

Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical



All the contents of this journal, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution License. Fonte: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86821985000100007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 nov. 2017.

REFERÊNCIA

M. NETTO, Eduardo et al. Conceitos de uma população local a respeito da leishmaniose mucocutânea em uma área endêmica. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 18, n. 1, p. 33-37, jan./mar. 1985. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86821985000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 nov. 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86821985000100007>.

CONCEITOS DE UMA POPULAÇÃO LOCAL A RESPEITO DA LEISHMANIOSE MUCOCUTÂNEA EM UMA ÁREA ENDÊMICA.

Eduardo M. Netto¹, Mauro S. Tada¹, Linnie Golightly³, Debra C. Kalter³,
Ednaldo Iago², Air C. Barreto¹ e Philip D. Marsden¹.

Uma investigação a respeito do que a população local pensa sobre vários aspectos da leishmaniose mucocutânea foi realizada em Três Braços, Bahia, uma área de alta prevalência de infecção por Leishmania braziliensis braziliensis. Os resultados obtidos indicam que essa população tem um entendimento razoavelmente bom sobre alguns aspectos epidemiológicos e tratamento dessa doença, mas demonstram seu pouco conhecimento concernente à etiologia e prevenção. Esses dados poderão ser valiosos, no futuro, em um planejamento do controle de transmissão da doença nesta comunidade.

Palavras chaves: Leishmaniose. Leishmania braziliensis braziliensis. Etiologia. Prevenção. Epidemiologia. Tratamento. Participação comunitária.

Uma das mais importantes contribuições para o entendimento epidemiológico de uma doença infecciosa advém, logicamente, de estudos realizados na área endêmica. Os dados assim obtidos podem ser muito úteis para um eventual controle da doença, levando-se em conta as peculiaridades da área. Entretanto, as atitudes, opiniões e crenças da população local, sujeitas ao risco de infecção, muitas vezes não têm sido levadas em consideração. Essas opiniões e crenças não são estáticas podendo, às vezes, serem modificadas à medida que pesquisadores permanecem trabalhando na área, divulgando informações entre a população. Por exemplo, em uma área de doença de Chagas (Mambai-GO) notou-se um significativo aumento de paredes rebocadas pela própria população, durante um trabalho epidemiológico realizado entre 1975 e 1979⁷. Entretanto, mais tarde quando iniciado o combate à doença pelo uso de inseticida, foi observado uma completa ignorância da população no conhecimento de como poderia ajudar no controle da doença⁸.

Na área de Três Braços, Bahia, Brasil, onde a transmissão da *Leishmania braziliensis braziliensis* é freqüente¹, 22,3% da população, vivendo em fazendas, apresentavam cicatrizes características da doença. A possibilidade de controle é ainda muito remota

considerando-se principalmente que até o presente momento nenhuma maneira de vacinação é possível. Apesar da considerável soma de trabalhos realizados nesta área ainda não foi(ram) identificad(o)s α(s) inseto(s) vetor(es). Cães domésticos² e mais recentemente uma espécie de roedor³ foram encontrados infectados com leishmânia.

Em janeiro de 1983, julgamos que nossa aceitação era suficientemente boa nesta área, para montarmos uma investigação sobre as atitudes das pessoas em relação à leishmaniose cutâneo-mucosa, doença bastante conhecida pela população local.

MATERIAL E MÉTODOS

A investigação foi elaborada a partir de um questionário no qual foi estabelecido inicialmente, se a pessoa entrevistada tinha experiência pessoal com a leishmaniose ou conhecia casos em sua família ou entre seus conhecidos. A essa pessoa foram feitas questões referentes à transmissão, insetos vetores, reservatórios animais do parasito e tratamento. Seus conceitos relativos à doença de pele e mucosa, reinfecção e maneiras de evitar a infecção foram registrados. Também seus pontos de vista sobre o serviço oferecido pelo grupo de pesquisadores da Universidade de Brasília foram questionados. Deixamos espaço para que o entrevistado completasse com mais informações as suas respostas.

