

nº 11

ABRIL-MAIO-JUNHO 1997
Publicação trimestral

Sumário

COOPERAÇÃO

Tuberculose, busca de assistência médica e observância terapêutica na Amazônia brasileira 1

Assistência ao aids: eixo prioritário do Programa AIDS Franco-Brasileiro 4

PESQUISA

Ultra-som para caracterizar melhor a osteoporose 9

ESPAÇO ABERTO 10

EVENTOS

Ciência, Natureza e Sociedade 11

ISSN 0104-9127
2.000 exemplares



INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL	
data	26 / 10 / 98
cod	0AD 00364

Tuberculose, busca de assistência médica e observância terapêutica na Amazônia brasileira

Dominique Buchillet¹

O material em que se baseia este artigo foi coletado ao longo de várias missões na região do alto rio Negro, realizadas a partir de 1984 dentro dos programas da cooperação científica ORSTOM/ CNPq

Desde o início deste século a tuberculose vem constituindo um importante problema de saúde no alto rio Negro. Essa região, situada no noroeste amazônico do Brasil, é o habitat de 22 etnias originárias de três famílias lingüísticas distintas: arauak, tukano e maku. A população total está estimada em aproximadamente 27.000 pessoas, que se distribuem em cerca de 500 comunidades espalhadas pelas margens dos rios e de seus principais afluentes navegáveis, bem como nas áreas interfluviais. A distância entre elas vai de meia hora a vários dias de caminhada pela floresta ou de viagem pelo rio. Essas diversas etnias têm modos diferentes de subsistência e de adaptação a seu meio ambiente: os Arauak e os Tukano são pescadores-horticultores ribeirinhos sedentários, enquanto os Maku, que ocupam as áreas interfluviais, são caçadores-coletores móveis. Instalam-se periodicamente perto de comunidades ribeirinhas, por razões de troca (produtos da floresta contra farinha de mandioca, beiju, objetos manufaturados de segunda mão, etc) ou para oferecer sua mão-de-obra na derrubada de árvores, na plantação e na coleta.

Suas experiências de contacto também diferem. Os Arauak e os Tukano estão em contacto intermitente com os brancos há cerca de dois séculos, o que provocou importantes modificações nos planos sócio-cultural e sanitário (introdução de novas doenças, sedentarização, concentração demográfica ao redor dos centros missionários, dispersão geográfica dos clãs, alteração dos hábitos alimentares, etc). Quanto aos Maku, protegidos por ocuparem

¹ Antropóloga, pesquisadora ORSTOM/ Universidade de Paris-X Nanterre-UMR 116 (França). A autora agradece o ISA - Instituto Socioambiental de São Paulo por ter permitido a reprodução do mapa.

áreas interfluviais e pelo alto grau de mobilidade, seus contactos com os brancos são mais recentes, remontando a cerca de 50 anos. No entanto, a partir dos anos 60 alguns subgrupos maku foram concentrados pelos missionários católicos salesianos em várias grandes aldeias (de mais de 100 pessoas), com importantes conseqüências sócio-culturais, econômicas e sanitárias (aculturação alimentar, limitação dos deslocamentos, introdução de uma economia baseada na agricultura, carências nutricionais, etc). A primeira menção à tuberculose nessa região data de 1927, quando tal doença é citada como um dos principais fatores de morbidez indígena (cf. MacGovern, 1928). A partir dessa época foram feitas regularmente diversas tentativas para controlar a moléstia, mas praticamente sem sucesso.

Uma análise retrospectiva dos registros de hospitalização de casos de tuberculose indica taxas de incidência anual particularmente altas: entre 2 e 9 casos para cada 1.000 habitantes, dependendo da sub-região (Buchillet & Gazin, 1997) — ou seja, uma taxa de incidência 5 a 10 vezes maior que a média nacional brasileira (MS/FNS/CENEPI/CNPS, 1995). Taxas similares foram relatadas principalmente entre os Yanomami de Roraima (FNS/DSY/RR, 1995). Entretanto é preciso destacar que elas oferecem uma visão apenas aproximativa da real situação epidemiológica da tuberculose, na medida em que não existe qualquer sistema de detecção. As autoridades médicas da região citam a má observância do tratamento como a grande causa da permanência da endemia tuberculosa em um nível elevado.

