

LABORO EXCELÊNCIA EM PÓS – GRADUAÇÃO  
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**ALINE ARAÚJO CAVALCANTE**  
**CAMILA NEVES DOS SANTOS**  
**NARJARA BARROS AMANCIO**  
**SABRINAVARÃO OLIVEIRA**

**LEISHMANIOSE VISCERAL:** características epidemiológicas, conhecimentos e práticas  
em área de cobertura do Programa Saúde da Família – São José de Ribamar – MA.

**ALINE ARAÚJO CAVALCANTE  
CAMILA NEVES DOS SANTOS  
NARJARA BARROS AMANCIO  
SABRINAVARÃO OLIVEIRA**

**LEISHMANIOSE VISCERAL:** características epidemiológicas, conhecimentos e práticas em área de cobertura do Programa Saúde da Família – São José de Ribamar – MA.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Mônica Elinor Alves Gama

**ALINE ARAÚJO CAVALCANTE**  
**CAMILA NEVES DOS SANTOS**  
**NARJARA BARROS AMANCIO**  
**SABRINA VARÃO OLIVEIRA**

**LEISHMANIOSE VISCERAL:** características epidemiológicas, conhecimentos e práticas em área de cobertura do Programa Saúde da Família – São José de Ribamar – MA.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá para obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Mônica Elinor Alves Gama

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Mônica Elinor Alves Gama (orientadora)  
Doutora em Medicina  
Universidade de São Paulo - USP

---

Prof<sup>a</sup>. MsC. Dorivan Câmara Silva de Jesus (2º membro)  
Mestre em Pedagogia Profissional  
ISPETP

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição percentual dos cento e vinte entrevistados quanto ao sexo.....	20
Gráfico 2: Distribuição percentual dos cento e vinte entrevistados quanto à escolaridade.....	21
Gráfico 3: Distribuição percentual dos cento e vinte entrevistados quanto à renda familiar.....	23
Gráfico 4: Distribuição percentual dos cento e vinte entrevistados quanto tipo de moradia.....	24
Gráfico 5: Distribuição percentual dos cento e vinte entrevistados quanto à presença de animais domésticos no domicílio e peri-domicílio.....	25
Gráfico 6: Distribuição percentual dos cento e vinte entrevistados quanto ao tipo de animais domésticos no domicílio e peri-domicílio.....	25
Gráfico 7: Distribuição percentual dos cento e vinte entrevistados quanto à presença de animais silvestres em área peridomiciliar.....	26
Gráfico 8: Distribuição percentual dos cento e vinte entrevistados quanto à presença de mosquitos no domicílio.....	26
Gráfico 9: Distribuição percentual dos cento e vinte entrevistados, segundo relato de calazar na família.....	27
Gráfico 10: Distribuição percentual dos cento e vinte entrevistados, segundo relato de calazar na vizinhança.....	27
Gráfico 11: Distribuição percentual dos cento e vinte entrevistados, quanto à presença de vegetação/ árvores frutíferas próxima à residência.....	28
Gráfico 12: Distribuição percentual dos cento e vinte entrevistados quanto à informação prévia sobre o calazar.....	29
Gráfico 13: Distribuição percentual dos cento e vinte entrevistados, quanto ao conhecimento da droga específica para tratamento do calazar.....	33
Gráfico 14: Distribuição percentual dos cento e vinte entrevistados, quanto a fonte de informação sobre o calazar (questão: Como ou com quem soube essas informações?).....	35

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição numérica e percentual dos cento e vinte entrevistados quanto a faixa etária.....	21
Tabela 2: Distribuição numérica e percentual dos cento e vinte entrevistados quanto às atividades ocupacionais.....	22
Tabela 3: Distribuição numérica e percentual dos cento e vinte entrevistados quanto ao conhecimento sobre a epidemiologia do calazar.....	30
Tabela 4: Distribuição numérica e percentual das respostas fornecidas pelos cento e vinte entrevistados quanto às manifestações clínicas do calazar.....	31
Tabela 5: Distribuição numérica e percentual dos cento e vinte entrevistados quanto à conduta frente a um caso suspeito de calazar.....	32
Tabela 6: Distribuição numérica e percentual dos cento e vinte entrevistados quanto à prática adotada para a prevenção do calazar.....	34