As perguntas eram às vezes explicadas de forma a se adaptar ao vocabulário local o máximo possível dando-se a essência do que se queria perguntar, mas de modo a não sugerir a resposta. Os entrevistadores, os próprios autores do trabalho, fizeram as entrevistas em

Trabalho realizado com ajuda financeira do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (40.3690/82), da Cornell University Medical Center (AI-16282-04) e do Ministério da Saúde - SUCAM.

¹ Núcleo de Medicina Tropical, Universidade de Brasília, 70.910 Brasília, Brasil.

² Ministério da Saúde - SUCAM.

³ Cornell University.

Recebido para publicação em 10/2/1984.

dupla, sendo os questionários preenchidos no ato da entrevista.

O questionário (Quadro 1) foi preenchido durante a visita realizada a 15 fazendas, próximas à vila de Três Braços, onde a população está sendo submetida a um estudo clínico epidemiológico longitudinal sobre a leishmaniose tegumentar. O chefe da família era questionado, sempre que possível, isoladamente, sem interferência de outras pessoas da família. A preferência em questionar o chefe da família deveu-se ao fato de que em um inquérito prévio, com 10 casais, foi observado que as esposas respondiam pobremente à entrevista; 52% das perguntas foram por elas respondidas com "não sei", comparado com 23% de seus maridos.

mente uma resposta predominava. Dessa forma, as respostas foram analisadas conjuntamente e os resultados são apresentados no Quadro 1. Um total de 85 questionários foram respondidos, com 40 pessoas que conheciam casos da doença. É muito difícil encontrar alguém, naquela área rural, que ignore totalmente a existência da leishmaniose.

A alternativa mais comum para o nome "ferida brava" foi "leishmania" alcançando um percentual de 81%. 50% das pessoas pensam que a doença se adquire na roça, sendo essa alternativa mais comum que na mata (floresta local não explorada pelo homem). A transmissão peridoméstica é vista como incomum. Um número próximo a 50% das pessoas

Quadro 1 - Resumo do questionário empregado e das respostas obtidas sobre leishmaniose mucocutânea na Região de Três Braços, Bahia.

| Natureza da pergunta | Resposta principal | Nº de respostas* | % | Respostas secundárias |
|---|--------------------------|------------------|------|--|
| 01. outros nomes para F. B.** | leishmania | 69 | 81,2 | ferida crônica; pereba; úlcera |
| 02. origem da F. B. | picada do inseto | 37 | 43,5 | espinha; ferida; comida |
| 03. local de transmissão da F. B. | roça qualquer | 43 | 50,6 | roça de cacau; mata; em casa; em volta da casa; bananeira. |
| 04. conhecimento de transmissor da F. B.*** | não | 45 | 52,9 | mosquito; asa branca; carrapato; chupão; borrachudo. |
| 05. outros nomes para asa branca | não | 71 | 83,5 | _____ |
| 06. época em que mais aparece a F. B. | não sabe | 41 | 48,2 | "seca"; "chuva" |
| 07. conhecimento do animal reservatório | não | 51 | 60 | burro; cavalo; cachorro; gato; raposa; rato. |
| 08. duração da F. B. | com tratamento: meses | 69 | 81,2 | _____ |
| | sem tratamento: anos | 75 | 88,2 | _____ |
| 09. melhor tratamento para F. B. | injeção | 45 | 52,9 | "do médico"; pomada |
| 10. onde faz o tratamento | não sabe | 31 | 36,5 | no médico; no posto; na farmácia; própria casa |
| 11. quanto custa a ampola de Glucantime | não sabe | 65 | 76,5 | "grátis"; preços entre Cr\$ 50,00 a Cr\$ 1000,00 |
| 12. a ferida pode aparecer no nariz? | sim | 64 | 75,3 | _____ |
| 13. locais mais freqüentes citados como possíveis áreas de ferida | boca = garganta = nádega | 35 | 41,2 | olhos; orelha; pênis; cutâneos |
| 14. ferida mucosa tem cura? | sim | 65 | 76,5 | _____ |
| 15. a pessoa pode ter a F. B. mais de uma vez? | sim | 31 | 36,5 | _____ |
| 16. como evitar a F. B. | não sabe | 38 | 44,7 | tratamento do médico; cuidado; vacina; evitar o mosquito. |

* Número de respostas em 85 questionários, dando-se liberdade da pessoa citar (em algumas respostas) mais de uma resposta. Ex.: boca, nádega, tórax, etc. Questão 13.

