



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

saudesoc@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Costa Santos, Juliana Lúcia; de Barros Melo, Marilene; Aparecida Ferreira, Raquel;
Quintão Fonseca, Ana Flávia; de Lima Ferreira Vargas, Michely; Ferreira Gontijo, Célia
Maria

Leishmaniose tegumentar americana entre os indígenas Xakriabá: imagens, ideias,
concepções e estratégias de prevenção e controle

Saúde e Sociedade, vol. 23, núm. 3, julio-septiembre, 2014, pp. 1033-1048

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263655026>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc



Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Leishmaniose tegumentar americana entre os indígenas Xakriabá: imagens, ideias, concepções e estratégias de prevenção e controle¹

American cutaneous leishmaniasis among Xakriabá indians: images, ideas, conceptions, and strategies for prevention and control

Juliana Lúcia Costa Santos

Mestre em Parasitologia. Analista em Educação e Pesquisa em Saúde na Escola de Saúde de Minas Gerais.

Endereço: Av. Augusto de Lima, 2.061, Sala 219, Barro Preto, CEP 30190-002, Belo Horizonte, MG, Brasil.

E-mail: julianalcsantos@yahoo.com.br

Marilene de Barros Melo

Doutora em Ciências da Saúde. Analista em Educação e Pesquisa em Saúde na Escola de Saúde de Minas Gerais.

Endereço: Av. Augusto de Lima, 2.061, Sala 219, Barro Preto, CEP 30190-002, Belo Horizonte, MG, Brasil.

E-mail: marilenebmelo@gmail.com

Raquel Aparecida Ferreira

Doutora em Ciências da Saúde. Tecnologista em Saúde Pública no Centro de Pesquisa René Rachou, Fiocruz.

Endereço: Av. Augusto de Lima, 1.715, Barro Preto, CEP 30190-002, Belo Horizonte, MG, Brasil.

E-mail: raapfe@gmail.com

Ana Flávia Quintão Fonseca

Doutoranda em Saúde Coletiva. Analista em Educação e Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde de Minas Gerais.

Endereço: Av. Augusto de Lima, 2.061, Sala 219, Barro Preto, CEP 30190-002, Belo Horizonte, MG, Brasil.

E-mail: anaflaviaqf@gmail.com

Michely de Lima Ferreira Vargas

Doutoranda em Educação Escolar. Analista em Educação e Pesquisa em Saúde na Escola de Saúde de Minas Gerais.

Endereço: Av. Augusto de Lima, 2.061, Sala 219, Barro Preto, CEP 30190-002, Belo Horizonte, MG, Brasil.

E-mail: michelyjk@yahoo.com.br

Célia Maria Ferreira Gontijo

Doutora em Parasitologia. Pesquisadora Titular em Saúde Pública no Centro de Pesquisa René Rachou, Fiocruz.

Endereço: Av. Augusto de Lima, 1.715, Barro Preto, CEP 30190-002, Belo Horizonte, MG, Brasil.

E-mail: gontijo@cpqrr.fiocruz.br

¹ Projeto foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Resumo

A leishmaniose tegumentar americana (LTA) é uma doença infecciosa em expansão na comunidade indígena Xakriabá, localizada no Norte de Minas Gerais, devido às suas características ambientais e condições precárias. Sua importância como problema de saúde pública entre esses indígenas reside não apenas na elevada incidência, como também nos transtornos que ocasiona à vida dos indivíduos afetados. O presente estudo teve como objetivo identificar imagens, ideias, concepções, atitudes e condições relacionadas às práticas de prevenção e cuidado da LTA na comunidade Xakriabá. Foram realizadas entrevistas com lideranças indígenas, profissionais de saúde, gestores do campo da saúde e educação; grupos focais com profissionais de saúde e educação, além de usuários do Sistema Único de Saúde. As falas foram gravadas mediante assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As gravações foram transcritas e analisadas segundo a técnica de análise de conteúdo. A partir do conteúdo apreendido das falas definiram-se as seguintes categorias: imagens, ideias e concepções acerca da doença; compreensão sobre elementos do ciclo da doença; aspectos socioeconômicos e culturais que dificultam a sua prevenção. Evidenciou-se que a prevenção e o controle da LTA na Aldeia Indígena Xakriabá não é um problema simples de ser solucionado. Assim, ações educativas constituem importantes ferramentas para a compreensão da doença, bem como formulação e implementação de estratégias de prevenção. Portanto, é de suma importância, antes de qualquer intervenção na comunidade, a apreensão das concepções, imagens e

ideias que essa população tem acerca da LTA, para então, com ela, construir estratégias de controle e prevenção.

Palavras-chave: Leishmaniose Tegumentar Americana; Grupos Étnicos; Pesquisa Participativa Baseada na Comunidade.

Abstract

American cutaneous leishmaniasis (ACL) is an infectious disease expanding in Xakriabá indigenous community, located in northern Minas Gerais. The ACL is a important public health problem due to poor living conditions of indigenous, high incidence and disorders that causes the life of affected individuals. This study aimed to identify the images, ideas, conceptions, attitudes and conditions related to practices of prevention and care of ACL in the indigenous community Xakriabá. This is an action research qualitative approach. Interviews were conducted with: indigenous leaders, health professionals, managers in the field of health and education; Focus groups were conducted with: health professionals and education, as well as users of the Unified Health System. Speeches were recorded by signature a Letter of Consent. The recordings were transcribed and analyzed using the technique of content analysis. The content seized from the speeches outlined the following categories: images, ideas and conceptions about the disease; understanding of the elements disease cycle; socioeconomic and cultural aspects that hinder prevention. It was evident that the prevention and control of ACL in Indian Village Xakriabá is not a simple problem to be solved. Thus, educational activities are important tools for understanding the disease, formulation and implementation of prevention strategies. Therefore, it is important apprehension about the conceptions, images and ideas that people have about the disease, before any intervention in the community, in order to create control and prevention strategies together with them.

Keywords: Cutaneous Leishmaniasis; Ethnic Groups; Community Based Participatory Research.

Introdução

A leishmaniose tegumentar americana (LTA) é uma doença infecciosa, não contagiosa, causada por protozoários do gênero *Leishmania*, que provoca lesões na pele e mucosas. É primariamente uma infecção zoonótica que afeta outros animais que não o homem, o qual pode ser envolvido secundariamente. A transmissão ocorre pela picada das fêmeas de flebotômíneos infectadas (Brasil, 2010).

Várias espécies de animais silvestres, como roedores, marsupiais, edentados e canídeos silvestres, são consideradas reservatórios naturais da *Leishmania* (Quaresma e col., 2011; Schallig e col., 2007; Oliveira e col., 2005; Brandão-Filho e col., 2003; Silva e col., 2001). Registros do parasito também ocorrem em animais domésticos, tais como cães, gatos e equídeos, sendo considerados hospedeiros acidentais (Gontijo e col., 2002; Passos e col., 1996). Entretanto, em relação à LTA não há evidências científicas que comprovem o papel desses últimos na manutenção do ciclo do parasito no meio ambiente (Reithinger e Davies, 1999; Brasil, 2010).

A LTA tem ampla distribuição mundial, havendo no continente americano registro de casos desde o Sul dos Estados Unidos até o Norte da Argentina, com exceção do Chile e Uruguai. Sosa-Estani e colaboradores (2001) registram casos no Norte argentino e determinam fatores de risco relacionados à doença. Também na Argentina, Salomón e colaboradores (2006) associam a presença de flebotômíneos a surto ocorrido na Província de Tucumán. Segundo Tedesqui e colaboradores (2012), a LTA é endêmica em várias regiões da Bolívia, com maior incidência de leishmaniose mucocutânea (LMC). Gonzáles e Devera (1999) registram foco ativo da doença em duas localidades do estado de Bolívar, na Venezuela. No Brasil, observa-se uma expansão geográfica da LTA, sendo que no início da década de 1980 foram registrados casos autóctones em 19 unidades federadas e em 2003 foi confirmada autoctonia em todos os Estados (Brasil, 2010).