## RESUMO

O estado do Maranhão demonstra que nos últimos vinte anos tem ocorrido grande expansão do calazar principalmente nas áreas periurbanas dos municípios de Paço do Lumiar, São José de Ribamar e na capital São Luís. Realizou-se um estudo descritivo com abordagem quantitativa dos dados com 120 famílias residentes no município de São José de Ribamar – Ma, com o objetivo central de estudar os conhecimentos e práticas dessa amostra acerca da Leishmaniose Visceral. Aplicou-se um formulário com perguntas abertas e fechadas sobre dados sócio – econômicos, características epidemiológicas, conhecimentos e práticas sobre a doença. Do total dos entrevistados, houve predomínio do sexo feminino e faixa etária de 21 a 30 anos. Quanto à ocupação, a maioria era Do lar. De acordo com as características epidemiológicas, 71,7% moravam em casa de alvenaria 75% possuíam animais em domicílio e peridomicílio e 48,4% de animais silvestres em peridomicílio. Quanto aos conhecimentos e práticas, 100% já ouviram falar em calazar porém, apenas 38,4% souberam responder de forma correta o meio de transmissão. Conclui-se que os conhecimentos e práticas dessas famílias sobre a doença são deficientes, havendo a necessidade de desenvolvimento de ações educativas em saúde.

**Palavras – chave:** Leishmaniose Visceral; conhecimento; práticas.

## ABSTRACT

The state of the Maranhão demonstrates that in last the twenty years great expansion of calazar mainly in the periurbanas areas of the cities of Paço of the Lumiar has occurred, Is Jose de Ribamar and in the São Luís capital. A descriptive study with quantitative boarding of the data with 120 resident families in the city was become full filled of Is Jose de Ribamar - MA, with the central objective to study the practical knowledge and of this sample concerning the Visceral Leishmaniose. A form with open and closed questions was applied on data partner - economic, characteristic epidemiologists, practical knowledge and on the illness. Of the total of the interviewed ones, it had predominance of the feminine sex and etária band of 21 the 30 years. How much to the occupation, the majority was houde owner. In accordance with the characteristic epidemiologists, 71.7% lived in masonry house 75% had animal in domicile and peridomicílio and 48.4% of wild animals in peridomicílio. How much to the practical knowledge and, 100% already they had 100% heard to speak in calazar however, only 38.4% had known to answer of correct form the way of transmission. It is concluded that the practical knowledge and of these families on the illness are deficient, having the necessity of development of educative actions in health.

**Key Words:** Visceral Leishmaniose; knowledge; practical.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>11</b>
<b>2.1</b>	<b>Geral.....</b>	<b>11</b>
<b>2.2</b>	<b>Específicos.....</b>	<b>11</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>12</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>17</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>20</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>36</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>38</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>40</b>
	<b>ANEXO.....</b>	<b>43</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Entre as diversas doenças de notificação compulsória no Brasil, a Leishmaniose Visceral (LV) representa crescente problema de saúde pública, surgindo também em outras áreas do continente americano. Trata-se assim, de uma endemia em franco processo de expansão geográfica (BRASIL, 2002).

A LV ou calazar é descrita como uma enfermidade crônica, progressiva, sistêmica e severamente debilitante. Na falta de um diagnóstico e tratamento precoces, elevem-se consideravelmente, as chances de óbito (NEVES, 1995; CALDAS et al, 2001; BRASIL, 2002).

O calazar distribui-se amplamente no mundo, principalmente em regiões de clima tropical e subtropical da Ásia, Oriente Médio, África, América Central e América do Sul. De todo o hemisfério sul, o Brasil destaca-se como a maior área endêmica para a doença com índices capazes de provocar pequenos surtos epidêmicos. Tais eventos foram observados no início da década de 80, nas regiões norte e nordeste do país, com destaque para as cidades de São Luís – MA, Teresina – PI e Santarém – PA (BRASIL, 2002).

No Estado do Maranhão, estudos demonstram que desde 1988, tem ocorrido franca expansão do calazar, principalmente nas áreas periurbanas dos municípios de Paço do Lumiar, São José de Ribamar e na capital, São Luís (COSTA et al, 1995).

Pesquisas em casos humanos sugerem que essas modificações no padrão epidemiológico da doença seja resultante do processo de urbanização ocorrido nas diversas regiões do país, a custa do desmatamento, do estabelecimento de novos povoados e da domesticação de animais silvestres envolvidos no ciclo de transmissão (CALDAS et al, 2001; COSTA et al, 1995; BRASIL, 2002).

Em se tratando de doenças de caráter endêmico, torna-se prioritário, além de estabelecer precocemente o diagnóstico e iniciar o tratamento adequado, implementar medidas eficazes para o controle e prevenção das mesmas, de forma a capacitar todo indivíduo, principalmente os residentes de áreas endêmicas, para esse fim (BRASIL, 2002).

Netto et al (1985) e Vazquez et al (1991) *apud* Gama et al (1998), afirmam que, em algumas localidades existe grande carência de informações a respeito das doenças de caráter endêmico ou epidêmico próprios de cada região, fator limitante, para a redução da incidência e prevalência de LV em todo o mundo.