Este artigo analisa os fatores que condicionam a busca de assistência e a observância dos tratamentos na região do alto rio Negro. Ele mostrará especialmente que a não observância terapêutica é um problema multifatorial. Depois de apresentar sucintamente a história natural da tuberculose e dar as linhas básicas do programa nacional de combate a essa doença, examinaremos os diversos fatores em jogo, antes de concluirmos por algumas propostas visando a melhorar essa situação.

História natural da tuberculose

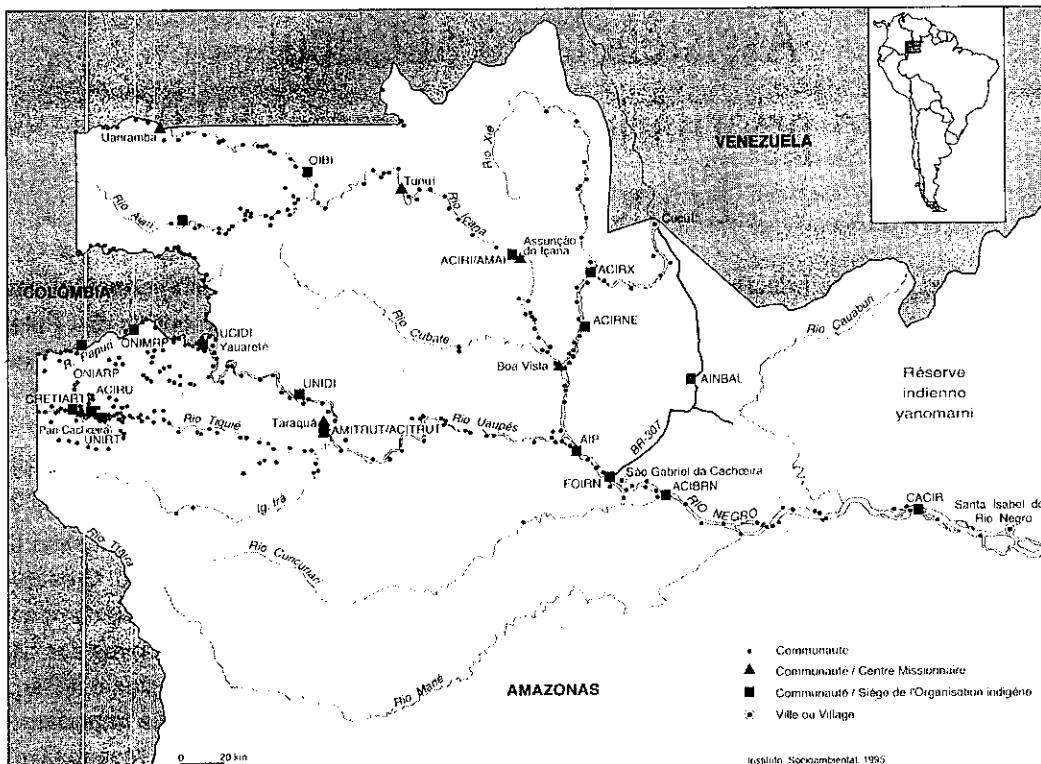
A tuberculose é uma doença infecciosa transmissível, causada por *Mycobacterium tuberculosis*², que se transmite por via aérea de uma pessoa doente para um indivíduo sadio. Difere das outras doenças contagiosas (como por exemplo o sarampo ou a gripe) em muitos aspectos. Assim, seu período de incubação é de duração variável, podendo atingir alguns anos. Frequentemente também é silenciosa no plano clínico. Embora o período de transmissibilidade seja mais longo (de várias semanas a vários meses, até mesmo anos), trata-se de uma doença pouco contagiosa. Ao contrário, por exemplo, do sarampo, que infeta uma população inteira por ocasião de uma primeira exposição, estima-se que um indivíduo atingido por tuberculose pulmonar — a única forma que é contagiosa — pode infectar 10 pessoas por ano em condições naturais, isto é, na falta de tratamento (Styblo, 1980). Em contrapartida, é mais letal: antes da era da quimioterapia antituberculosa, cerca de metade dos doentes morriam (geralmente dentro de dois anos), um quarto sarava e a

quarta parte restante evoluía para uma forma crônica da doença (Sudre, 1993). Essas taxas diminuíram consideravelmente com a descoberta de antituberculosos eficazes.

