

# DST EM POPULAÇÕES INDÍGENAS NO BRASIL – ANÁLISE CRÍTICA E REVISÃO DA LITERATURA

*SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS IN INDIGENOUS POPULATIONS IN BRAZIL – REVIEW AND LITERATURE REVIEW*

*Newton Sérgio de Carvalho<sup>1</sup>, Regis Cho<sup>2</sup>, Luciene P Flores<sup>3</sup>*

## RESUMO

As doenças sexualmente transmissíveis, incluindo a infecção pelo HIV (DST/HIV) em população indígena são pouco conhecidas e notificadas no Brasil. Através de alguns estudos específicos em algumas aldeias obtém-se uma ampla visão do panorama que pode estar ocorrendo dentro dessas comunidades. É passível de observação a vantagem dada aos povos amazônicos, por reterem o maior número de etnias, maior população e maior preservação de cultura. Também se observa que os estudos feitos na área são mais antropológicos do que ligados à saúde dos povos, demonstrando que o aspecto de preservação cultural é considerado como prioridade até em relação a doenças.

**Palavras-chave:** doenças sexualmente transmissíveis (DST), indígenas, revisão

## ABSTRACT

Sexually transmitted diseases, including HIV infection (STD/HIV) among the indigenous populations are not very well known or reported in Brazil. Through a number of specific studies in some villages we obtain a broad view of the panorama which might be occurring within these communities. It is possible to observe the advantage in favor of the people from the Amazon for holding the largest number of ethnic groups, the largest population and greatest preservation of culture. It can also be noted that studies in this area are more anthropological than linked to health care, showing that the preservation of the cultural aspect is considered a priority in relation to the illnesses.

**Keywords:** sexually transmitted diseases (STD), indigenous, review

## INTRODUÇÃO

As DST (doenças sexualmente transmissíveis) são infecções que demonstram difícil controle nas diversas populações, o que as caracteriza como grave problema de saúde pública. Neste contexto, há alguns anos tem sido implantado um programa de prevenção a essas doenças na população indígena brasileira, que, apesar de apresentar ainda pouca documentação científica, tem atingido índices expressivos, em torno de 10-15%<sup>1</sup>. A dificuldade de levantamento dos dados é explicada, fundamentalmente, pelas dificuldades relativas à extensa área geográfica do País, dificultando o deslocamento; impedimentos culturais; e até mesmo pouco conhecimento a respeito das comunidades indígenas.

Alguns pesquisadores realizaram estudos em regiões específicas, o que não equivale à população indígena brasileira total, composta por, aproximadamente, 459 mil indivíduos distribuídos em 3.627 aldeias, com mais de 200 etnias, 180 línguas e 30 famílias linguísticas. Esta população está alocada da seguinte forma: 54% na região Norte, 24% no Nordeste, 20% no Centro-Oeste; 8% no Sul e 3% no Sudeste<sup>2</sup>. A legislação que impõe o controle e a prevenção dentro das comunidades apresenta-se como um excelente método, mas ainda se encontra limitada e pouco implantada, deste modo, os estudos que envolvem a população indígena normalmente têm se relacionado com a cultura, e não com a saúde.

Historicamente, desde os tempos coloniais, os povos indígenas têm sofrido uma violação de seus direitos individuais, expropria-

ção do direito de propriedade coletiva sobre a terra e limitação de políticas públicas dirigidas à área social. Além disso, sofrem ainda com eventual falta de reconhecimento de sua diversidade cultural e étnica<sup>3</sup>.

Outro fator que dificulta o estudo e planejamento na população indígena é em relação à dinâmica demográfica; a partir de estudos pontuais, observa-se que a dinâmica demográfica da população indígena é pouco conhecida e bastante complexa. A grande diversidade de situações em relação à mobilidade espacial de alguns grupos, concentração de índios em assentamentos urbanos, taxas elevadas de mortalidade infantil e crescimento negativo da população exige estudos específicos para os diferentes grupos<sup>4</sup>.

Com a finalidade de que ocorra o conhecimento e o entendimento dos possíveis fatores de risco e vulnerabilidades que as populações indígenas possuem, são identificadas as redes sociais que permeiam estas comunidades, assim como seus interlocutores-chave, a fim de caracterizar e identificá-las em suas dimensões antropológicas e políticas, e saber como essas desenvolvem a disseminação de doenças<sup>4,5</sup>.