Não se dispõe de dados fidedignos sobre a situação de saúde da população indígena brasileira, mas sim de dados parciais gerados pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa), Fundação Nacional do Índio (Funai) e de diversas organizações não gover-

namentais e religiosas. A deficiência do sistema de informações em saúde que não contempla, entre outros dados, a identificação étnica e o domicílio do paciente indígena, além da ausência de censos e outros inquéritos regulares, dificultam a construção de um perfil epidemiológico (Coimbra Jr. e Santos, 2001; Brasil, 2002).

Apesar de ser uma doença típica de ambientes silvestres, praticamente não existem registros de LTA em comunidades indígenas no Brasil. De acordo com Coimbra Jr. e Santos (2001), a existência de poucos estudos sobre a epidemiologia das leishmanioses em grupos indígenas chama atenção, considerando-se que, em sua grande maioria, vivem em áreas endêmicas e em contextos nos quais interferem nos ciclos enzoóticos do parasito. Em um desses raros estudos, no Mato Grosso, Carneri e colaboradores (1963) evidenciaram grande número de casos de LTA entre os Waurá do Alto Xingu. Na reserva indígena Xakriabá, desde 2001 têm sido registrados casos autóctones de LTA. Somente em 2006 foram diagnosticados 48 casos entre os habitantes da reserva (Brasil, 2007). Desde então, o número de casos continua alto: no período de 2001 a 2008 foram registrados 224 casos e entre 2008 e 2010 foram diagnosticados mais 87 casos. Existe uma carência de conhecimento relacionado a esse foco de transmissão, o que dificulta as ações de controle e, de fato, as únicas medidas adotadas são o diagnóstico e o tratamento dos casos humanos, frequentemente realizados tardia e inadequadamente (Quaresma, 2011).

O complexo quadro de saúde indígena no Brasil está diretamente relacionado a processos históricos de mudanças sociais, econômicas e ambientais atrelados à expansão de frentes demográficas e econômicas nas diversas regiões do país ao longo do tempo. Tais frentes exerceram importante influência sobre os determinantes e os perfis da saúde indígena, quer seja através da introdução de patógenos exóticos, ocasionando graves epidemias, usurpação de territórios, inviabilizando a subsistência e/ou a perseguição e morte de indivíduos ou mesmo comunidades inteiras (Coimbra Jr. e Santos, 2001).

Nesse contexto se insere a etnia Xakriabá, cuja presença é registrada originalmente no final do século XVII, no vale do São Francisco, Norte de Minas e interior da Bahia (Nimuendaju, 2002). Desde então

sua história é marcada por confrontos fundiários, escravidão, alianças com colonizadores em campanhas militares para dominação de outras etnias, demarcação de territórios e miscigenação (Santos, 1997). Ao lado das disputas pela posse ou manutenção do direito à terra, os índios Xakriabá conviveram e convivem com a constante necessidade de afirmar a sua identidade (Errico, 2011).

O ser índio está diretamente relacionado ao reconhecimento do território, ao pertencimento a uma terra. Assim, não se pode dissociar o processo de homologação da área indígena da recuperação do sentido de povo e das questões que perpassam a identidade cultural do Xakriabá (Errico, 2011). Hall (2006) apresenta o conceito de identidade cultural como aspectos de nossas identidades que surgem de nosso “pertencimento” a culturas étnicas, raciais, linguísticas, religiosas e, acima de tudo, nacionais. Entretanto, o autor afirma que as identidades culturais estão sendo poderosamente deslocadas pela globalização, que produz fragmentação de códigos culturais, multiplicidade de estilos, ênfase no efêmero, no flutuante, no impermanente, na diferença e no pluralismo cultural. As pessoas que moram em aldeias pequenas, aparentemente remotas, em países pobres, do “Terceiro Mundo”, podem receber, na privacidade de suas casas, as mensagens e imagens das culturas ricas, consumistas, fornecidas através de aparelhos de TV ou de rádios portáteis, que as prendem à “aldeia global” das novas redes de comunicação.

Historicamente, o perfil de morbimortalidade indígena no Brasil tem sido dominado pelas doenças infecciosas e parasitárias que, até um passado recente, 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. A raridade de tais eventos no presente não elimina o peso exercido pelas doenças infecciosas no cotidiano da grande maioria dos povos indígenas (Coimbra Jr. e Santos, 2001). Considerando esses aspectos, a importância da LTA como problema de saúde pública entre os índios da terra Xakriabá reside não apenas na sua elevada incidência, como também nos transtornos que ela ocasiona à vida dos indivíduos afetados. A doença é considerada de difícil controle e as estra-

tégias para impedir a sua transmissão devem ser específicas, conforme a situação epidemiológica de cada região.

O presente estudo objetivou identificar imagens, ideias, concepções, atitudes e condições relacionadas às práticas de prevenção e cuidado da LTA pelos indígenas Xakriabás. Cabe ressaltar que este trabalho é parte integrante de um amplo projeto em que foram investigados aspectos clínicos, imunológicos e epidemiológicos da doença na região, entre 2008 e 2011, e muitos depoimentos coletados podem ter sido influenciados por informações difundidas pela equipe de pesquisadores do projeto em questão.

Materiais e métodos

Este trabalho teve a aprovação do Comitê de Ética do Centro de Pesquisa René Rachou para investigação envolvendo seres humanos (CEPSH/CPqRR nº 021/2007); Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep, registro nº 146690); autorização da Fundação do Índio (Funai, licença nº 149/CGEP/08) e o termo de anuência necessário para o desenvolvimento da pesquisa em área indígena assinado pelo cacique e lideranças indígenas. A Coordenação Regional da Funasa em Minas Gerais e o município de São João das Missões tiveram conhecimento e aprovaram o projeto.

O estudo realizou-se na Reserva Indígena Xakriabá, em São João das Missões (14°53'01" de latitude Sul e 44°05'26" de longitude Oeste), no período de dezembro de 2011 a março de 2012. O município localiza-se no Vale do Peruaçu (Alto Médio São Francisco), região Norte de Minas Gerais, e faz divisa com as cidades de Manga, Itacarambi e Miravânia. São João das Missões encontra-se a 677 km da capital, Belo Horizonte, possuindo uma população de 11.715 habitantes. A reserva ocupa uma área de 530,74 km², correspondente a 78,07% da superfície total do município (IBGE, 2011).

A etnia indígena Xakriabá está organizada em 32 aldeias. As lideranças, que respondem politicamente por elas, compõem um conselho, do qual também fazem parte o cacique e o vice-cacique, responsáveis por representarem a população fora dos limites da terra indígena e pela solução de conflitos internos (Pena, 2009).

As atividades econômicas prevaletentes são a agricultura de subsistência e a criação de gado de corte, em geral exercidas pela população masculina, enquanto a feminina se ocupa dos afazeres domésticos (Pena, 2009). Nas relações comerciais são utilizadas trocas de mercadorias, assim como a moeda corrente brasileira. A unidade base de trabalho é a família nuclear, existindo também formas de trabalho coletivo que envolvem a família extensa e outros membros da comunidade, sendo a mais comum o “ajuntamento”, que reúne um contingente de mão de obra expressivo com o objetivo de acelerar as atividades produtivas, como a coivara (limpeza da terra), a plantação e a colheita (Paraíso, 1987).

Segundo Pena (2009), transações de compra e venda, prestações de serviços em fazendas e residências dentro e fora de Minas Gerais, prestação de serviços para a prefeitura, Funasa e empreiteiras são alguns exemplos de relações estabelecidas entre os Xakriabá e a sociedade não indígena.