A infecção primária tuberculosa segue-se à inalação do bacilo de Koch e sua implantação nos alvéolos pulmonares. Habitualmente é assintomática. Em 90% dos casos, as defesas imunitárias do indivíduo são suficientes para impedir a multiplicação e a dispersão das microbactérias no corpo, o que se traduz por uma reação tuberculínica positiva. Em 10% dos casos a infecção tuberculosa torna-se patente: é a tuberculose-doença ou tuberculose primária; 5% desenvolvem-na dentro dos dois anos seguintes à infecção e os outros 5% ao longo do restante de sua vida (Sudre, 1993; Perronne, 1995). Esse risco aumenta em caso de imunodepressão, induzida pela infecção HIV ou por uma variedade de condições patológicas, como o sarampo, o diabetes, etc. A idade, a desnutrição, o alcoolismo, o estresse também desempenham um papel importante na evolução da infecção para a doença. Ao contrário da maioria das moléstias transmissíveis (sarampo, gripe, etc), em que infecção e doença são simultâneas, na tuberculose os dois processos são distintos.

No entanto, geralmente a resistência que se desenvolve após a recuperação da infecção primária não é suficiente para desembaraçar o corpo humano dos bacilos tuberculosos. Estes podem hibernar no organismo e a tuberculose-doença pode aparecer a partir de focos tuberculosos quiescentes, contemporâneos da infecção primária, após um período de tempo variável — frequentemente de vários anos. É o que se denomina reativação endógena. Os bacilos de Koch podem despertar, por exemplo, quando ocorrer uma

² Ou bacilo de Koch, descoberto em 1882 por Robert Koch.



queda das defesas imunitárias. É o que acontece nas pessoas idosas quando a doença sobrevém longe ou fora de todo e qualquer contacto com pessoas contagiosas, e nos indivíduos imunodeprimidos. Uma tuberculose mais tardia (“pós-primária”) também pode desenvolver-se após uma nova exposição ao bacilo. É a reinfecção exógena (Sudre, 1993).

A tuberculose pode assumir múltiplas formas, dependendo da localização do foco infeccioso. Porém sua manifestação clínica mais freqüente é a forma pulmonar, conhecida, desde Hipócrates, pelo nome de tísica. É ela a responsável pela transmissão dos bacilos. Depois de implantar-se nos alvéolos pulmonares, onde causam uma lesão inicial, estes se multiplicam e podem tomar to-

dos os órgãos, por via sangüínea ou linfática. Assim, as formas extrapulmonares (ganglionar, abdominal, óssea, ostearticular, meningea, miliar, etc) são, com raras exceções, secundárias a uma tuberculose pulmonar negligenciada. Via de regra não são contagiosas. Seu tratamento é idêntico ao da tuberculose pulmonar, embora possa durar mais tempo (cf. nota 4).

Portanto a transmissão da tuberculose ocorre por via aérea, de um doente portador de uma localização pulmonar para um indivíduo sadio. Quando tosse, espirra, canta ou simplesmente fala em voz alta, ele lança no ar ambiente finas gotículas infectadas. Indivíduos cuja expectoração é positiva (ou indivíduos com esfregaço positivo ou M+) são as fontes mais importantes de con-

tágio. O risco de transmissão está ligado à densidade dos bacilos no ar inspirado, bem como à freqüência e intensidade dos contactos com um indivíduo contagioso (Sudre, 1993). Isso explica por que a transmissão da tuberculose é um fenômeno principalmente familiar. Os doentes cujo exame bacteriológico de escarro é negativo são pouco contagiosos, mesmo que os contactos com as pessoas próximas sejam estreitos. Sua contribuição para a transmissão da doença é insignificante. A quimioterapia antituberculosa, que elimina a tosse e reduz o período de infecciosidade — e consequentemente diminui ou interrompe a cadeia de transmissão —, é a melhor das proteções para as pessoas próximas a esses doentes³.

(continua na página 5)

³ O exame bacteriológico geralmente se torna negativo em algumas semanas; daí a importância da fase de ataque do tratamento e de sua supervisão. Entretanto, em certos casos, a conversão bacteriológica exige mais tempo. É por isso que a duração mínima do tratamento antituberculoso é de 6 meses. Sua interrupção prematura e/ou o uso anárquico de alguns de seus componentes podem propiciar as recaídas e assim dar origem a novas contaminações. Também favorecem o desenvolvimento de cepas multiresistentes de *M. tuberculosis* (Sudre, 1993; Perronne, 1995).