No intuito de que ocorra a redução da infecção pelo HIV na população brasileira, estabeleceram-se algumas diretrizes técnicas, que também podem ser aplicadas aos povos indígenas, como<sup>4,5</sup>:

- mudanças de comportamento por meio do acesso à informação qualificada sobre os meios de transmissão e prevenção, e percepção de risco;
- estabelecimento de modelos de intervenção que permitam considerar os diversos grupos populacionais, quanto à tomada de consciência em relação à sua situação de vulnerabilidade e risco, considerando os aspectos culturais, os contextos sociais e os valores relativos aos grupos envolvidos;
- desenvolvimento de trabalhos de intervenção baseados em *peer education* e *outreach work* (trabalho em pares; e agentes comunitários de saúde), relevando as mudanças de valores, atitudes, crenças e práticas em relação às DST/aids;

<sup>1</sup> Professor Titular de Ginecologia do Departamento de Tocoginecologia da Universidade Federal do Paraná – Setor de Infecções em Ginecologia e Obstetrícia.

<sup>2</sup> Médico Residente do Setor de Infecções em Ginecologia e Obstetrícia – Departamento de Tocoginecologia da UFPR.

<sup>3</sup> Médica Residente do Setor de Infecções em Ginecologia e Obstetrícia – Departamento de Tocoginecologia da UFPR.

- fortalecimento de redes sociais objetivando atingir as ações de promoção e prevenção à saúde que forneçam suporte social aos grupos envolvidos, criando alternativas para o enfrentamento da epidemia;
- desenvolvimento de parcerias com organizações não governamentais, associações comunitárias e de classe, ampliando as ações de prevenção e a resposta à infecção pelo HIV;
- criação de mecanismos institucionais para ampliar as respostas governamentais no enfrentamento da epidemia da aids.

## A população indígena e as infecções de transmissão sexual

O primeiro caso de aids em índios ocorreu na Região Sul, em 1988, mas levantamento posterior da vigilância epidemiológica, para correção das notificações, detectou a existência de um caso em 1987, no Estado de Mato Grosso<sup>4</sup>.

De acordo com os dados do Departamento Nacional de DST/Aids, referentes a 2005, a incidência em indígenas representa 0,3% do total das notificações da doença no País. Este número vem ao encontro da incidência em índios americanos e nativos do Alaska, em que a epidemiologia é dada com valor menor que de 1%. Embora seja um número pequeno, a importância se dá pelo fato de ser uma população de difícil assistência<sup>6</sup>.

Os membros das aldeias, na maioria das vezes, culpam os “brancos” pelas doenças, alegando que antes do contato não havia nenhuma enfermidade. Segundo o estudo “Contato, epidemias e corpo como agentes de transformação: um estudo sobre a aids entre os Índios Xokleng de Santa Catarina, Brasil”, os Xokleng afirmam que o convívio com os brancos trouxe as feridas nos órgãos genitais. Após a instalação de uma barragem hidrelétrica em 1988, os Xokleng foram o primeiro povo indígena do Brasil a enfrentar casos de HIV/aids, e estes ligam a doença a inúmeros prostíbulos que foram abertos ao redor das terras indígenas. Hoje, a aids se encontra presente na população indígena brasileira, sendo as gestantes mais bem assistidas e tratadas<sup>7</sup>.

Estudos mostram que as possibilidades de transmissão de DST/HIV/aids são maiores ou menores de acordo com a quantidade de ocorrências de exposição a situações de vulnerabilidade e/ou comportamentos de risco. Essas possibilidades em relação ao risco envolvem diversas situações que devem ser analisadas nos contextos epidemiológicos, culturais e sociais de cada povo, como a iniciação sexual; a frequência e posição social dos homens e/ou mulheres que saem das aldeias; ocorrência de interações entre grupos étnicos distintos, rituais e/ou eventos que envolvam manuseio de objetos cortantes compartilhados sem adequada desinfecção (escarificações e tatuagem, entre outras); práticas sexuais de poligamia, poliandria e poliginia; práticas de aleitamento cruzado; alcoolismo; prevalência de DST e outros fatores de risco associados à infecção pelo HIV<sup>4-7</sup>.

Em relação à vulnerabilidade, torna-se relevante considerar, quando se tem por finalidade a prevenção, as seguintes situações: intrusão de garimpo, extração de madeira e outros produtos em terras indígenas; construção de barragens, estradas e projetos agropecuários e de turismo; terras indígenas situadas em regiões de fronteira; presença de organizações religiosas e militares em terras indígenas; populações indígenas assentadas em áreas urbanas; e ainda outros fatores de vulnerabilidade<sup>2-5</sup>.