Quanto à educação, Gomes (2006) afirma que o processo de escolarização dos Xakriabá se iniciou pelo menos 60 anos antes da criação das escolas indígenas, sendo intensificado a partir do estabelecimento destas em seu território. Em pouco mais de dois anos a oferta escolar passou a garantir vagas para quase a totalidade de crianças e adolescentes em idade de cursar o ensino fundamental. Atualmente, a continuidade dessa expansão é bem presente, com a implantação do ensino médio e acesso à universidade.

A pesquisa, do ponto de vista metodológico, é um estudo qualitativo, de caráter longitudinal, que utilizou a modalidade da pesquisa ação. A opção por essa modalidade sustentou-se no princípio de que o conhecimento não pode ser um fim em si mesmo, e a sua produção a partir de uma investigação teve como objetivo conhecer e propiciar a transformação de uma dada realidade. Nessa perspectiva, o estudo se constituiu em uma ação coletiva e não pode se sustentar em modelos rígidos previamente determinados, pois exigiu, em seu percurso, a adoção de estratégias que se adequassem à realidade vigente e privilegiassem a “partilha do saber”, o que fez com que o estudo deixasse de ser um processo para ser o produto da mudança (Thiollent, 2011; Franco, 2005; Barbier, 2007). A interlocução entre os pesquisado-

res e os diversos sujeitos da pesquisa visou promover a construção de estratégias que minimizassem as complicações originárias da LTA, adequando-as ao contexto vigente e às vivências, concepções e sistematizações dos diversos sujeitos da pesquisa.

Foram realizadas seis viagens ao município de São João das Missões. As aldeias escolhidas foram as que possuíam a maior casuística de LTA: Morro Falhado e Imbaúbas (Quaresma, 2011).

Optou-se por entrevistas e grupos focais com diversos sujeitos (Krueger, 1994; Cruz Neto, 2001), tais como profissionais da saúde e educação, lideranças indígenas e usuários do Sistema Único de Saúde. Esse último grupo foi subdividido em usuários que foram portadores da LTA no período de 2008-2011; usuários em tratamento; usuários que nunca tiveram a doença. Foram considerados como não infectados os indivíduos que não apresentaram lesões sugestivas de LTA e todos os exames parasitológicos, imunológicos e moleculares foram negativos. Os usuários foram selecionados a partir de listagem fornecida nos pólos de saúde das duas aldeias estudadas.

Ao todo, foram realizadas 12 entrevistas. Entre os profissionais da saúde foram entrevistados o secretário de saúde e a coordenadora de atenção básica do município de São João das Missões; o chefe e o coordenador técnico das ações de saúde, ambos do polo base de São João das Missões; o chefe da Casa de Apoio à Saúde Indígena (Casai); e um agente indígena de saúde da aldeia Imbaúbas. Entre os profissionais da educação, foram entrevistados o secretário municipal de Educação, um educador da aldeia Morro Falhado e um da aldeia Imbaúbas. Em cada uma dessas aldeias foi entrevistada uma liderança indígena, representando a população local, além do cacique.

A análise das entrevistas direcionou os tópicos que foram abordados em grupos focais, os quais foram realizados separadamente, de acordo com a classe de sujeito (agentes indígenas de saúde - AIS, equipe de saúde, profissionais da educação e usuários). Os grupos contaram com a presença de seis AIS, cinco membros da equipe de saúde, cinco educadores e cinco usuários na aldeia Morro Falhado. Na aldeia Imbaúbas estiveram presentes sete AIS, quatro membros da equipe de saúde, cinco educadores e

cinco usuários. Ressalta-se que os participantes das entrevistas não foram os mesmos dos grupos focais, medida adotada para se obter maior diversificação nas informações coletadas.

Todas as entrevistas e os grupos focais foram gravados e transcritos, com o consentimento dos sujeitos, de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As análises das informações obtidas foram realizadas pela técnica de análise de conteúdo (Bardin, 2010). As categorias trabalhadas foram: imagens, ideias e concepções acerca da doença; compreensão sobre elementos do ciclo da doença; aspectos socioeconômicos e culturais que dificultam a prevenção.

Resultados e discussão

Apesar de a LTA ser endêmica na região e dos indígenas conviverem há muitos anos com ela, percebe-se que a doença provoca insegurança e temor entre eles, principalmente naqueles que já tiveram ou que estão em tratamento e nos que têm alguém doente na família (Quaresma, 2011). Isso se refletiu na fala de alguns indígenas, quando indagados sobre o que eles sabiam sobre a LTA:

[...] pra mim é uma doença muito perigosa...

[...] leishmaniose é uma doença muito grave, né?

O povo tava dizendo que essas feridas, se não tratar logo, que vira câncer na pessoa. Aí eu fico com medo...

Esses depoimentos retratam a experiência dos indígenas em relação à doença. Ela só é evidente para o sujeito doente, somente ele pode se sentir doente. A gravidade e o perigo expressos estão associados à sua condição de “doença”, uma vez que esta pode produzir processos de desgaste do funcionamento biológico. Isso o induz a significados diferentes do ser/estar doente, dependendo de suas condições sócio-históricas e culturais de existência, visto que o processo saúde-doença advém de fenômenos sustentados pela cultura, pois a sociedade os experimenta ou os simboliza de acordo como ela trabalha e confronta os seus fantasmas e o seu medo da morte (Laurell, 1983; Adam e Herzlich, 2000; Minayo, 2007; Rouquayrol e Gurgel, 2013).

Essas percepções da LTA, provavelmente, podem estar relacionadas às lesões cutâneas, que algumas vezes são desfigurantes ou, ainda, se apoiam na presença de instituições de ensino e pesquisa na comunidade que buscam investigar os aspectos clínicos, imunológicos, epidemiológicos e ambientais da LTA. Além disso, o estilo de vida dessa etnia e as condições sociais a que estão submetidos – má nutrição, falta de higiene e saneamento, convívio estreito com animais no ambiente doméstico e peridomiciliar – favorecem a transmissão da doença, ampliando a sua incidência e os transtornos que ela vem ocasionando à vida dos indivíduos afetados. Essas situações podem estar colaborando para esse imaginário coletivo acerca da LTA na comunidade.

A referência à gravidade da doença e ao medo dela se tornar um câncer pode estar articulada a concepções que foram construídas historicamente pela sociedade, como sendo o câncer uma doença de difícil cura e uma possível sentença de morte (Silva, 2005). Apesar de não ser muito cogitada essa possibilidade na LTA, essa impressão permanece na comunidade, talvez pelo fato do processo de seu tratamento ser doloroso, prolongado e ainda com chances de recidiva.

Os casos de recidiva da LTA ou o relato de mais de um caso em seu domicílio por alguns indígenas possibilitaram uma maior experiência para a descrição de como a doença se inicia e se desenvolve ao longo do tempo:

Primeiro vem assim, né? Vem a ferida [...] aí a gente descobre que é ela (a LTA) por causa que ela num sara, sempre ela vai crescendo. Tem ela é de dois tipos: ela seca e de água. Quando ela é seca, veio rápida e ranca aquela casquinha. Vai crescendo, aumentando e ranca uma casquinha. Quando ela é de água, ela vai só comendo, enchendo de água e até que ela passa ali ela vai acrescentando cada vez mais. Aí, quando vê que é tratamento, vê que num sara, a gente já sabe que é ela, a leishmaniose desse mosquito.

Segundo Bañuls e colaboradores (2011), a evolução da doença caracteriza-se pela formação inicial de pápulas eritematosas que em torno de um a três meses, dependendo da espécie de *Leishmania*, podem evoluir para nódulos eritematosos, placas

endurecidas, placas ulceradas ou úlceras com bordas elevadas e bem definidas. As lesões podem ser secas, crostosas ou exsudativas.

Essa definição demonstra que a vivência fortalece e gera propriedade para que o sujeito defina os estágios que compreendem a lesão da LTA. Sujeito esse que consegue recuperar o significado da doença rumo a um conhecido – o seu próprio ser e estar doente – ou mesmo de alguém próximo. Não se fala de expectativa, mas de algo que existiu, o que torna mais fácil esboçar o que já se inscreveu no próprio corpo ou de outro próximo, pois a existência também é ser-entre-os-outros (Heidegger, 1997).