Assistência ao aidético: eixo prioritário do Programa AIDS Franco-Brasileiro

A assistência às pessoas infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) constitui um dos eixos principais do Programa AIDS Franco-Brasileiro. Ele é financiado pelo Ministério das Relações Exteriores da França e pelo Ministério da Saúde do Brasil, e coordenado pelos doutores B. Larouzé (INSERM) e E. de Castilho (FIOCRUZ).

Nos últimos anos, esse tem sido o tema de vários dos seminários anuais do Programa: seminário sobre a aids pediátrica (Brasília, 1990), sobre as infecções oportunistas (São Paulo, 1991), sobre as alternativas à hospitalização (hospitais-dia, tratamento a domicílio — Recife, 1993), sobre as relações entre tuberculose e aids (Fortaleza, 1994), sobre a gestão e a avaliação da assistência aos aidéticos (Rio, 1995). Obviamente a assistência aos indivíduos infectados pelo HIV foi abordada pelo ângulo clínico; mas atribuiu-se especial importância à organização do sistema de atendimento perante a aids, a seus aspectos econômicos, sociológicos, psicológicos e éticos.

Paralelamente aos seminários, realizou-se um importante trabalho de formação, através de estágios na França, dos quais desde 1990 já participaram mais de 50 médicos, enfermeiros e especialistas em ciências sociais. Esses estágios, destinados a profissionais de alto nível, permitem que seus beneficiários façam um intercâmbio de experiências com os especialistas franceses, tomando parte nas atividades dos setores que os acolhem. Além disso, desde 1994 os estagiários elaboram com o organismo que os recebe na França um programa de pesquisa que, após avaliação pelas autoridades brasileiras e francesas, conta com um financiamento da Embaixada da França, ao qual

se soma, em muitos dos casos, um financiamento brasileiro. Três exemplos são especialmente ilustrativos:

- Após o estágio de uma médica do Rio (dra. Maria Letícia Santos Cruz) no setor do prof. Dupont (Hospital Pasteur, Paris), realizou-se uma experiência piloto de assistência a domicílio para os aidéticos. Uma equipe e uma infra-estrutura logística foram implantadas no Rio de Janeiro, com financiamento conjunto brasileiro e francês. No período de um ano, a equipe médico-social (um médico, uma enfermeira, duas atendentes, uma psicóloga, uma assistente social e um motorista) realizou 957 visitas a domicílio. Paralelamente, deu-se especial importância ao atendimento, à integração dos pacientes em seu meio familiar, à assistência paliativa em fase terminal e à manutenção do paciente no seio da família nos derradeiros estágios de vida. A experiência adquirida nessa pesquisa-ação beneficiou todo o sistema de saúde, possibilitando melhor assistência ao aidético dentro do contexto brasileiro.

- Após um estágio efetuado por uma enfermeira (sra. Suzemires Sobral) no setor de doenças infecciosas e tropicais do Hospital Bichat (prof. J.-P. Coulaud), um estudo comparando os custos da assistência aos aidéticos conforme sejam hospitalizados nas es-

truturas tradicionais ou no hospital-dia foi realizado em Recife, onde um hospital desse tipo havia sido instalado. O estudo mostrou que os custos do hospital-dia são muito inferiores aos da hospitalização tradicional. Tal argumento é de grande importância para convencer os responsáveis pelo sistema de saúde sobre a necessidade de desenvolver esse tipo de estrutura que mantém o aidético no contexto familiar e social.

- Na seqüência do estágio efetuado pelo dr. Ayrton Ribeiro no Centro de Diagnóstico Anônimo e Gratuito (CDAG) do Hospital Bichat, em Paris (dr. A. C. Crémieux), um programa está sendo implantado em Campinas, com apoio da Cooperação Francesa, do Ministério da Saúde brasileiro e da municipalidade. Esse programa consiste em avaliar as condições para que os CDAG possam realizar, além do diagnóstico da infecção HIV, o das doenças sexualmente transmissíveis e de outras infecções (principalmente hepatites) que são freqüentes nos indivíduos contaminados pelo HIV. O programa será objeto de uma tese universitária em co-tutela brasileira e francesa. Também nesse caso o estudo não terá apenas um interesse local. Seus resultados poderão levar as autoridades de saúde a modificar para a escala do Brasil as estratégias de diagnóstico dos CDAG. Aliás, um estudo similar está em andamento no Hospital Bichat.