** F.B. = Ferida Brava, nome mais citado na região para a úlcera leishmaniótica.

*** Esta resposta "não" foi considerada 100% das pessoas entrevistadas, se formos considerar apenas as 43.5% que responderam "picada de inseto" como transmissor a suposição do conhecimento de um transmissor atinge mais de 90%, embora não haja diferença estatística entre diversos nomes citados (resposta secundária nº 04).

RESULTADOS

Inicialmente, as respostas dos dois grupos de entrevistados, isto é, aquele que tinha a doença e o que conhecia casos de leishmaniose em sua família ou entre conhecidos foram analisados separadamente. Entretanto, a análise dos dados nos mostrou que havia pouca diferença nas respostas dos dois tipos. Usual-

entrevistadas acha que a origem da doença é por picada de inseto sendo que estas pessoas se dividiram na escolha dos insetos, tais como "mosquito", "asa branca", "carrapato", "chupão" (=barbeiro), "mosca" e "jatium". Não houve diferença estatística entre estas respostas. Desses, o nome "asa branca" é o único conhecido na região que identifica os flebotomíneos.

Embora muitas pessoas pensem que a leishmaniose é adquirida durante a estação chuvosa, a maioria não tem opinião formada. Os animais mais sugeridos como sujeitos à infecção foram cães e burros.

Em termos de tratamento, aplicações de injeção foram fortemente mencionadas, especialmente pelo grupo que teve experiência pessoal com leishmaniose (75%). No Quadro 2 podemos ter uma idéia dos produtos usados na região de Três Braços como tratamento local antes da era das injeções. 32,5% dos indivíduos que tinham tido a doença receberam injeções no posto médico mantido por nosso serviço. Outro grupo, em igual número, teve suas injeções aplicadas por seus vizinhos, treinados para este mister. Um pequeno grupo foi treinado em suas casas ou em farmácias locais, 32,5% das pessoas compraram suas injeções em uma farmácia local (preço médio em janeiro de 1983 de Cr\$ 600,00 ou 0,2 UPCs). Apenas a metade das pessoas que tinham comprado Glucantime podiam lembrar seu preço.

poderia aparecer na boca, olho, orelha, pênis e nádegas. 75% dos questionados acreditavam que uma eventual lesão poderia ser curada. Surpreendentemente 43% responderam que as pessoas poderiam adquirir a infecção em duas ocasiões diferentes e um número semelhante achou que a única solução para o problema seria o tratamento de cada indivíduo doente. Um pequeno número (10%), sugeriu o combate ao vetor ou uma vacina como possíveis medidas profiláticas.

DISCUSSÃO

A utilização de questionários em tais moldes só se tornam possíveis após se ganhar confiança da população. Neste caso, o posto médico da Universidade de Brasília, onde se atende os casos de leishmaniose e outros casos clínicos que ocasionalmente surgem, funcionando por 8 anos consecutivos, foi fundamental. Durante este período muitos conceitos referentes à doença provavelmente foram sendo

Quadro 2 – Produtos usados pela população no tratamento da ferida leishmaniótica.

