

A grave epidemia de hepatite B e D no Vale do Javari

Hilton S. Nascimento
Ecólogo do Centro de Trabalho Indigenista – CTI
Deyce Cuevas Paredes
Médica do Município de Benjamin Constant-AM

2006.

Entre os anos de 2001 e 2004 os índios do Vale do Javari enfrentariam aquele que se transformou no seu maior problema nesse período, e que já não era mais a extração de madeira, uma epidemia de hepatite B e D.

A hepatite B é uma doença causada por um vírus e é transmitida principalmente por contato sexual, por contato com sangue contaminado ou da mãe para o filho durante o nascimento. É 10 vezes mais contaminante que o vírus da Aids e é a 9ª causa de morte no mundo (Varaldo, 2005).

O vírus da hepatite D, também chamado de Delta, é um vírus que requer a presença da infecção pela hepatite B para sobreviver. A forma de transmissão é a mesma da B. (Varaldo, 2005). A superinfecção pela hepatite B e D, ocasiona as formas mais graves de hepatite, conhecidas cientificamente como Febre Negra de Lábrea, com intenso quadro de hemorragia digestiva, ocasionando vômitos de coloração escura (Brasil, 1999). A doença ocorre sob a forma de surtos familiares. Após um período inicial de febre, vômitos e falta de apetite logo surgem sintomas neurológicos como agitação, delírio, convulsões e coma hemorrágico, com a morte ocorrendo em média entre 4 a 6 dias após o início dos sintomas.

A região amazônica é considerada uma das mais importantes áreas de endemicidade do vírus da hepatite B e D no mundo. A terra indígena Vale do Javari localizada no sudoeste do estado do Amazonas se situa dentro dessa área de alta endemicidade.

A grave contaminação por hepatite B no Vale do Javari é um problema antigo. Há mais de 13 anos, em 1993, já se tem documentos falando de mortes por essa hepatite na região (FUNAI, 1998). Em 1995 houve um surto de mortes com 7 óbitos (Instituto Socioambiental, 1995).

Em junho de 2001 um novo período de mortes causados pela hepatite B ou síndrome febril íctero-hemorrágica aguda (SFIHA) começou. A SFIHA é o nome técnico que se dá para a doença que possui sintomas parecidos com hepatite B e febre amarela mas sem comprovação laboratorial. A não confirmação laboratorial é a maioria dos casos de óbitos no Javari, já que muitos morrem nas aldeias sem

tempo de procurarem tratamento nas cidades. A não confirmação laboratorial tem sido usada como desculpa pelas autoridades competentes para dizer que não podem afirmar que esses casos são todos causados por hepatite B, mesmo numa área de alta endemicidade para essa doença e com grandes porcentagens dos indígenas sendo portadores confirmados de hepatite B.

O novo período de mortes que se iniciou em 2001 começou na aldeia Marubo do Rio Novo com 3 mortes em menos de um mês dentro da mesma família. Em 2002 ocorreu mais uma morte na mesma aldeia. Em 2003, o pior ano dessa epidemia recente, 17 pessoas morreram (CTI, 2004). O ano de 2003 foi especialmente trágico, as mortes mais de uma por mês ocorreram entre 4 dos 5 povos do Vale do Javari (Marubo, Mayuruna, Kulina e Matis) e atingiu 3 dos 4 principais rios da terra indígena (Ituí, Curuçá e Javari). Notícias via rádio de pessoas vomitando sangue, entrando em coma terminal e vindo a óbito em menos de cinco dias se tornaram freqüentes. Com mais de uma morte por mês e com as notícias se espalhando rapidamente via rádio o medo se espalhou pelo Vale do Javari. Povos que tinham rivalidades latentes começaram a se acusar de feitiçaria, famílias que compartilhavam a mesma aldeia também se acusavam resultando em separação. Duas aldeias (Rio Novo e São Sebastião) mudaram de lugar na esperança de fugir da doença e o êxodo de jovens em direção as cidades de Atalaia do Norte se intensificou em busca de tratamento ou para fugir da doença. Varias famílias perderam mais de um membro próximo em poucos meses ou mesmo dias. As conseqüências para a geopolítica da região foram enormes. Entre junho de 2001 e janeiro de 2004, 22 pessoas morreram, algumas com hepatite B confirmada outras com os mesmos sintomas e suspeitas mas sem confirmação laboratorial (CTI, 2004). Destes 68 % eram Marubo do rio Ituí e Curuçá.

As três novas aldeias fundadas pelos Mayoruna que em 1995 abandonaram o Lameirão devido aos 6 óbitos causados por hepatite B sofreriam novamente em 2003, menos de 10 anos depois, vários óbitos causados pela mesma doença da qual supostamente fugiram.

No Acre onde a hepatite B é o principal problema de saúde pública, ela também tem contribuído para o esvaziamento do campo com seus habitantes não indígena migrando para a cidade em busca de tratamento.

Em 2004 a expedição da Funai e do Instituto Dunas e Ventos, patrocinada pela Kodak fez o que a Funasa até hoje não conseguiu: a sorologia de todos os habitantes do rio Ituí..