Os meios de comunicação brasileiros souberam responder bem a essa cooperação. Em colaboração com o Programa AIDS Franco-Brasileiro e com o CEN-DOTEC, duas emissões sobre a aids na França foram realizadas e divulgadas na TV Globo e depois em forma de videocassete. Esses programas atribuíam um lugar significativo às modalidades de assistência aos indivíduos infectados pelo HIV. Recentemente, na grande imprensa brasileira, a divisão AIDS/DST do Ministério da Saúde brasileiro publicou um encarte descrevendo suas atividades de assistência ao

aidético. Devido ao programa franco-brasileiro de aperfeiçoamento e intercâmbio em matéria de aids, o sistema brasileiro está calcado no sistema francês: hospitais-dia, hospitalização a domicílio, Centros de Diagnóstico Anônimo e Gratuito, etc.

O sucesso do Programa AIDS Franco-Brasileiro está ligado à intenção das autoridades brasileiras de racionalizar a assistência aos indivíduos infectados pelo HIV, levando em conta as especificidades do sistema de saúde brasileiro e beneficiando-se da experiência francesa, que é muito

original nessa área. O objetivo é melhorar a vida diária do aidético, envolvendo nisso os médicos, os administradores sanitários e os pesquisadores.

Dr. B. Larouzé,
Diretor de Pesquisa
Coordenador do Programa
AIDS Franco-Brasileiro

Contato

Dr. Stéphane Legros
Expert Saúde junto à Embaixada da
França no Brasil
Rua da Assembléia, 10 / 2801
20119-900 Rio de Janeiro-RJ
Tel.: 021 531 2166
Fax: 021 531 2872
E-mail: slegrs@ibm.br

Tuberculose, busca de assistência médica e observância terapêutica na Amazônia brasileira (cont.)

Programa nacional de combate à tuberculose

O programa de controle e de luta contra a tuberculose nos territórios indígenas está calcado no programa nacional brasileiro, cujos pontos principais são os seguintes:

- a) diagnóstico por exame microscópico (baciloscopia) de escarro;
- b) tratamento ambulatorial dos casos (para a fase de manutenção, após um período de hospitalização de dois meses);
- c) vacinação sistemática das crianças;

d) adoção de quimioterapia de curta duração (6 meses)⁴;

e) administração de quimioprofilaxia (isoniazida durante 6 meses) para todas as pessoas próximas de casos bacilíferos confirmados, portadoras de reação tuberculínica positiva, após exame clínico e uma vez descartada a existência de tuberculose ativa (através de baciloscopia de escarro e exame radiológico) (Ministério da Saúde, 1995).

O programa nacional brasileiro preconiza além disso a integração das ações de controle e combate nas atividades gerais dos setores de saúde.

Fatores que influem na busca de atendimento médico e na observância dos tratamentos

Diversos estudos realizados em todo o mundo mostraram que a procura por assistência médica e a observância dos tratamentos resultam da complexa interação de fatores relacionados com questões logísticas, com o regime terapêutico e com o paciente.

a) QUESTÕES LOGÍSTICAS

Estão ligadas tanto à organização, funcionamento e facilidade de acesso dos serviços de saúde, ao custo (direto ou indireto) das medidas e dos tratamentos para os doentes, como ao relacionamento médico-paciente. Sucintamente, no caso do alto rio Negro, há apenas dois hospitais habilitados para diagnosticar e tratar casos de tuberculose. A região tem aproximadamente 8 milhões de hectares de superfície; e a distância entre os hospitais e as comunidades indígenas

⁴ A quimioterapia de curta duração compreende uma fase de ataque de 2 meses associando isoniazida, rifampicina e pirazinamida, seguida de uma fase de manutenção com isoniazida e rifampicina durante 4 meses. (Regime I). Existem três outros regimes terapêuticos, respectivamente para as recaídas (Regime IR), para as meningites tuberculosas (Regime II) e para os fracassos terapêuticos (Regime III). O prolongamento do tratamento para 9 ou 12 meses está reservado para indivíduos imunodeprimidos e para certas formas de tuberculose extrapulmonar; tal decisão é tomada caso por caso, a partir do exame clínico, radiológico e bacteriológico (Ministério da Saúde, 1995). O tratamento prestado aos pacientes é gratuito.

dispersas nas margens dos principais rios e nas áreas interfluviais varia de alguns minutos a vários dias de viagem. Não há estradas; circula-se em canoas ou a pé através da floresta. Alguns barcos de comerciantes itinerantes cortam regularmente a região, mas sua movimentação frequentemente é entravada pelo nível das águas na estação seca ou chuvosa. Além disso, o curso dos rios é entrecortado por muitas corredeiras e cachoeiras que tornam difícil — e mesmo impossível em alguns lugares — a navegação com barcos de porte médio. Assim, dificuldades de acesso físico e custo indireto (preço do transporte ou da gasolina) podem aumentar o período de tempo entre a manifestação dos primeiros sintomas e a ida ao centro de atendimento.