| Classificação | Materiais |
|---|---|
| Pós (Espalhados sobre a ferida) | <ul style="list-style-type: none">● Casca de cajú branco● Pó de carrapato● Fumo● Anaseptil-Sulfonamida |
| Folhas (Usadas em forma de preparados fervidos ou o sumo) | <ul style="list-style-type: none">● Mastrus (<i>Chenopodium ambrosioides</i>)● Cocó bravo (<i>Araceae Philodendrum</i> sp)● Janaúba (<i>Himatanthus oboratus</i>)● Alfavaca grossa (<i>Ocimum</i> sp) |
| Produtos químicos (Espalhados sobre a ferida) | <ul style="list-style-type: none">● Pedra hume (Sulfato de alumínio e potássio)● Manteiga antimonial (Cloreto de antimônio)● Água forte (Ácido nítrico)● Água de bateria (Ácido sulfúrico)● Nitrato de prata● Água oxigenada● Lepecit (Organofosforado) |
| Instrumentos quentes (Encostados na ferida) | <ul style="list-style-type: none">● Tição de fogo (Pedaço de madeira em brasa)● Banha quente |

Dos entrevistados, 75% sabiam que a lesão inicial da pele poderia estar associada a uma lesão nasal, mas também existiam respostas muito variadas. Mais da metade dos indivíduos (58%) conheciam tais casos pessoalmente. Uma porcentagem variável de pessoas (30 a 50%) responderam que a leishmaniose

mudados. Pode-se notar neste inquérito a uniformidade das respostas. O nível de conhecimento da leishmaniose pela população é muito bom, sobressaindo-se a importância desta doença em Três Braços, onde Glucantime é quase tão conhecido como aspirina no Rio de Janeiro.

As esposas responderam pobremente à entrevista, refletindo o meio social, ainda repressivo, daquela sociedade.

A origem do nome "leishmania" não é conhecida pelo povo e é resultado do "ouvi dizer". Embora a maioria das pessoas em Três Braços, ainda conheça a úlcera leishmaniótica como "ferida brava" – nome empregado nas perguntas do questionário – foram detectados sinais de mudança deste conhecimento, pois foi encontrada uma certa dificuldade, entre os homens mais jovens inqueridos, no reconhecimento deste nome. Estes não mais reconheciam tais úlceras como "ferida brava" e sim como "leishmania". Isto sugere que a comunicação longitudinal pai-filho está seriamente comprometida pelas características culturais próprias da população, muito pobres, e pelos meios de comunicação modernos. Além disso, a cura da úlcera leishmaniótica tem sido muito acelerada com o uso do Glucantime, não sendo mais a "ferida brava" que resistia a todo tipo de tratamento.

A opinião de que o local de transmissão possa ser nas fazendas, tem algum suporte epidemiológico. O inseto vetor é pouco conhecido, em contraste ao relativamente bem conhecido "barbeiro" em áreas endêmicas da doença de Chagas. A transmissão da doença de Chagas não foi constatada em Três Braços. Cachorros encontrados na região manifestaram-se como portadores de *L. braziliensis braziliensis* e muitas pessoas atualmente reconhecem as lesões nestes animais. Na Venezuela, lesões leishmanióticas têm sido encontradas na genitália de mulas⁵, o que não foi visto, até agora, em Três Braços.

O uso de tratamento local para úlcera leishmaniótica era disseminado e usado de longa data, de acordo com os indivíduos mais velhos. Vários preparados alternativos no tratamento destas úlceras eram feitos à base de ervas (Quadro 2). Não foi estabelecido ainda o valor dos tratamentos com remédios locais. Glucantime é atualmente famoso em Três Braços como o melhor remédio. O Ministério da Saúde adquire o Glucantime dos laboratórios por Cr\$ 200,00 (0,07 UPCs) (J. B. Furtado: comunicação pessoal) e fornece gratuitamente às clínicas autorizadas. Embora seja oferecido gratuito por nossa clínica, o medicamento pode ainda ser encontrado em algumas farmácias por preços altos. O esquema de tratamento e dosagem usada por este grupo de pacientes é uma constante preocupação para médicos que estão trabalhando no projeto. Isto justifica a inconveniência de fornecer 120 ampolas de 5ml (o total recomendado para um homem de 60 quilos) para um único paciente. Achar alternati-

vas para um tratamento eficaz e menos dispendioso têm sido alvo de nossas pesquisas, mas até agora sem sucesso.