A tendência de que ocorra o aumento do número de casos de aids entre índios relaciona-se de forma direta com esses diferenciais citados previamente. Pois, como foi observado, entre 2003 e 2006 foram notificados 23 casos de aids entre índios na região do Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul, em que 13 eram em indivíduos do sexo masculino e dez, do sexo feminino (sendo seis gestantes)<sup>8</sup>.

Em relação ao Brasil, pela distribuição etária (**Tabela 1**) percebemos uma maior vulnerabilidade no segmento jovem da população (15 aos 29 anos), representando 50,1% dos casos de aids<sup>9</sup>.

Com os dados de incidência regional (**Tabela 2**) comparados com a população indígena de cada região geográfica do País, percebemos um número proporcionalmente maior nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste; apenas reforçando a importância da urbanização indígena na incidência de DST/aids<sup>9</sup>.

Entre 2000 e 2005 foi observado um aumento da incidência, com 150 casos de aids na população indígena adulta, sendo 54 casos de gestantes e ainda 13 casos de crianças notificados no Sistema Nacional de Informações do Ministério da Saúde do Brasil (SINAN), totalizando 163 casos<sup>9</sup>.

Comparando dados de 2000-2005 (**Tabela 3**) com os números de 1988-1999 (**Tabela 2**), percebemos um aumento expressivo no número de casos, sendo difícil estabelecer os motivos deste aumento; seja por real aumento de transmissão, ou por maior investigação epidemiológica incluída neste período. O importante desta comparação é perceber que a incidência continua sendo mais importante nos grandes centros urbanos, o que confirma a importância do contato com a população branca, como já foi descrito<sup>9</sup>.

**Tabela 1** – Distribuição proporcional dos casos de aids na população indígena brasileira (1987-1999).

Grupo Etário (Anos)	Masculino	Feminino	Total
15 a 19	01 (5,5%)	01 (7,0%)	02 (6,3%)
20 a 24	02 (11,1%)	02 (14,3%)	04 (12,5%)
25 a 29	04 (22,2%)	06 (43,0%)	10 (31,3%)
30 a 34	07 (39,0%)	02 (14,3%)	09 (28,1%)
35 a 39	02 (11,1%)	01 (7,1%)	03 (9,4%)
40 a 44	02 (11,1%)	-	02 (6,2%)
45 a 49	-	-	-
50 a 64	-	-	02 (6,2%)
Total	18 (100%)	14 (100%)	32 (100%)

(Fonte: SINAN<sup>9</sup>.) Obs.: Existe um caso sem notificação de idade.

**Tabela 2** – Proporção de casos de aids na população indígena brasileira segundo sexo e distribuição regional (1987-1999).

Região	Masculino	Feminino	Total
Norte	02 (11,1%)	08 (53,3%)	10 (30,2%)
Nordeste	03 (16,7%)	02 (13,3%)	05 (15,2%)
Sudeste	04 (22,2%)	02 (13,3%)	06 (18,2%)
Sul	04 (22,2%)	02 (13,3%)	06 (18,2%)
Centro-Oeste	05 (27,8%)	01 (6,7%)	06 (18,2%)
Total	18 (100%)	15 (100%)	33 (100%)

(Fonte: SINAN<sup>9</sup>.)

**Tabela 3** – Proporção de casos de aids na população indígena brasileira segundo distribuição regional 2000-2005.

Região	Total
Norte	39 (23,9%)
Nordeste	25 (15,3%)
Sudeste	39 (23,9%)
Sul	32 (19,6%)
Centro-Oeste	28 (17,2%)
Total	163 (100%)

(Fonte: SINAN<sup>9</sup>.)

Mas não é apenas a infecção pelo HIV/aids que circula nas aldeias. O estudo “O impacto da infecção por *Chlamydia* em populações indígenas da Amazônia brasileira” coletou, entre 1983 e 1995, um total de 2.086 amostras sorológicas de populações indígenas da Amazônia, e comprovou que 48,6% das amostras demonstravam anticorpo positivo para clamídia<sup>10</sup>.