Os pacientes tuberculosos são hospitalizados durante a fase de ataque do tratamento (dois meses). Muitos (principalmente os Maku, que têm pouca interação com os brancos) fogem nessa ocasião. Em seguida os pacientes voltam em regime ambulatorial para sua comunidade de origem, levando consigo um mês de tratamento caso vivam a uma distância razoável do hospital, ou com o restante do tratamento (4 meses) se sua aldeia ficar distante. Presume-se portanto que eles retornarão ao centro médico para receber a seqüência do tratamento, ou no final deste para um controle bacteriológico — o que significa para eles os mesmos problemas de acesso e de custo mencionados anteriormente. Por sua vez, a estrutura sanitária não tem os recursos materiais necessários para supervisionar o tratamento dos doentes nas comunidades indígenas e os agentes de saúde comunitários

são escassos demais para encarregar-se disso. Aliás, a maioria deles não tem como chegar às aldeias longínquas de sua jurisdição (falta de transporte, motor ou de gasolina). De volta às suas comunidades de origem, na maior parte do tempo os pacientes tuberculosos ficam entregues a si mesmos, sem o menor controle.

A qualidade do relacionamento entre pacientes e médicos também é decisiva. Frequentemente o paciente indígena sente-se discriminado pelo médico, que demonstra pouco interesse por suas especificidades étnicas e culturais e geralmente limita-se a fornecer-lhe em português algumas explicações rápidas sobre sua doença, o modo de transmissão, a evolução, a necessidade de seguir até o fim o tratamento prescrito, sem se preocupar em saber se foi compreendido. Diversos estudos mostraram que explicações médicas dadas na língua dominante do país para populações étnica e culturalmente diferenciadas frequentemente lhes eram ininteligíveis (cf. por exemplo Jackson, 1996). Ademais, o conhecimento da língua portuguesa é muito desigual na região. Os jovens falam-na correntemente; mas o mesmo não acontece com a geração de 40-50 anos e com os mais idosos, que então se fazem acompanhar por um parente bilíngüe que lhes serve de intérprete. Assim sendo, o médico não tem o menor controle sobre a informação médica que é efetivamente transmitida. Além disso, as noções ocidentais de contágio são diferentes das concepções indígenas; estas consideram, por exemplo, que uma doença se transmite de uma pessoa para outra através dos eflúvios corporais. Por fim, como

se verá, para os Índios do rio Negro a tuberculose não é uma doença contagiosa. Dessa forma, no plano cultural as explicações médicas podem ser incompreensíveis para os pacientes indígenas. Assim, as diferenças lingüísticas e culturais entre o pessoal médico e os doentes constituem um elemento determinante na busca de tratamento e na observância terapêutica.

b) O REGIME TERAPÊUTICO

Como em toda parte, a duração relativamente longa do tratamento (de 6 a 18 meses, dependendo da forma clínica, das recaídas e dos insucessos terapêuticos) constitui um fator negativo para sua observância — situação que no caso do alto rio Negro é agravada pelos conceitos locais sobre os mecanismos da eficácia terapêutica. Voltaremos a esse ponto. O desaparecimento (geralmente em um mês) dos sintomas que levaram à consulta e o fato de que as pessoas próximas infectadas estão obrigadas a submeter-se a uma quimioprofilaxia de seis meses também afetam a observância dos tratamentos. Realmente, neste último caso é difícil fazer alguém que não está nem se sente doente compreender a necessidade da quimioprofilaxia, sob alegação de que ela prevenirá a evolução da infecção para a doença. Por fim, os efeitos secundários dos antituberculosos⁵ influem negativamente sobre a adesão aos tratamentos. Além disso, podem ser encarados como sintomas de alguma outra doença e assim, do ponto de vista do paciente, invalidar o diagnóstico médico e o tratamento prescrito.