Entretanto, pelo fato da maioria dos casos na região ser de lesões atípicas, como placas, pápulas, nódulos, de aspecto vegetante, verrucoso e úlcero-crostoso (Quaresma, 2011), muitos usuários e integrantes da equipe de saúde da família, como médicos, enfermeiros e agentes indígenas de saúde, não reconhecem facilmente os primeiros sinais da LTA. Isso porque, na sua forma típica, a lesão se apresenta bastante diferente, como uma úlcera com bordas elevadas, indolor, com fundo granuloso. Assim, os usuários, não reconhecendo as lesões, esperam um tempo para procurar por atendimento na UBS. Tempo esse que é estipulado por eles próprios, em que esperam pela cura da ferida pelo uso de “remédio do mato”, ou seja, plantas que julgam trazer a cura da doença. Somente com a constatação da ausência de melhoras é que procuram o posto de saúde. A fala de um membro de uma equipe de saúde de uma das aldeias retrata essa prática:

[...] aqui tem muita lesão atípica, né? [...] Então eles nem sempre... eles são orientados... eles conhecem a lesão típica, mas como tem muita lesão atípica eles já iniciam o uso de pomada, plantas medicinais e quando eles vêem que não está melhorando, eles procuram o posto de saúde.

A automedicação é frequente enquanto não se tem o diagnóstico do médico local. Os indígenas usam desde pomadas a plantas que consideram curativas, prática que, segundo eles, é um costume antigo na aldeia, passado dos mais velhos para os mais novos:

[...] não tinha resposta do médico ainda; aí eu comecei a usar uns remédio que o pessoal faz aqui

mesmo, né? tipo o mel de limão. Um dia estava coçando muito, escorrendo água assim, aí eu passei o mel de limão [...] eu coloquei em cima da ferida, eu senti uma melhora sabe..... e aí começou a pinicar por dentro da ferida e começou a doer e quanto mais o tempo passava, doía mais, eu rodava ao redor de casa para ver se a dor passava e aí teve uma hora lá que a dor passou, e aí já começou também essa questão do tratamento. E assim também essas ferida tem agravado mais nas pessoas, porque eles acham que não é uma coisa grave, por achar que é um arranhado no pé, corte de faca ou de espinho [...] e talvez até demorando, né? o processo de cura por o pessoal não acreditar que não é leishmaniose, né? tem muito casos desses que a pessoa vai pro médico e a ferida tava enorme porque acreditava que foi um arranhado de espinho, esses casos.

A demora nos resultados dos métodos laboratoriais parasitológicos – utilizados somente durante a pesquisa – às vezes necessários para confirmar os achados clínicos, ocasiona a utilização de outras formas de tratamento, como os remédios caseiros. Cabe salientar que esses métodos não são utilizados rotineiramente, sendo a intradermorreação de Montenegro (IDRM) o método utilizado. Às vezes é feita a histologia em laboratório externo. Algumas das estratégias, como as mencionadas acima, pretendem de alguma maneira minimizar o incômodo da ferida. Quanto à não associação do surgimento de uma lesão à LTA, em uma região com situações de risco presentes, tem demandado um árduo trabalho do agente indígena de saúde, que busca salientar a importância do tratamento precoce como prioritário para o controle dessa endemia. Observa-se, ainda, no depoimento abaixo a utilização de novos agentes medicinais originários do reino vegetal existente na reserva.

[...] aí depois eu fiquei com essa ferida na perna aí e vai coçando, aumentando; aí eu passei até remédio com o mateiro, um remédio de saboeira que o povo fala. Você tira a espuminha e passa. Mas num sarava, aí eu tomei aquele remédio que o povo fala “treteque”, que vem primeiro. Agora o povo mudou o nome...

Diante do exposto, observa-se que os indígenas têm buscado o uso de plantas medicinais como

importante fonte de substâncias naturais biologicamente ativas para o tratamento da LTA. Entretanto, é necessário desenvolver estudos científicos que comprovem a eficiência dessas plantas e a toxicidade que esse tipo de medicamento pode vir a apresentar.

Moreira e colaboradores (2002), em um estudo sobre o nível de conhecimento e uso de terapias alternativas em populações de áreas rurais do Maranhão, observaram que dos 378 moradores entrevistados, 29,8% relataram o uso de plantas na ferida, como pó da folha de limão, caju, gervão, infusão de alho e óleo de copaíba. Em região endêmica no Sul do Brasil, Lolli e colaboradores (2011) registraram que o tratamento inicial em 22% dos entrevistados era realizado de maneira empírica, através da aplicação de pomadas, emplastros caseiros com ervas e pólvora. Após a confirmação da doença por exames laboratoriais específicos (teste de Montenegro, exame parasitológico e imunofluorescência indireta), foi feita a prescrição correta e, então, o tratamento adequado foi obedecido por 100% dos pacientes.

Na Bolívia, Isaza e colaboradores (1999) observaram que em alguns casos o tratamento da LTA se baseava no uso de raízes, folhas e frutos de certas plantas em forma de emplastros, bebidas ou lavados das feridas. Outra prática consistia em queimar a lesão com um instrumento de prata quente ou usar substâncias químicas, como alguns ácidos, álcoois, iodo e petróleo, entre outras.

Entretanto, na aldeia indígena Xakriabá observou-se que a prática de auto tratamento tende a se extinguir, uma vez que os usuários já aceitam bem a orientação dos médicos e agentes indígenas de saúde para não usarem esse tipo de medicação. Essa aceitação leva a uma reflexão sobre o que Bourdieu (1992) denomina de violência simbólica, na qual comportamentos, crenças, hábitos e valores de uma minoria submissa geralmente são ignorados pela cultura hegemônica. Em relações de domínio/submissão os submissos acabam por assimilar, mesmo que de maneira inconsciente e involuntária, a visão de mundo pautada na racionalidade daqueles que pertencem a grupos hegemônicos. Nessa linha de raciocínio, talvez a aceitação da orientação médica por parte dos indígenas seja uma condição de resignação, uma vez que estariam consentindo e cedendo à imposição determinada por critérios e padrões

de um discurso dominante. Todavia, tal inferência requer maiores investigações, o que não coube ao escopo desse estudo.

Indagados sobre a conduta a seguir quando percebem uma ferida ou caroço respostas como essas foram obtidas:

[...] tem que ir no médico pra... porque nesse aqui mesmo (um dos filhos) eu tava colocando era barbatimão. Mas, aí, depois o doutor falou que não podia ponhá não. [...] fez aquele teste e disse que era leishmaniose; então eu não ponhei mais não... Esse daqui (outro filho), né? descobri logo que eu vim aqui, ele assim... quando ele começou um oio (início da ferida), assim, já começou uma febre [...]

[...] eu fiquei com medo porque os outros quando teve aqui es falava quando a gente vesse essa pereba aqui, assim a gente não podia passar remédio nenhum, e que a gente tinha que vê no médico, né? [...] eu já ia procurar remédio do mato... eu já ia fazer uma rapagem de barbatimão, de raspa de aruera, já ia cozinhar, fazer aquela aquinha, né?

[...] a gente já esta acostumado com os agente e os agente já falou pra nós: “enquanto não fazer o exame não pode passar o remédio”.

Lava com sabão. [...] só com sabão, num pode usar outros remédio.

Nos discursos acima verifica-se que a grande preocupação é com o controle da ferida, e o diferencial das abordagens se baseia no tipo de medicamentos utilizado. Enquanto a população utiliza substâncias naturais, a equipe de saúde recomenda os alopáticos, após um diagnóstico definido em relação à doença. Observa-se, ainda, que os sujeitos da pesquisa se submetem à determinação da equipe em abolir as condutas não recomendadas pela norma médica, além de inserir no seu cotidiano novas concepções de saúde e doença (Freire, 2011).