No Brasil não existem dados populacionais sobre a infecção por clamídia, que se caracteriza como uma doença silenciosa, em que a maioria das pessoas não percebe que está infectada e não procura atendimento médico. E mesmo quando se observam sinais de uretrite e busca-se atendimento, a clamídia não é uma doença de notificação, passando a não contribuir no levantamento de dados para se estimar a doença na população total, assim como para se comparar com o estudo realizado nas aldeias da Amazônia<sup>9,10</sup>.

Em outro estudo realizado em busca de se verificar a presença de câncer do colo do útero nas aldeias do Parque Xingu, intitulado: “Rastreamento do câncer de colo uterino em índias do Parque Indígena do Xingu, Brasil central”, participaram 423 mulheres com vida sexual ativa presente ou pregressa, e os dados foram coletados entre 1989 e 1996, incluindo material para o exame citopatológico. Observou-se nos resultados que cerca de 84% das mulheres pesquisadas apresentavam atipias celulares associadas direta ou indiretamente com doença sexualmente transmissível. Dentre essas, a maior incidência foi de microrganismos indeterminados (66%), 14% eram vaginoses bacterianas e 13%, *Trichomonas vaginalis*. A infecção por clamídia aparece em quarto lugar, com 2%. Sendo assim, este estudo demonstrou como a população indígena se encontra exposta a uma cadeia de transmissão de doenças<sup>11</sup>.

Segundo dados de Projetos desenvolvidos pela Coordenação Nacional de DST/Aids em parceria com Estados, Municípios e outras instituições (1997), a prevalência das DST em populações indígenas é de cerca de 60%. Esses dados se confirmam ao se verificar a realidade de uma população de 323 mil índios no território brasileiro, com apenas duas etnias: o Povo Nambiquara, com população estimada de 885 índios, dos quais 60% apresentavam algum sinal sugestivo de DST e o Povo Kayapó, com população estimada 4.000 índios, dos quais 62% apresentavam algum sinal sugestivo de DST. O estudo também descreve apenas sinais sugestivos, sem dados concretos que confirmem as hipóteses diagnósticas<sup>12</sup>.

O estudo “Controle de DST/Aids em área indígena”, publicado em 2001, demonstra a dificuldade de se implantar um projeto de prevenção e as diferenças culturais das diversas etnias. Os resultados comprovam que cada etnia tem sua cultura e somente respeitando a cultura e conhecendo a população se obtêm resultados efetivos<sup>13</sup>.

Comparando com estudos realizados nos Estados Unidos da América, percebemos uma semelhança entre os índios americanos, os nativos do Alaska e os índios brasileiros, não apenas em relação a números e incidência, mas também em relação à falta de estudos<sup>14</sup> ou ainda sobre a importância do conhecimento cultural de cada grupo<sup>15</sup>. Outro problema citado pela literatura americana, com o mesmo grupo de estudo, demonstrou a ocorrência de identificação errada de descendentes de índios. Isto demonstra que muitos casos urbanos notificados são de descendentes de índios, sendo que estes não estão sendo identificados como tais. Com isto, observamos dados subestimados dos casos de DST/aids na população indígena ou nativa<sup>16-18</sup>.

Recentemente, Benzaken *et al.*, estudando 282 indígenas da etnia Hupdas, na região do Alto Rio Negro (Região Norte do Brasil), encontraram positividade para sífilis, usando teste rápido, em 19 (6,7%) indivíduos<sup>19</sup>. Naquele estudo os autores analisaram quatro comunidades e as taxas de prevalência para testes sorológicos para sífilis variaram de 0% a 12,7%<sup>19</sup>.

## CONCLUSÃO

As críticas realizadas à prevenção e cura das DST dentro das aldeias brasileiras, mais uma vez, demonstram-se pertinentes e os estudos aqui apresentados se revelam específicos para determinadas populações, sendo a população do Norte mais estudada, provavelmente por reter a maior quantidade e diversidade indígena. Todos os estudos relataram críticas quanto ao acompanhamento e à prevenção dentro das aldeias, alegando que o que é proposto, devido a uma ou outra dificuldade, em sua maior parte não se cumpre, impedindo assim o adequado controle das doenças. Este resultado foi muito próximo ao observado em grupo étnico similar americano.

Demonstra-se também que a população indígena em maior contato com a população branca apresenta maior índice de DST. A insuficiência de informação demonstra mais uma vez que a população indígena ainda se encontra descoberta em relação à saúde e que os estudos priorizam o lado étnico cultural dessas populações. Além disso, o pouco material de estudo que temos no Brasil, em sua maioria é sobre HIV/aids, tendo pouca informação sobre outras DST.

