

COMUNICAÇÃO

A LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA EM UMA REGIÃO ENDÊMICA COMO FATOR DE MOBILIZAÇÃO COMUNITÁRIA

Jackson M. L. Costa, Kyola C. Vale, Flávio França, Maria Augusta F. Costa,
Joilda O. da Silva, Ednaldo L. Lago e Philip D. Marsden

A Universidade de Brasília mantém, desde o ano de 1976, um projeto de pesquisa na região de Três Braços (BA), visando estudar alguns aspectos sobre a leishmaniose tegumentar americana (LTA), doença endêmica naquela região, cujo agente etiológico predominante é a *Leishmania braziliensis*^{2 6 8 9}.

Em 1983 fomos surpreendidos por grande número de pacientes portadores de LTA, vindos em um caminhão proveniente da localidade de Corte de Pedra (BA), distante 45km do posto de atendimento de Três Braços (BA) os quais passamos a estudar, acompanhando todos os casos ocorridos naquela localidade. Somente nos anos de 1983 a 1984, cadastramos 680 pacientes portadores de leishmaniose tegumentar, sendo que atualmente ultrapassa os 2.000 casos, todos provenientes de uma distância média de 40km do posto de atendimento da zona urbana de Corte de Pedra (Figura 1).

Apesar do solo fértil da região, a população da zona rural vive em extrema pobreza, lembrando a citação de Asmar¹ quando refere-se à região cacauieira da Bahia como a "pobre região rica". Esta localidade não apresentava a mínima infra-estrutura de atenção à saúde, daí encontrarmos um sincretismo cultural, que se expressa na medicina popular, devido à fusão de elementos culturais como o "índio", o "branco" e o "negro" que é predominante. Além disso, o caráter de "rústicos" "simples" e "primitivos" que por imposição lhes é atribuído, deriva de sua não integração ao conhecimento legítimo e oficializado, definido como lógico e científico, o que configura uma visão evolucionista e etnocêntrica^{3 4 5}.

Com a nossa permanência na área, procuramos estudar um pouco a comunidade, mostrando-lhe a gravidade da situação naquele momento e que, somente juntos, conseguiríamos controlar o surto epidêmico de leishmaniose tegumentar que estava ocorrendo na região.

De nossa parte, começamos a entender melhor o significado da doença para essa população, pois doença significa impossibilidade de trabalhar e, portanto, decréscimo na renda, que já é mínima. A saúde só pode se configurar como "riqueza".

A riqueza para o homem da zona rural de Corte de Pedra é a condição de seu trabalho que, no entanto, é identificado como fonte de desgaste físico e de doença. Observa-se que a venda de sua força de trabalho não lhe assegura os meios necessários à alimentação adequada e, por conseguinte, à reposição do desgaste físico advindo de suas condições de trabalho. O consumo de certos medicamentos (populares e os da Central de Medicamentos do Ministério da Saúde) passa a funcionar como suplemento alimentar, para o trabalhador e sua família³.

Nas fazendas distantes foram escolhidas pessoas que tinham noções sobre aplicação de injeções, as quais recebiam pequeno treinamento e o material necessário (seringas, agulhas, algodão, álcool) para aplicar a medicação antimoniato-N-metilglucamina (glucantime^R) nos pacientes de sua região.

Corte de Pedra possui atualmente uma população de 10.728 indivíduos, sendo 1.920 na zona urbana e 8.808 na zona rural (estimativa do IBGE, Prefeitura Municipal de Valença). Nos anos de 1983 a 1985, cerca de 20% da população foram acometidos pela leishmaniose tegumentar americana.

No decorrer do nosso trabalho, a comunidade se dispôs a cooperar, decidindo construir um complexo integrado (Posto de Saúde e Alojamento) que oferecesse as mínimas condições a uma equipe prestadora de serviços em relação à saúde.

Núcleo de Medicina Tropical e Nutrição da Universidade de Brasília e Fundação Nacional de Saúde (FNS-MA), Brasília, DF.

Endereço para correspondência: Prof. Jackson M. L. Costa. Depto. de Patologia/UFMA. Pça. Madre Deus 02 Madre Deus, 62025-560 São Luís, MA.

Recebido para publicação em 03/05/94.