As drogas de escolha para o tratamento da LTA são os antimoniais. Elas apresentam alta toxicidade e resistência parasitária. O uso de plantas medicinais é bastante comum no tratamento dessa doença em comunidades rurais; entretanto, ainda não existe comprovação científica quanto à eficácia de sua utilização para esse fim. Atualmente, algumas investigações sobre a ação de compostos naturais em camundongos e *in vitro* têm demonstrado efi-

cácia, além de serem menos tóxicos, de efeito mais específico, mais acessível economicamente e com capacidade de reversão da resistência do parasito. A possibilidade de sua utilização é também uma estratégia para resgatar a cultura da comunidade. Para isso são necessários estudos que garantam seu uso seguro, por meio do conhecimento químico, farmacológico e da toxicidade dessas plantas (Bergmann e col., 1997; Araújo e col., 1998; Barata e col., 2000; Luize e col., 2005).

Outro aspecto que deve ser levado em conta é a relação que os indígenas fazem entre a alimentação e a LTA. Segundo eles, certos tipos de alimento, os quais denominam “remoso”, interferem na cura da doença. Esse mesmo termo é usado para qualificar o sangue de certas pessoas que têm facilidade para desenvolver furúnculos, feridas etc. A fala de um membro de uma das equipes de saúde retrata essa situação:

[...] eles falam assim, se comer carne de porco, o ovo, peixe eles não comem não, porque estoura mais a ferida. Se eles tiverem tomando injeção também eles não come nada disso. [...] eles falam direto, eles gostam muito favo, né? aí eles falam assim: “hoje eu nem almocei, só tinha favo em casa. Porque eu tô tomando injeção e eu não quis almoçar...”. Porque dizem eles que a ferida arrebenta e fica mais difícil de sarar; aí prefere ficar sem alimentar, né?

Quanto à relação de alimentos com o agravamento das lesões de LTA, observa-se que os não recomendados são aqueles que o saber popular denomina de “alimentos quentes”, que fazem mal ao organismo e podem agravar os sintomas de determinadas doenças (Canesqui, 2007; Woortmann, 2008).

Os depoimentos confirmam essa crença e trazem o termo “remoso” utilizado no âmbito do senso comum:

[...] às vezes aqui tinha a pimenta, o vinagre que ele gosta de comer e eu falei que não podia porque aí vem a quentura. Feijão catador eu não deixei ele comer, abóbora eu também não deixei ele comer, porque eles falaram que não podia. [...] porque eles disseram que não erabom para a pereba, né? porque es falavam que tinha alimento que fazia mal, que ela (a lesão) ficava mais forte; aí a gente ficava com medo. Mas tinha alimento que eu não dava porque a gente ficava com medo, né? porque às vezes tinha

pessoa que dizia assim: “não pode comer carne de porco porque é veneno, não pode comer mamão”; e ficava com aquela pressão na gente, a gente já tava com pressão com a doença, que a gente tava tendo, aí eu falava com ele: “ô meu filho, já que faz mal então não vão comer não”.

[...] graças a Deus eu não tenho o sangue remoso, porque tem gente aí que tem o sangue remoso, que cria aquelas perebas aí que qualquer coisinha... mas aí eu não, né?

Observa-se que existem alimentos considerados “ruins”, conceito constituído a partir de um conjunto de crenças, representações, superstições e experiências pessoal e social. O termo “remoso” representa aquilo que é ofensivo à saúde, faz mal para o sangue, podendo agravar as feridas presentes em algumas situações de doença, como a leishmaniose tegumentar ou, ainda, induzir reações alérgicas. Esse termo não é utilizado no âmbito das ciências naturais e da saúde (Ferreira, 2010; Woortmann, 2008).

Quanto aos aspectos epidemiológicos da LTA, os Xakriabá possuem um conhecimento razoável. Provavelmente isso se deve à realização na região do projeto mencionado anteriormente, no período de 2008 a 2011:

Eu acho, assim, que a questão nem é os cachorro, é o ambiente; então, assim, é a vegetação e montanha e morro, é tudo. Então, assim, é propício demais [...] muitas moram no meio e ao redor você vê aquele paredão de árvores, aí quando você entra no caminho, você vê a casa.

Eu acho que é porque a gente mora mais próximo do morro, porque a gente vai para esses outros lugares aí, onde não tem morro, a gente quase não ouve falar.

A noção de que a doença está diretamente relacionada com o ambiente de mata úmida e sombreada, presença de encostas de morro, onde se desenvolve o inseto transmissor, está bem difundida entre eles. Buscou-se trabalhar com os sujeitos da pesquisa essas situações consideradas de risco, de maneira a minimizar os efeitos das características ambientais, bem como a necessidade de se evitar o desmatamento que favorece a aproximação dos flebotomíneos da região peridomiciliar. Outra questão presente em alguns relatos trouxe à discussão o descarte

inadequado do lixo. Situações como essas e a precariedade das habitações, muitas sem banheiro, em locais carentes de saneamento básico, demonstram a vulnerabilidade à qual está sujeita a comunidade. A superação dessas questões está ligada à instituição de estratégias que propiciem o acesso desse grupo social a melhores condições de vida.

Igualmente, o conhecimento de que a transmissão da LTA ocorre através da picada de um flebotômio, e que esse inseto se contamina previamente em outro animal, já se estabeleceu na comunidade:

Eu já ouvi falar que é por um mosquito que pica alguma coisa contaminada e pica a gente.

[...] porque a doença é do mosquito, né? dizem que eles picam um bicho lá do mato e, às vezes, o bicho já tá contaminado. Aí eles, os mosquito, ficam contaminados, aí eles vêm e pica a pessoa e vai para o sangue, né?

Diferentemente, Moreira e colaboradores (2002), em seu estudo com populações do Maranhão, constataram que, apesar de conhecer a doença, a maioria dos entrevistados não soube dizer sobre a forma e o local de transmissão, seus métodos profiláticos e curativos. Na Venezuela, Nieves e colaboradores (2008) detectaram baixo nível de conhecimento sobre a LTA nas comunidades estudadas, principalmente sobre transmissão e prevenção.

Entretanto, apesar desses conceitos estarem bem estabelecidos na região, alguns dos moradores fazem confusão quanto aos reservatórios do parasito, colocando ora os animais silvestres nesse papel, ora os cães e outros animais domésticos. Esse equívoco é muito comum entre leigos, uma vez que existem dois tipos de leishmanioses, a leishmaniose tegumentar americana (LTA) e a leishmaniose visceral (LV), além do fato de ambas serem transmitidas por flebotômios. Na primeira os principais reservatórios são animais silvestres, como roedores e marsupiais, entre outros. Na segunda, o principal reservatório é o cão doméstico. Na reserva indígena Xakriabá, Quaresma e colaboradores (2011), ao estudar os reservatórios de *Leishmania braziliensis* (causadora da LTA), verificaram a presença de um número significativo de roedores e marsupiais infectados em trilhas perto das casas e no peridomicílio, sugerindo que esses animais são importantes na

manutenção do parasito naquela área. Já em relação a cães domésticos, somente dois dos animais amostrados estavam infectados por *L. braziliensis*. Entretanto, considerando a mesma reserva indígena, Rêgo (2013) afirma que tanto cães como marsupiais são reservatórios desse parasito no ambiente peridoméstico e no ambiente silvestre os reservatórios são marsupiais e roedores.

Quando indagados se a doença só acometia pessoas, as seguintes respostas foram obtidas:

[...] ah... eu acho que não, porque o bicho já tá no mato contaminado e atinge o ser humano, né?

[...] dizem que eles (os mosquitos) picam um bicho lá do mato e, e, às vezes, o bicho já tá contaminado. [...] aí eles vêm e pica a pessoa.