O lançamento do Manual DST/AIDS para o Agente de Saúde Indígena, pelo Governo Brasileiro, em 2005, mais o Programa de Prevenção de DST/AIDS – 2006 estão promovendo mudanças que poderão ser observadas em estudos futuros. O adequado seria que nesta etapa da abordagem da saúde do indígena fosse realizado um levantamento de dados de toda esta população no Brasil, para que os casos de DST fossem notificados e a população, instruída de modo adequado e tratada.

## Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Education and Prevention: Brazil Launches Anti-AIDS Campaign for Indians – AIDSWEEKLY Plus, Monday, 9 December 1996.
2. FUNASA, Departamento de saúde indígena, DESAI – Projeto VIGISUS II, Dados e indicadores selecionados. Ministério da Saúde; FNS. 2008.
3. Luciano GS. O Índio Brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; 224 p. 2006.
4. Brasil. Povos indígenas e a prevenção às DST, HIV e Aids. Manual de Diretrizes técnicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
5. Brasil. Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes/Coordenação Nacional de DST e Aids. 1a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. 90p.
6. McNaghten AD, Neal JJ, Li J, Fleming PL. Epidemiologic profile of HIV and AIDS among American Indians/Alaska Natives in the USA through 2000. *Ethn Health*. 2005; 10(1): 57-71.
7. Wiik FB. Contato, epidemias e corpo como agentes de transformação: um estudo sobre a AIDS entre os Índios Xoklêng de Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2001; 17: 2.
8. Doenças sexualmente transmissíveis e aids entre indígenas do Distrito Sanitário Especial Indígena do Mato Grosso do Sul de 2001 a 2005. *Saúde Coletiva* 2011; 47(8): 7-12.
9. Ministério da Saúde. *Epidemiologia DTS/AIDS*. 2007.
10. Ishak MOG, Ishak R. O impacto da infecção por Chlamydia em populações indígenas da Amazônia brasileira. *Cad. Saúde Pública* 2001; 17: 2.
11. Taborda WC, Ferreira SC, Rodrigues D, Stávale JN, Baruzzi RG. Rastreamento do câncer de colo uterino em índias do Parque Indígena do Xingu, Brasil central. *Rev Panam Salud Publica* 2000; 7: 2.
12. Projetos Desenvolvidos pela Coordenação Nacional de DST/Aids em parceria com estados, municípios e outras instituições. *Prevalência de DST e AIDS em populações específicas*; 1997.
13. Garnelo L, Araújo I, Silva RM, Benzaken A, Dias LC, Encarnação A et al. Controle DST/AIDS em área indígena: o Mercado Simbólico do Alto Rio Negro. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis* 2001; 13(2): 23-26.
14. Bertolli J, McNaghten AD, Campsmith M, Lee LM, Leman R, Bryan RT et al. Surveillance systems monitoring HIV/AIDS and HIV risk behaviors among American Indians and Alaska Natives. *AIDS Educ Prev*. 2004 Jun; 16(3): 218-37.
15. Kaufman CE, Shelby L, Mosure DJ et al. Within the hidden epidemic: sexually transmitted diseases and HIV/AIDS among American Indians and Alaska Natives. *Sex Transm Dis*. 2007; 34(10): 767-77.
16. Bertolli J, Lee LM, Sullivan PS. Racial misidentification of American Indians/Alaska Natives in the HIV/AIDS Reporting Systems of five states and one urban health jurisdiction, U.S., 1984-2002. *Public Health Rep*. 2007; 122(3): 382-92.
17. Programa Nacional de DST/AIDS – Povos indígenas na prevenção das DST e AIDS – 2006.
18. FUNASA – Educação Profissional Básica para Agentes Indígenas de Saúde. Módulo DST/AIDS, 2005.
19. Benzaken AS, Sardinha JCG, Garcia EG. Sífilis congênita em comunidades indígenas de difícil acesso: desafio a superar mediante uso de la tecnologia. *Revista de Leprologia Fontilles* 2010; 17: 551-560.

### Endereço para correspondência:

**NEWTON SÉRGIO DE CARVALHO**

Rua Saldanha Marinho, 1.422, apto 801

Curitiba - Paraná

CEP: 80430-160

E-mail: newtonsdsc@gmail.com

Recebido em: 10.07.2011

Aprovado em: 18.11.2011