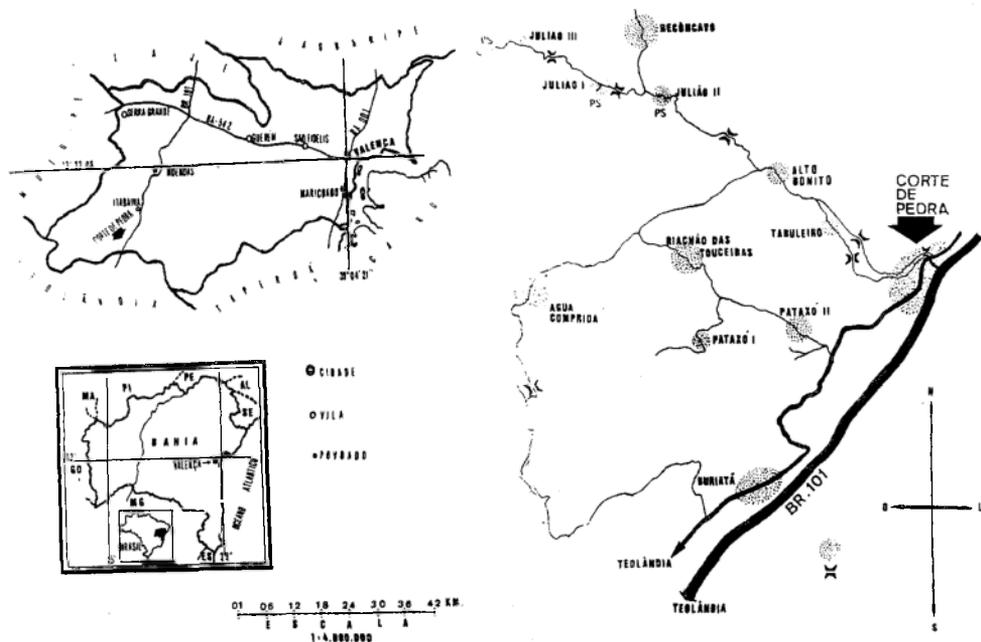


Figura 1 - Mapa da região de Corte de Pedra, Valença-BA, com as fazendas onde foram treinados os agentes de saúde e os postos de saúde (PS) comunitários nos locais mais distantes.

Surpreendentemente, os trabalhos foram iniciados com recursos próprios, através de mutirões organizados pelos líderes da comunidade, com apoio do comércio local e municípios vizinhos, assim como da prefeitura municipal de Valença e de outras prefeituras. Em Julho de 1986, foi criada a União dos Moradores do Povoado de Corte de Pedra, entidade representativa da comunidade nos órgãos públicos e estabelecimentos comerciais, que se dedicou à construção do referido complexo integrado, hoje uma realidade (Figura 2). Continuando o processo de mobilização social, fundaram o clube de jovens e clube das mães, entidades que servem de apoio à União de Moradores, com programações voltadas à integração das diferentes faixas etárias nos problemas da localidade (Costa JML: dados não publicados).

Assim, a comunidade iniciou todo um processo de conscientização, auxiliando na criação de uma rede básica de atenção primária e na ação comunitária. Foram criados mais três minipostos nas fazendas distantes, onde os agentes de saúde da própria

comunidade realizam o trabalho de atenção primária à saúde (Costa JML: dados não publicados).

A medicina comunitária nem sempre é entendida pela grande maioria dos profissionais da área de saúde, com formação básica geralmente dissociada da realidade brasileira. A medicina comunitária não é "medicina de gente pobre". Seus princípios se aplicam tanto aos subúrbios suntuosos de Brasília quanto às favelas de Salvador-Bahia, embora sejam os pobres que se beneficiam mais com esse tipo de medicina. Ela evita a catastrófica separação tradicional entre a medicina curativa, baseada em hospitais, e a saúde pública, orientada para as massas. Leva a medicina curativa à comunidade e aos lares e traz a medicina preventiva para dentro dos hospitais. Ademais, não devemos considerá-la como uma "medicina de segunda classe", ou como "medicina alternativa". É uma tentativa orientada pela Organização Mundial de Saúde⁷, para oferecer medicina "de primeira" a todos, inclusive àqueles sem acesso a nenhum tipo de assistência médica, como a população de Corte de Pedra (BA).