Fornecemos a algumas pessoas mais esclarecidas, seringas de vidro e ensinamos como esterilizá-las e como aplicar injeções. Essas pessoas se tornam bastante conhecidas na zona rural e são capazes de desempenhar com sucesso a maior parte dos tratamentos recomendados.

Em casos mais antigos da doença, os indivíduos não se recordam do número de ampolas de Glucantime que usaram. Nossa experiência, entretanto, mostra que em casos de comprometimento de mucosas, os pacientes lembram melhor porque, freqüentemente, eles não conseguiram a cura da doença.

Não causou surpresa o fato de 75% dos pacientes associarem a lesão de pele com subseqüente doença de mucosa. Esse dado é atribuído, provavelmente, à nossa longa presença na região e, funciona como estímulo para a colaboração dos pacientes em tratamentos prolongados. Um número semelhante de indivíduos acredita que a manifestação mucosa da doença possa ser curada. Seria interessante saber se uma proporção semelhante de respostas positivas poderiam ser obtidas em uma área endêmica, não trabalhada previamente.

Em relação à localização não comum de lesões leishmanióticas, foram observadas nos primeiros 300 pacientes (Llanos, em preparação) úlceras no pênis, orelhas, pálpebras e cerca de 10 pacientes, úlceras nas nádegas.

Com referência aos 36,5% das respostas afirmando que indivíduos podem adquirir uma segunda lesão de pele, contraria nossa experiência. Apenas 18 em 170 casos (10,7%) mostraram cicatrizes anteriores compatíveis com leishmaniose⁶.

SUMMARY

*An enquiry regarding the local people's views on the nature of mucocutaneous leishmaniasis is reported from Três Braços, Bahia, an area of high prevalence of *L. braziliensis braziliensis* infections. The results of this survey indicate a generally good understanding by the population of the treatment of this endemic disease, with little knowledge regarding etiology or prevention. Such base line data provides*

valuable insight into how the group should proceed with plans to eventually control transmission in this rural community.

Keywords: Leishmaniasis. *L. braziliensis braziliensis*. Etiology. Epidemiology. Prevention. Treatment. Community participation.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barreto A C, Cuba C C, Marsden P D, Vexenat J A, De Belder M. Características epidemiológicas da leishmaniose tegumentar americana em uma região endêmica do Estado da Bahia - Brasil. I. Leishmaniose humana. *Boletim de la Oficina Sanitaria Panamericana* 90: 415-424, 1981.
2. Barreto A C, Cuba C C, Marsden P D, Vexenat J A, De Belder M. Características epidemiológicas da leishmaniose tegumentar americana em uma região endêmica do Estado da Bahia - Brasil. II. Leishmaniose canina. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 17: 59-65, 1984.
3. Barreto A C, Peterson N, Rosa A C, Cuba C C, Vexenat J A, Marsden P D. Caracterização de estoques de leishmania isolados do cão e do roedor (*Proechimys intheringi denigratus*) da região sudeste da Bahia através de anticorpos monoclonais. *XX Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, p. 88, 1984.
4. Bizerra J F, Gazzana M R, Costa C H, Melo D A, Marsden P D. A survey of what people know about Chagas disease. *World Health Forum* 2: 394-397, 1981.
5. Bonfante R G, Menendez C E, Torres A R, Morrillo C N, Anedondo C C, Urdaneta I. Endozootic equine cutaneous leishmaniasis in Venezuela. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 75: 471, 1981.
6. Llanos-Cuentas E A. Estudo clínico evolutivo da leishmaniose em área endêmica de *Leishmania braziliensis brasiliensis* Três Braços - Bahia. Tese de Mestrado, Universidade de Brasília, 1984.
7. Marsden P D, Virgens D, Magalhães I, Tavares Neto J, Ferreira R, Costa C H, Castro C N, Macêdo V, Prata A. Ecologia doméstica do *Triatoma infestans* em Mambai, Goiás - Brasil. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo* 24: 364-373, 1982.
8. Marsden P D, Penna R. A vigilance unit for households subject to triatomine control. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 76: 790-792, 1982.