[...] cachorro, gato, essas coisas assim. É... galinha eu não sei, mas os outro. Eu não sei, eu acho que porco também deve pegar isso, porque é através do mosquito contaminado, pra pegar é a mesma coisa. Porque gato e cachorro eu já vi.

Vários aspectos diferem a LTA da LV, como a espécie de *Leishmania* envolvida; as espécies de flebotômios responsáveis pela transmissão; os reservatórios e mesmo o ambiente e condições que favorecem o ciclo dos parasitos. Entretanto, apesar de se diferenciarem nesses aspectos, um ponto em comum são os hábitos dos insetos vetores, que se reproduzem em matéria orgânica e têm hábito crepuscular e noturno. Sendo assim, as medidas preventivas voltadas para eles se convergem. Já os reservatórios, que são diferentes, requerem um tipo de atenção diferenciada quanto à prevenção. Entretanto, percebe-se que isso não está claro na população, o que pode ser identificado quando algumas pessoas sugerem medidas preventivas para a LTA:

[...] que eu fico brigando, eu falo é com o pai dos menino, para nós não criar cachorro mais [...] mas minha vontade eu não criava era cachorro de jeito nenhum, por causa de que, diz o povo que o mosquito pica o cachorro, o mosquito vai e pica o menino, aí que vira essas ferida. Porque lá em casa, “den” do meu gosto, a gente criava cachorro era de jeito nenhum.

[...] ter muito cuidado com cachorro e talvez o cachorro se tá criando ele tá sãozinho, mas talvez por dentro ele tá infetado [...].

Até mesmo os profissionais de saúde se confundem e, quando solicitados a sugerir estratégias para ajudar a minimizar o problema da LTA na região, alguns responderam das seguintes formas:

[...] Olha, eu acho que matar os cachorros.

A gente manda eles colher o lixo, queimar... se tiver algum cachorro a gente manda matar, igual tem caso que, que a própria família inteira tinha leishmaniose e eles mataram os cachorros.

Entretanto, já existem estudos apontando que a presença do cão é um fator de risco para a aquisição da LTA, questão ainda bastante controversa (Membrive e col., 2012). No Brasil, infecções naturais em cães domésticos por *L. braziliensis* têm sido observadas em focos da doença localizados em áreas rurais (Gontijo e col., 2002) e periurbanas (Falqueto e col., 1986; Massunari e col., 2009). Assim, de acordo com Quaresma (2011), é importante a confirmação da espécie infectante de *Leishmania* e o papel do cão na manutenção do ciclo da LTA, evitando assim a eliminação desnecessária de cães, já que no Brasil, para o controle da LV, é preconizada a eutanásia de cães soropositivos.

Outro ponto de equívoco na comunidade, inclusive entre os agentes indígenas de saúde (AIS), é a forma de prevenção da doença, quando o foco são as condições ambientais. Percebeu-se que está muito difundida na comunidade a informação de que uma das formas de evitar a LTA é não deixar água parada em recipientes. Essa medida preventiva é contra o mosquito da dengue, o qual precisa de água para se desenvolver, diferente dos flebotomíneos, que necessitam de ambientes úmidos e sombreados, ricos em matéria orgânica. Ao que parece, a campanha de prevenção da dengue se mistura com a da LTA. Em vários momentos observaram-se falas como esta entre os sujeitos da pesquisa, inclusive profissionais de saúde. Esse engano pode estar refletindo a formação dos profissionais da saúde, que privilegia o saber biomédico sem trazer à luz a concepção de vulnerabilidade social e suas consequências. Assim, verifica-se entre esses profissionais certo desconhecimento de uma doença que apresenta uma prevalência considerável na comunidade onde estão inseridos como trabalhadores (Sant'Anna e Hennington, 2010):

O que eu acho lá em casa é que não deixo água acumulada nos reservatórios. Num gosto de deixar água no pé da torneira. É porque eles gostam é destes lugares... Quando tem uma vasilha e quando chove, elas enchem de água eu vô lá e viro tudo, as garrafa, e eu viro tudo de cabeça para baixo para não encher d'água, porque eu fico com medo de pegar um aqueiro e entrar um mosquito lá e vir para dentro de casa... e sempre é mais na limpeza, eu retiro lixo perto de casa, eu não deixo água empoeçada e eu deixo meu terreiro mais na limpeza reservado, fora de lixo, porque onde tem lixo tem tudo quanté verme que deixa a gente doente.

O interessante é que, segundo os moradores, não há casos de dengue na aldeia. De acordo com dados de 2012 do Ministério da Saúde, não foram registrados casos no município de São João das Missões. Entretanto, como a campanha contra essa doença é muito presente na mídia, a população acaba por absorvê-la de forma passiva através dos meios de comunicação. Sabe-se que agentes de saúde de qualquer município recebem treinamento para o controle de endemias. Dessa forma, pode estar havendo uma falha nas campanhas educativas para a prevenção da LTA na região, o que termina por reproduzir estratégias de prevenção e controle de endemias prevalentes no âmbito estadual sem considerar as especificidades epidemiológicas locais.

Quanto à noção de aspectos epidemiológicos, sejam eles corretos ou equivocados, verificou-se que os indígenas só passam a tê-la depois de vivenciarem de perto a LTA ou por meio de um membro da família que esteja doente ou dele próprio.

[...] Depois do Claudinei foi que a gente agora ficou mais esperto... menino, se eu vê pelo menos uma perebinha ne mim eu já procuro um remédio logo pra sarar.

Entrevistadora: *E vocês já sabiam disso antes de saber que tinha a doença na família ou vocês aprenderam isso depois que apareceu a doença?*

Indígena: *Oh moça, depois que apareceu a doença, nós nunca sabia que tinha isto. O primeiro que teve isto aqui fui eu...*

Segundo Lolli (2011), é comum que o conhecimento acerca da LTA restrinja-se às vítimas da infecção

ou àquelas que já tiveram casos na família, dificultando, dessa forma, o estabelecimento de medidas efetivas de controle entre todos os moradores de uma região. Em seu estudo realizado na Venezuela, Nieves (2008) também afirma que, apesar das comunidades estudadas estarem localizadas em zonas endêmicas, o conhecimento muitas vezes se restringiu aos moradores que haviam tido a doença ou àqueles que apresentaram casos na família ou na vizinhança.

A prevenção da LTA, não só na aldeia Xakriabá, mas em outras regiões endêmicas no Brasil e na América Latina, tem sido um problema de difícil solução, uma vez que envolve fatores ecológico-ambientais, socioeconômicos, culturais e comportamentais. Essas regiões se caracterizam pela presença de mata fechada, paredões de pedras, encostas de morro, variedade de animais silvestres e umidade suficiente para o desenvolvimento do inseto vetor. Tais condições naturais, somadas à precariedade das moradias das populações locais e aos seus hábitos, dificultam sobremaneira qualquer tentativa de intervenção. De acordo com Dias (1998), o êxito das estratégias contra as doenças endêmicas que em geral ocorrem em áreas de pobreza e de subdesenvolvimento depende, basicamente, da disponibilidade de recursos econômicos e, necessariamente, do conhecimento das competências e atitudes da população diante do problema mórbido, relevantes para a aceitação e participação efetivas nas ações profiláticas. A participação comunitária ativa e permanente é a chave para a execução e consolidação da vigilância das ações de controle das grandes endemias no Brasil.

Segundo Santos (2000), os programas verticais direcionados ao vetor ou ao reservatório têm esbarrado em dificuldades operacionais, representadas pelas condições ambientais em que essa zoonose prevalece. Em estudo conduzido no Sul da Bahia, verificou que a construção de mais da metade das moradias da região é feita de maneira inadequada e deficiente. O adobe (bloco de argila crua e seca ao sol) é o material mais barato, mais precário e mais utilizado na edificação das paredes, estando sujeito às erosões e às fenestrações consequentes a atritos, chuvas e ventos, o que limita a ação protetora da borrifação domiciliar com inseticidas de ação residual.

