(2):407-412, mar-abr, 2001.
5. BARUZZI, RG; JUNQUEIRA, C (org.). Parque Indígena do Xingu: Saúde, Cultura e História. São Paulo. Terra Virgem, 2005.
6. BASTA, PC. A Tuberculose Entre o Povo Indígena Suruí de Rondônia, Amazônia, Brasil. Tese apresentada ao programa de pós-graduação da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área da Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2005.
7. BASTA, PC et al. Padrões radiológicos da tuberculose pulmonar em indígenas Suruí de Rondônia, Amazônia. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 39(2):221-223, mar-abr, 2006.
8. BASTA, PC. et al. Risk of tuberculous infection in an indigenous population from Amazonia, Brazil. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease 10(12):1354–1359, 2006
9. BASTA, P. C. CAMACHO, L. A. B. Teste tuberculínico na estimativa da prevalência de infecção por *Mycobacterium tuberculosis* em populações indígenas do continente americano: uma revisão da literatura. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, n. 22, p. 245-254, 2006.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. O controle da tuberculose na população indígena. Brasília, v.44, n. 13, p. 09, 2013.

11. BROSCH, R. et al. A new evolutionary scenario for the Mycobacterium tuberculosis complex. Proceedings of the National Academy of Science of the United States of America. March 19, vol. 99, no. 6, 2002
12. BUCHILLET, D; GAZIN, P. A situação da tuberculose na população indígena do alto Rio Negro (Estado do Amazonas, Brasil). Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14(1):181-185, jan.-mar., 1998.
13. COIMBRA, C. E. A. SANTOS, R. V. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 5, nº 1, p.125-132, 2000.
14. COSTA, DC. Política indigenista e assistência à saúde: Noel Nutels e o serviço de unidades sanitárias aéreas. Cadernos de Saúde Pública, vol.3 no.4 Rio de Janeiro, out.-dez.,1987.
15. CHRISTANTE, L. As missões Salesianas no rio Negro. disponível em <http://www2.unesp.br/revista/?p=1118> consultado em 10/09/2013
16. DIAMOND, J. Armas, Germes e Aço: os destinos das sociedades humanas; tradução de Nota Assessoria, Silvia de Souza Costa -15ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2013
17. ESCOBAR, AL. et al. Tuberculose em populações indígenas de Rondônia, Amazônia, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(2):285-298, mar-abr, 2001
18. GALESI, VMN. Mortalidade por tuberculose no município de São Paulo: análise de uma década, 1986-1995. Dissertação de mestrado. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.
19. HIJJAR, M. A. et al. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 41, p. 50-58, 2007.
20. IBGE, Os indígenas no Censo Demográfico 2010 primeiras considerações com base no quesito cor ou raça, Rio de Janeiro, 2012.
21. LEVINO A, OLIVEIRA R. M. Tuberculose na população indígena de São Gabriel da Cachoeira, Amazonas, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, n. 23, p. 1728-1732, 2007.
22. MARQUES, A. M. C. CUNHA, R. V. 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 Saúde Pública, Rio de Janeiro, n. 19, p.1405-1411, 2003.

23. NERLICH, AG; HINDAWI, SL. Paleopathology of Human Tuberculosis and the Potential Role of Climate Interdisciplinary Perspectives on Infectious Diseases. Hindawi Publishing Corporation, Volume 2009
24. NGUYEN, D. et al. Tuberculosis in the Inuit Community of Quebec, Canada. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine vol. 168, 2003
25. NUTELS, N. et al. Tuberculin reactions, x-ray and bacteriological studies in the Cayapo Indians of Brazil. Tubercle Volume 48, Issue 3, September 1967, Pages 195-200
26. NUTELS, N. Medical Problems of Newly-Contacted Indian Groups. Pan American Health Organization Advisory Committee on Medical Research. Seventh Meeting, Special Session on: Biomedical Challenges Presented by the American Indian Washington. D.C. 24-28 June 1968.
27. PORTO O. M. ROCHA A. L. C. BRANCO C. A. C. PROCÓPIO M. J. HIJJAR M. A. Determinantes sociais, econômicos e culturais das doenças. In: Controle da Tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Educação a Distância; coordenado por Maria José Procópio. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2008.
28. PRAT, JG; SOUZA, SMFM. Prehistoric Tuberculosis in America: Adding Comments to a Literature Review. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Vol. 98(Suppl.I): 151-159, 2003
29. RIBEIRO, D. Os índios e a Civilização, Companhia das Letras, 7ª Edição, 1996, São Paulo.
30. RODRIGUES, D. A UNIFESP/Escola Paulista de Medicina, o Projeto Xingu e a Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas no Brasil. In: BARUZZI, RG; JUNQUEIRA, C (org.). Parque Indígena do Xingu: Saúde, Cultura e História. São Paulo. Terra Virgem, 2005. Cap. 14.
31. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global Tuberculosis Report 2012. Genebre, Suíça, 2012.