⁵ Náuseas, vômitos, diarréias, lesões hepáticas são alguns dos efeitos secundários potenciais dos tratamentos antituberculosos.

c) FATORES RELACIONADOS COM O PACIENTE

As representações e as práticas indígenas em matéria de saúde e de doença também podem influir na busca de assistência médica e na observância dos tratamentos. Os Índios Desana, uma das etnias da família lingüística tukano dessa região, consideram a tuberculose, em suas diversas formas clínicas (pulmonar e extrapulmonares), como uma doença “tradicional” ou “autóctone” — isto é, uma doença que os afeta desde sempre. Assim, não a associam ao contacto com os brancos, ao contrário de outras doenças infecciosas, como o sarampo e a gripe. Em um artigo recente, mostramos como, para as doenças infecciosas, a diferenciação etiológica estabelecida entre “doenças de brancos” (varíola, sarampo, gripe) e “doenças tradicionais” (malária) baseia-se na percepção que os Desana têm das características epidemiológicas diferenciais: no caso das primeiras, extrema virulência, caráter agudo e transitório, curto período de incubação e de infectividade, alto poder de contágio, *versus* endemicidade, evolução geralmente crônica, longevidade do parasita, sua capacidade de latência e de revivescência no organismo, etc., no caso das tradicionais (Buchillet, 1995). A baixa contagiosidade, a evolução relativamente crônica, a possibilidade de reativação endógena e a lenta disseminação da tuberculose nas sociedades humanas explicam assim por que os Desana não associam essa doença ao contacto com os brancos.

Ademais, a tuberculose é atribuída à feitiçaria. Portanto não é considerada contagiosa. Evidentemente essa concepção etiológica tem importantes repercus-

sões na procura por assistência médica. Ela pode explicar o longo tempo entre o aparecimento dos primeiros sintomas e a busca dos serviços de saúde, e questionar a validade dos procedimentos preventivos e terapêuticos preconizados pela medicina ocidental.

As concepções locais sobre os mecanismos da eficácia terapêutica são igualmente determinantes. Os procedimentos curativos xamânicos baseiam-se na recitação de encantamentos terapêuticos acima de um objeto intermediário (líquido ou planta) que lhes serve de suporte material e de veículo até o paciente. Várias vezes em seguida o xamã recita essas fórmulas encantatórias, e a cada vez dá ao paciente o líquido para beber ou a planta para friccionar na parte doente do corpo. Pelas concepções indígenas, supõe-se que elas terão um efeito praticamente imediato sobre a doença. Assim, a não reatividade desta ao tratamento (ao cabo de dois dias) é indício de um erro no diagnóstico e conseqüentemente no tratamento empreendido (Buchillet, 1988). Portanto, repetição imediata e efeito praticamente instantâneo das palavras xamânicas são elementos-chave da eficácia terapêutica. É fácil imaginar que esta última concepção, aplicada ao tratamento da tuberculose — que associa os mesmos antibióticos durante um período mínimo de seis meses — possa ter um impacto negativo sobre a observância terapêutica.

Por fim, a percepção e o uso dos medicamentos pelos indígenas são muito diferentes dos preconizados pela medicina ocidental, podendo assim prejudicar a eficácia dos mesmos. As noções de posologia, de duração do tratamento e de adequação do me-

dicamento a um tipo específico de sintoma ou de doença não têm a menor validade para certas sociedades que avaliam os medicamentos de acordo com seus próprios critérios de seleção dos remédios vegetais. No rio Negro, as plantas utilizadas na medicina familiar ou como suportes da fala terapêutica xamânica são escolhidas em função de uma característica física (sabor, textura, forma, cor, etc) que evoca o(s) efeito(s) procurado(s) no tratamento de uma doença ou de um sintoma específico. O amargor de certos cipós ou cascas de árvore, por exemplo, é valorizado por suas virtudes desinfetantes e cicatrizantes (Buchillet, 1988). Um medicamento considerado amargo poderá ser utilizado com as mesmas finalidades. Assim, os medicamentos são interpretados e usados de acordo com a cultura local, e não em conformidade com a ideologia ocidental subjacente. Sua função ou ação específica no tratamento de uma determinada doença pode ser totalmente distorcida. Depois de se identificarem suas características potencialmente aproveitáveis, os remédios poderão ser usados para tratar doenças diversas. Do ponto de vista médico, esse uso inadequado não é isento de riscos para o doente e para a comunidade. No caso particular da tuberculose, como se sabe, o uso inadequado dos medicamentos favorece, quanto ao paciente, o desenvolvimento de uma forma de tuberculose multirresistente; e quanto à comunidade, a disseminação da moléstia. Como se vê, tanto os conceitos e as práticas em matéria de saúde e de doença como as percepções locais dos medicamentos são fundamentais. Contribuem para reforçar ou diminuir a observância dos tratamentos.