Por outro lado, as paredes incompletas, que deixam espaços superiores abertos em relação ao teto, em mais da metade das moradias possibilita a livre circulação e a evasão dos vetores, preservando-os do contato com as superfícies borrifadas. Foi observado que muitas casas na aldeia Xakriabá também são feitas desse material e que, da mesma forma, não apresentam paredes completas até o telhado.

Quando os sujeitos da pesquisa foram questionados sobre as formas de prevenir a LTA, foi explicado por eles, em vários momentos, o problema da precariedade das casas, das dificuldades financeiras das famílias, do tipo de trabalho e dos hábitos costumeiros arraigados na comunidade:

Então, assim, eu acho que são vários fator [...] o que acontece muito, as pessoas como aqui, né? na zona rural, tem muitas pessoas têm é dificuldade, são carentes, às vez não têm um banheiro, né? Aí as pessoas vai, né? faz suas necessidades no mato, acaba que, né? o mosquito acaba picando a pessoa, né? ele acha que não é nada, e depois então aparece com a doença de leishmaniose.

Muitos casos ocorrem por causa das condições de trabalho, né? e para eles é muito difícil mudar também, né?

[...] vestimenta para trabalhar no mato, né?

O trabalho, né? por que eles trabalham no peridomicílio, a grande maioria. O trabalho no peridomicílio é a situação mais complicada para a prevenção.

[...] também tem muito deles que vão tomar banho na fonte, né? e aí, nessa hora de 18 da tarde, né? E aí a gente pede para evitar este horário, né?

O hábito de tomar banho no peridomicílio também é registrado por Nieves (2008) em seu estudo em duas regiões da Venezuela, bem como o uso de pouca roupa entre os moradores, como fatores que contribuem para a infecção. Na aldeia Xakriabá, além desses costumes, é comum os moradores se reunirem depois do trabalho, ao entardecer, para uma conversa na porta de casa ou nos quintais.

Outra prática comum na comunidade é a queima de folhas, fezes de cavalo e lixo para espantar os flebotômíneos. Ao ser solicitado a sugerir modos de prevenção um dos indígenas participantes teve a seguinte fala:

Se tampar a janela, a casa é de telhado, eles entram pelo telhado, a não ser o mosquiteiro mesmo, né? E quando tem um perninho perturbando a gente acende uma fumacinha lá fora, né?

A queima de folhas e lixo também foi registrada como medida de proteção contra a LTA por Santos (2000), em região no sul da Bahia.

Diante do exposto, é fundamental a formulação e implementação de ações que propiciem melhorias na prevenção, no diagnóstico e no tratamento adequados. Esse esforço implica articulações no campo político, acadêmico, no âmbito da gestão, no processo de atenção e de trabalho em saúde e no controle social.

Considerações finais

A relação instaurada entre os pesquisadores e os sujeitos da pesquisa se constituiu como uma estratégia para compreender a LTA na etnia Xakriabá a partir dos vários pontos de vista. Buscou-se considerar o papel de todos os atores, penetrando nas suas vivências e explicações. Reforçou-se a noção de que em cada situação encontrada era necessário desvelar o seu contexto, pois ele proporcionaria significado à ação.

A articulação das ações educativas com um adequado acolhimento nos serviços de saúde, o conhecimento de aspectos da epidemiologia da LTA pelas equipes de saúde local, instituições de pesquisa que se inserem na comunidade, a qualificação dos profissionais da área e uma participação comunitária efetiva são condições que, ao se situarem em níveis mais próximos ao indivíduo e, conseqüentemente, ao alcance dos gestores locais e municipais de saúde, trarão grande benefício à comunidade indígena.

A prevenção e o controle da LTA na Terra Indígena Xakriabá não é um problema simples de ser solucionado. Intervenções ambientais e o controle do inseto transmissor são pouco viáveis e de recomendação limitada. Sendo assim, ações educativas se constituem como uma importante ferramenta para a compreensão da doença, formulação e implementação de estratégias de prevenção. Para isso, antes de qualquer intervenção na comunidade, é de suma importância a apreensão por parte dos profissionais das concepções, imagens e ideias que essa população tem acerca da doença, para, então, juntamente com

ela, construir estratégias de controle e prevenção. Esse compromisso o campo da saúde deve ter a partir dos princípios doutrinários do SUS, assegurando a grupos populacionais específicos, marcados pelo desamparo e fragilidade, o direito do acesso às ações e serviços de saúde.

Colaboração dos autores

Santos e Melo realizaram a coleta e análise de dados, revisão bibliográfica, elaboração e redação do artigo e revisão crítica do conteúdo. Ferreira, Quintão e Vargas realizaram a coleta e análise de dados e revisão crítica do conteúdo. Gontijo realizou revisão bibliográfica e revisão crítica do conteúdo.

Referências

- ADAM, P.; HERZLICH, C. *Sociologia da doença e da medicina*. Bauru: Sagrado Coração, 2000.
- ARAÚJO, C. A. C.; ALEGRIO, L. V.; LEON, L. L. Antileishmanial activity of compounds extracted and characterized from *Centrolobium sclerophyllum*. *Phytochemistry*, New York, v. 49, n. 3, p. 751-754, 1998.
- BAÑULS, A. L. et al. Clinical pleiomorphism in human leishmaniasis, with special mention of asymptomatic infection. *Clinical Microbiology Infection*, Oxford, v. 17, n. 10, p. 1451-1461, 2011.
- BARATA, L. E. S. et al. Anti-leishmanicidal activity of neolignans from *Virola* species and synthetic analogues. *Phytochemistry*, New York, v. 55, n. 6, p. 589-595, 2000.
- BARBIER, R. *A pesquisa-ação*. Brasília, DF: Líber Livro, 2007.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2010.
- BOURDIEU, P. F. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1992.
- BRANDÃO-FILHO, S. P. et al. Wild and synanthropic hosts of leishmania (Viannia) braziliensis in the endemic cutaneous leishmaniasis locality of Amaraji, Pernambuco State, Brazil. *Transactions of the Royal Society Tropical Medicine Hygiene*, London, v. 97, n. 3, p. 291-296, 2003.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas*. 2. ed. Brasília, DF, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Relatório interno da unidade regional de Montes Claros*. Brasília, DF, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de vigilância da leishmaniose tegumentar americana*. Brasília, DF, 2010.
- CANESQUI, A. M. A qualidade dos alimentos: análise de algumas categorias da dietética popular. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 20, n. 2, p. 203-216, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v20n2/10.pdf>>. Acesso em: 2 abr. 2010.
- CARNERI, I.; NUTELS, N.; MIRANDA, J. N. Epidemia de leishmaniose tegumentar entre índios Waurá do Parque Nacional do Xingu (Estado de Mato Grosso, Brasil). *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, São Paulo, v. 5, n. 6, p. 271-272, 1963.
- COIMBRA JR, C. E. A.; SANTOS, R. V. Perfil epidemiológico da população indígena no Brasil: considerações gerais. In: GOLDBAUM, M. (Org.). *Perfil epidemiológico da população brasileira*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Centro Nacional de Epidemiologia 2001. p.1-37.
- CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. et al. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 51-65.
- DIAS, J. C. P. Problemas e possibilidades de participação comunitária no controle das grandes endemias do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 19-37, 1998. Suplemento 2.
- ERRICO, L. S. P. *Acesso e utilização dos serviços de saúde da população da etnia Xakriabá, norte de Minas Gerais*. 2011. Tese (Doutorado em Saúde e Enfermagem) - Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.
- FALQUETO, A. et al. Participação do cão no ciclo de transmissão da leishmaniose tegumentar no município de Viana, Estado do Espírito Santo, Brasil. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, Rio de Janeiro, v. 81, n. 2, p. 155-163, 1986.
- FERREIRA, A. B. H. *Dicionário Aurélio*. 5. ed. São Paulo: Positivo, 2010.
- FRANCO, M. A. S. Pedagogia da pesquisa-ação. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 483-502, 2005.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 43. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.
- GOMES, A. M. R. O processo de escolarização entre os Xakriabá: explorando alternativas de análise na antropologia da educação. *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 32, p. 316-375, 2006.
- GONTIJO, C. M. F. et al. Epidemiological studies of an outbreak of cutaneous leishmaniasis in the Rio Jequitinhonha Valley, Minas Gerais, Brazil. *Acta Tropica*, Basel, v. 81, n. 2, p. 143-150, 2002.
- GONZÁLES, R.; DEVERA, R. Fauna flebotômica (Díptera, Psychodidae, Phlebotominae) do Estado Bolívar, Venezuela. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Uberaba, v. 32, n. 6, p. 721-723, 1999.
- HALL, S. *A identidade cultural na pós-modernidade*. 11. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2006. (Tradução Tomaz Tadeu da Silva, Guacira Lopes Louro).
- HEIDEGGER, M. *Ser e tempo*. Petrópolis: Vozes, 1997. v.1.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Cidades@*. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat>>. Acesso em: 28 dez. 2012.
- ISAZA, D. M. et al. La leishmaniasis: conocimientos y prácticas en poblaciones de la costa del Pacífico de Colombia. *Revista Panamericana Salud Publica*, Washington, DC, v. 6, n. 3, p. 177-184, 1999.