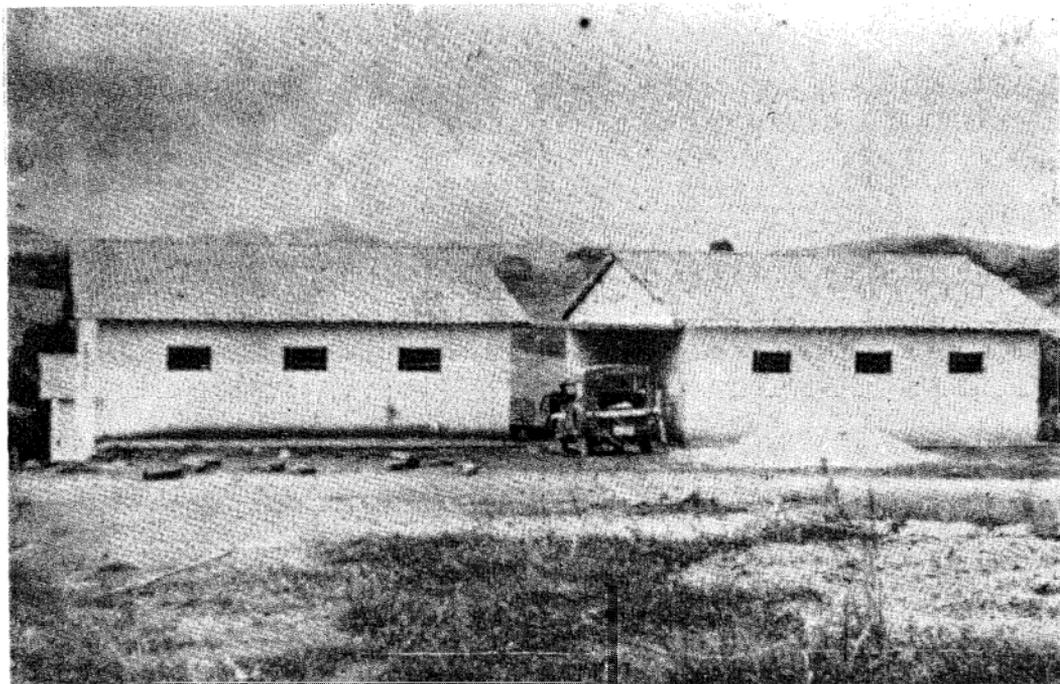


Figura 2 - Complexo integrado: posto de saúde e alojamento, construído pela comunidade de Corte de Pedra (BA), atualmente funcionando como centro de tratamento da LTA na região.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Asmar SR. Sociologia da microrregião cacaueira. Itagrafe, Itabuna-Bahia, 1977.
2. Barreto AC, Cuba CC, Marsden PD, Vexenat JA, De Belder M. Características epidemiológicas da leishmaniose tegumentar americana em uma região endêmica do Estado da Bahia, Brasil. Leishmaniose Humana. Boletim Oficina Sanitária Panamericana 90:415-424, 1981.
3. Costa JML. Estudo clínico-epidemiológico de um surto epidêmico de leishmaniose tegumentar americana. Tese de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 1986.
4. Costa JML, Osaki NK, Vale KC, Lago EL, França F, Vexenat JA, Marsden PD. Ocorrência familiar da leishmaniose tegumentar americana em uma região endêmica, Corte de Pedra, BA. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 19:197-198, 1986.
5. Costa JML, Vale KC, Cecílio IN, Osaki NK, Netto EM, Tada MS, França F, Barreto MC, Marsden PD. Aspectos psicossociais e estigmatizantes na leishmaniose cutânea-mucosa. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 20:77-82, 1987.
6. Cuba CAC. Leishmaniose tegumentar em área endêmica do Estado da Bahia-Brasil. Caracterização e classificação de leishmania no homem e no cão doméstico e aspectos comportamentais de *Leishmania braziliensis braziliensis*. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 1983.
7. Donoso G. Atención de salud y acción comunitaria. Cronica de La Organización Mundial de la Salud 32:11-14, 1978.
8. Llanos-Cuentas EA. Estudo clínico evolutivo da leishmaniose em área endêmica de *Leishmania braziliensis braziliensis*. Três Braços (BA). Tese de Mestrado. Universidade de Brasília, Brasília, 1984.
9. Marsden PD, Llanos-Cuentas EA, Lago EL, Cuba CAC, Barreto AC, Costa JML, Jones TC. Human mucocutaneous leishmaniasis in Três Braços, Bahia, Brazil. An area of mucosal disease presentation and initial evolution. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 17:179-186, 1984.