Conclusão

Contrariando uma opinião médica muito difundida que atribui a não observância terapêutica à má vontade, à irresponsabilidade, à ausência de motivação ou à ignorância do paciente, e assim fundamenta nele o fracasso dos programas nacionais de controle da tuberculose⁶, a observância terapêutica, como se pode ver, é produto da complexa interação de fatores de diversas ordens, que quase sempre estão fora do controle do paciente e que é preciso identificar. Sob esse aspecto, a antropologia médica pode dar

uma contribuição fundamental para os programas nacionais de controle e combate. Pesquisas sócio-antropológicas sobre os fatores que podem influir no acesso ao atendimento e na observância terapêutica fornecerão subsídios para melhor adaptar, a nível local, as campanhas de prevenção, de educação sanitária, de controle e combate da doença. Isso inclui medidas destinadas a melhorar a qualidade da relação médico-paciente, sobretudo pela sensibilização dos médicos para a cultura e as concepções dos pacientes em matéria de saúde e de doença; a adaptar nos planos lin-

güístico e cultural as mensagens de educação sanitária que se destinam à comunidade e aos agentes de saúde indígenas; a tentar solucionar os problemas de acessibilidade geográfica dos serviços de saúde e de custo dos tratamentos. As estratégias desenvolvidas serão acima de tudo locais, pois dependem estreitamente de um contexto sócio-cultural e econômico específico.

Contato

Dominique Buchillet
ORSTOM - DES
213 rue La Fayette
75480 Paris cedex 10
Fax prof. (33 1) 42 09 32 75
E-mail: buchille@paris.orstom.fr

⁶ Cf. por exemplo, Rubel & Garro (1992), Uplekar & Rangan (1993).

Referências bibliográficas

Buchillet D., 1988. "Interpretação da doença e simbolismo ecológico entre os Índios Desana". *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi* (Série Antropologia), 4(1):27-42.

Buchillet D., 1995. "Perles de verre, Parures de Blancs et 'Pots de paludisme'. Epidémiologie et représentations chamániques de maladies infectieuses (haut Rio Negro, Brésil)". *Journal de la Société des Américanistes*, 81:181-206. (versão em português: *Contas de vidro, Enfeites de Brancos e 'Potes de malária'. Epidemiologia e representações desana de doenças infecciosas*. Brasília, Universidade de Brasília, série Antropologia nº 187, 23p.).

Buchillet D. & Gazin P., 1997. "A situação histórica e atual da tuberculose no alto Rio Negro (Estado do Amazonas, Brasil)". Ms., 9 p. (submetido para publicação nos *Cadernos de Saúde Pública*).

Jackson C., 1996. "Linguistic and cultural aspects of tuberculosis screening and management for refugees and immigrants". Proceedings of the First Mid Year Conference on *Tuberculosis & Migration*, International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (North American Region), Chicago 1-2 march, pp. 155-166.

MacGovern W.M., 1928. *Jungle Paths and Inca Ruins. The Record of an Expedition*. London, Hutchinson & Co./Paternoster Row.

Ministério da Saúde, 1995. *Manual de normas para o controle da tuberculose*. Brasília, Ministério da Saúde/Centro Nacional de Epidemiologia/Coordenação de Pneumologia Sanitária (Série A: Normas e Manuais Técnicos 13).

Perronne C., 1995. "Le traitement de la tuberculose". *Médecine thérapeutique* 1(1):39-45.

Rubel A. J. & Garro L. C., 1992. "Social and Cultural Factors in the successful Control of Tuberculosis". *Public Health Report*, 107(6):626-636.

Styblo K., 1980. "Recent advances in epidemiological research in tuberculosis". *Advances in Tuberculosis Research*, 20:1-63.

Sudre P., 1993. "Aspects contemporains de l'épidémiologie de la tuberculose". *Annales de l'Institut Pasteur/actualités*, 4 (3):332-337.

Uplekar M. & Rangan S., 1993. "Private doctors and tuberculosis control in India". *Tubercle and Lung Disease*, 74 :225-231.