- KRUEGER, R. A. *Focus group: a practical guide for applied research*. 2. ed. Thousand Oaks: Sage, 1994.
- LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E. D. (Org.). *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global, 1983. p. 133-158.
- LOLLI, M. C. G. S. et al. Observações sobre a epidemiologia e o nível de conhecimento da leishmaniose tegumentar americana, em região endêmica no Sul do Brasil. *Bioscience Journal*, Uberlândia, v. 27, n. 5, p. 849-855, 2011.
- LUIZE, P. S. et al. Effects of medicinal plant extracts on growth of leishmania (L.) amazonensis and trypanosoma cruzi. *Revista Brasileira Ciências Farmacêuticas*, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 85-94, 2005.
- MASSUNARI, G. K. et al. A serological and molecular investigation of American cutaneous leishmaniasis in dogs, three years after an outbreak in the Northwest of Paraná State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 97-104, 2009.
- MOREIRA, R. C. R. et al. Nível de conhecimentos sobre leishmaniose tegumentar americana (LTA) e uso de terapias alternativas por populações de uma área endêmica da Amazônia do Maranhão, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 187-195, 2002.
- MEMBRIVE, N. A. et al. Environmental and animal characteristics as factors associated with American cutaneous leishmaniasis in rural locations with presence of dogs, Brazil. *PLoS ONE*, San Francisco, v. 7, n. 11, p. 1-8, 2012.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- NIEVES, E. et al. Evaluación de conocimientos y prácticas sobre la leishmaniasis tegumentaria en un área endémica de Venezuela. *Biomédica*, Bogotá, v. 28, n. 3, p. 347-356, 2008.
- NIMUENDAJU, C. *Mapa etno-histórico de Curt Nimuendaju*. Ed. fac-sim. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.
- OLIVEIRA, F. S. et al. PCR-based diagnosis for detection of leishmania in skin and blood of rodents from an endemic area of cutaneous and visceral leishmaniasis in Brazil. *Veterinary Parasitology*, Amsterdam, v. 129, n. 3/4, p. 219-227, 2005.
- PARAÍSO, M. H. B. *Lauda antropológico: identidade étnica dos Xakriabá*. Brasília, DF: Funai, 1987.
- PASSOS, V. M. et al. Natural infection of a domestic cat (*Felis domesticus*) with leishmania (*Viannia*) in the metropolitan region of Belo Horizonte, State of Minas Gerais, Brazil. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, Rio de Janeiro, v. 91, n. 1, p. 19-20, 1996.
- PENA, J. L.; HELLER, L.; DIAS JÚNIOR, C. S. A população Xakriabá, Minas Gerais: aspectos demográficos, políticos, sociais e econômicos. *Revista Brasileira de Estudos de População*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 51-59, 2009.
- QUARESMA, P. F. *Estudo da leishmaniose tegumentar na terra indígena Xakriabá: o parasito, o hospedeiro e os vetores*. 2011. Tese (Doutorado em Doenças Infecciosas e Parasitárias) - Centro de Pesquisas René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, 2011.
- QUARESMA, P. F. et al. Wild, synanthropic and domestic hosts of leishmania in an endemic area of cutaneous leishmaniasis in Minas Gerais State, Brazil. *Transactions of the Royal Society Tropical Medicine Hygiene*, London, v. 105, n. 10, p. 579-585, 2011.
- RÊGO, F. D. *Flebotomíneos (Diptera: Psychodidae) e as leishmanioses na terra indígena Xakriabá, Minas Gerais, Brasil*. 2013. Dissertação (Mestrado em Doenças Infecciosas e Parasitárias) - Centro de Pesquisas René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, 2013.
- REITHINGER, R.; DAVIES, C. R. Is the domestic dog (*Canis familiaris*) a reservoir host of American cutaneous leishmaniasis?: a critical review of the current evidence. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, Baltimore, v. 61, n. 4, p. 530-541, 1999.

- ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. *Epidemiologia e Saúde*. 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013.
- SALOMÓN, O. D. et al. Phlebotominae sand flies associated with a tegumentary leishmaniasis outbreak, Tucumán Province, Argentina. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Uberaba, v. 39, n. 4, p. 341-346, 2006.
- SANT'ANNA, S. R.; HENNINGTON, E. A. Promoção da saúde e redução das vulnerabilidades: estratégia de produção de saberes e (trans) formação do trabalho em saúde com base na ergologia. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 14, n. 32, p.207-215, 2010.
- SANTOS, A. F. M. *Do terreno dos caboclos do Sr. João à terra indígena Xacriabá: as circunstâncias da formação de um povo: um estudo sobre a construção social de fronteiras*. 1997. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Brasília. Universidade de Brasília, Brasília, DF, 1997.
- SANTOS, J. B. Fatores sócio-econômicos e atitudes em relação à prevenção domiciliar da leishmaniose tegumentar americana, em uma área endêmica do Sul da Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 701-708, 2000.
- SCHALLIG, H. D. F. H. et al. *Didelphis marsupialis* (Common Opossum): a potential reservoir host for zoonotic leishmaniasis in the metropolitan region of Belo Horizonte (Minas Gerais, Brazil). *Vector-Borne Zoonotic Diseases*, Larchmont, v. 7, n. 3, p. 387-393, 2007.
- SILVA, E. S. et al. Short report: detection of leishmania DNA by polymerase chain reaction on blood samples from dogs with visceral leishmaniasis. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, Baltimore, v. 65, n. 6, p. 896-898, 2001.
- SILVA, V. C. E. *O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente*. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
- SOSA-ESTANI, S. et al. Leishmaniose cutânea no Norte da Argentina: fatores de risco identificados num estudo caso-coorte em três municípios de Salta. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Uberaba, v. 34, n. 6, p. 511-517, 2001.
- TEDESQUI, V. L. et al. Active surveillance of American tegumentary leishmaniasis in endemic areas in rural Bolivia. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Uberaba, v. 45, n. 1, p. 30-34, 2012.
- THIOLLENT, M. *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez, 2011.
- WOORTMANN, K. Quente, frio e reimoso: alimentos, corpo humano e pessoas. *Caderno Espaço Feminino*, Uberlândia, v. 19, n. 1, p. 1-14, 2008. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/neguem/article/viewFile/2102/1722>>. Acesso em: 26 abr. 2010.

Recebido em: 21/03/2013

Reapresentado em: 26/05/2014

Aprovado em: 26/05/2014