Foram realizados 413 exames, que ficaram à disposição da Funasa. A pedido da revista ISTO É (18/08/2004) o infectologista Artur Timerman, comentou os dados:

“Apenas 14% da população desenvolveu imunidade ao vírus da hepatite B a partir de vacinação. “Trata-se de uma imunização pela vacina extremamente baixa para uma área considerada endêmica, mas que se mostra numa situação de epidemia”. Outros 23% dos índios examinados desenvolveram imunidade natural ao vírus. Por um lado, isso é bom. Indica que o organismo produziu anticorpos e eliminou o vírus, tornando o corpo imune. Por outro, alerta para a grande quantidade de pessoas na região que teve contato com o vírus da hepatite B. No total, cerca de 37% dos habitantes da região das aldeias marubo e matis ao longo do Rio Ituí, entre vacinados e naturalmente imunes, não correm risco de pegar a doença. Porém, restam outros 55% de índios sem defesa contra o vírus. A situação é ainda mais grave para os 8% dos índios que possuem o vírus da hepatite B em sua forma crônica, ou seja, com risco de desenvolver formas graves que causem danos como a cirrose. Isso pode demorar décadas ou ser apressado pela presença de outros vírus, como o da hepatite Delta, ou por doenças como a malária e alcoolismo podendo desencadear a forma fulminante da doença”.

A Funasa se recusa a aceitar esses resultados alegando desconhecer o método utilizado, mesmo tendo sido usado o Elisa, método preconizado pelo Ministério da Saúde.

Dados oficiais da Funasa de 2004 comprovam 78 indígenas portadores de hepatite B (CTI, 2005). O número da amostragem como sempre, nunca é divulgado, mas não chega nem a 1.000 indígena dos cerca de 3.000 habitantes do Vale do Javari. Desses 31 % são Marubo, 44 % Mayoruna, 10 % Matis, 9 % Kanamari, e 1 % Kulina. 34 % dos portadores tem menos de 20 anos de idade. Os Mayoruna constituem quase metade dos casos registrados de portadores, tendo uma de suas aldeias com cerca de 50 habitantes onde 30 % deles são portadores.

Apesar de tudo isso ainda hoje a Funasa não consegue romper a cadeia de transmissão da doença. As novas gerações do Vale do Javari não estão a salvo da hepatite e continuam sendo contaminadas. Desde 1995 já se falava que o não cumprimento do correto período de tempo entre as vacinas poderia comprometer sua imunidade e em 2001 novamente o médico do Hospital de Medicina Tropical chamava a atenção para a vacinação no Javari (Lacerda, 2002).

Dados acumulados até o ano de 2002 demonstram que somente 3 % das crianças menores de um ano receberam as 3 doses necessárias para conferir imunidade contra o vírus da hepatite B. O esquema vacinal de 44 pacientes portadores de hepatite virais e de retorno para tratamento que participaram do manejo clínico realizado em outubro de 2005 mostra claramente como foi a vacinação entre os indígenas do Javari ao longo dessa última década. O intervalo entre a primeira dose e a segunda que deve ocorrer dentro de um mês, foi realizado em média em 12 meses, com um caso extremo que demorou 4 anos e meio! Situação pior ainda se encontra entre o intervalo da segunda para a terceira

dose que deve ocorrer dentro de 6 meses e teve uma média de 22 meses com extremos com 2 indígenas que receberam a terceira dose somente 8 anos depois da segunda e mais outros dois indígenas que vieram a receber mais de 10 anos depois! Mesmo hoje a Funasa não consegue realizar mais do que 2 vacinações por ano. Foi assim de 2002 a 2005 .

O risco das pessoas contaminadas por hepatite B progredirem para a forma crônica é de 5 a 10 % em adultos, mas é de mais de 90 % no caso de recém nascidos. A Funasa ainda hoje não tem a sorologia de todas as mulheres em idade reprodutiva do Vale do Javari para poder evitar a contaminação vertical, da mãe para o filho.

Para os portadores crônicos iniciou-se os procedimentos para o tratamento, mas o remédio além de caro provoca efeitos colaterais fortes como depressão com necessidade de acompanhamento médico e psicológico constante. Assim os pacientes em condições de receber o tratamento serão deslocados para uma das cidades da região. Como os pacientes não virão sem suas esposas ou maridos e filhos serão muitas as consequências da retirada de famílias inteiras por mais de um ano de dentro da área indígena.

Para outros a única solução é o transplante e alguns já se encontram na longa e lenta fila de transplante de fígados do Brasil.

Atualmente a situação das hepatites no Vale do Javari não mudou muito, continua sendo uma bomba relógio que pode voltar a explodir a qualquer momento. Situação agravada pelo fato de ser uma área com fortes surtos de malária numa população com o fígado já debilitado pela hepatite.

Bibliografia

Brasil, L. M. 1999. Epidemiologia das hepatites no Estado do Amazonas. In: Luisa Basília Iñiguez Rojas e Luciano Medeiro de Toledo (orgs.). Espaço & Doença: um olhar sobre o Amazonas. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Editora Fiocruz.

Centro de Trabalho Indigenista. 2004. A grave situação das hepatites B e D no Vale do Javari. Disponível em www.trabalhoindigenista.org.br

Centro de Trabalho Indigenista. 2005. A grave situação de saúde no Vale do Javari continua, mesmo após um ano de denúncias. Disponível em www.trabalhoindigenista.org.br



FUNAI. 1998. Relatório de identificação e delimitação da Terra Indígena Vale do Javari, GT Portarias nº 174/95 e 158/96. Brasília.

Instituto Socioambiental. 1996. Povos Indígenas no Brasil 1991/1995. Série aconteceu especial. São Paulo.

Lacerda, M. V. G. 2002. Investigação de três casos de óbito por síndrome febril íctero-hemorrágica aguda em Atalaia do Norte (AM) em 2001. Fundação de Medicina Tropical do Amazonas.

Varaldo, C. 2005. Grupo Otimismo disponível no site da Associação brasileira de Hepatologia www.sbhepatologia.org.br