Gama et al (1998) em estudo realizado em áreas endêmicas para LV, observaram que a população do Maranhão tinha noções básicas sobre a enfermidade, porém pouco sabia sobre a prevenção e terapêutica.

Para estimular a adesão da população às medidas de controle e prevenção de doenças endêmicas, como a LV, torna-se fundamental a elaboração e execução de estratégias promotoras de educação em saúde. Estas devem considerar os conceitos, atitudes e crenças próprias de cada comunidade a respeito das doenças, de modo a permitir que cada indivíduo tenha responsabilidade por sua própria saúde e comunidade, favorecendo o controle da doença (BRASIL, 2003).

O Programa Saúde da Família (PSF) difundido como estratégia, quando desenvolvido corretamente, representa um importante instrumento na promoção de saúde e controle de doenças, a partir dos princípios de vínculo e co-responsabilização, humanização, participação social, atenção à família e indivíduos no seu contexto, resolutividade e trabalho em equipe (BRASIL, 2001).

Considerando o Maranhão uma região endêmica para a LV, escolheu-se o município de São José de Ribamar como foco de investigação, mais precisamente na área de cobertura da unidade de Saúde da Família, conhecida como Quinta. Tal localidade apresenta

fatores de risco conhecidos pra a doença, e é campo de atuação profissional de uma das pesquisadoras.

Dessa forma, ressalta-se a relevância desse estudo, por oferecer subsídios aos profissionais de saúde e demais atuantes na atenção primária para planejar ações de controle e prevenção do calazar na localidade a partir da avaliação do nível de conhecimento da comunidade sobre a doença.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

- Estudar conhecimentos e práticas acerca da Leishmaniose Visceral (LV) em São José de Ribamar – MA.

### **2.2 Específicos**

- Caracterizar as condições sócio – econômicas da população;
- Descrever as características epidemiológicas dessa população;
- Verificar o conhecimento da população quanto aos modos de transmissão, tratamento e prevenção do calazar;
- Descrever as práticas de prevenção do calazar adotadas pela comunidade;

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

As leishmanioses estão entre as seis endemias mais importantes, devido aspectos como incidência e elevada letalidade (BRASIL, 2003).

Em 1913, Migone descreveu e diagnosticou no Paraguai, o primeiro caso de LVA do Brasil de paciente proveniente do estado do Mato Grosso. Madureira Pará diagnosticou por meio de viscerotomia o primeiro caso de leishmaniose no Maranhão em 1934. A partir desse fato vários casos foram diagnosticados e notificados em todo estado (COSTA et al, 1995).

Em 1982, na capital do Maranhão, São Luís, diagnosticou-se seis casos de LVA em bairros do município, e posteriormente um surto com 32 casos notificados. Atualmente, a doença pode ser encontrada em municípios próximos da capital, como São José de Ribamar e Paço do Lumiar, sendo considerada um problema de saúde pública do estado (SILVA et al, 1997).

A leishmaniose visceral ou calazar é considerada doença infecciosa generalizada, crônica, que se apresenta na maioria dos casos com gravidade. Manifesta-se por meio de hepatoesplenomegalia, febre, edema e anemia (NEVES, 1995). Castro, Cunha e Rezende (1994), referem-se ao calazar como protozoose sistêmica que se apresenta também por despigmentação e queda de cabelo, escurecimento da pele, astenia, hemorragia cutâneo-mucosa, além de diarreia, icterícia, tosse seca e taquicardia.

O agente etiológico da LV é o protozoário do gênero *Leishmania*. Atualmente a espécie encontrada mais frequentemente em indivíduos portadores da doença é a *Leishmania chagasi* (BRASIL, 2003). Vários estudos epidemiológicos no Brasil comprovaram que a *Leishmania chagasi* foi responsável por todos os casos de LV em regiões brasileiras (COSTA, 2005).

O principal reservatório da *Leishmania* nas zonas urbanas é o cão, sendo que nos ambientes silvestres são as raposas e marsupiais. O vetor de LV é o inseto flebotomíneo que cientificamente é denominado *Lutzomyia longipalpis* e *Lutzomyia cruzi*, sendo que popularmente pode ser chamado de mosquito palha, tatuquiras e biriqui. Esses insetos podem ser encontrados na maioria das regiões brasileiras, principalmente em zonas rurais. Mas, atualmente percebe-se a adaptação desse vetor nas zonas urbanas, preferencialmente nas periferias das grandes cidades. O vetor de *Leishmania* adapta-se em várias temperaturas e ambientes, mas acredita-se que a época de maior transmissão seja durante o período chuvoso, quando ocorre um aumento da população do flebotomíneo (BRASIL, 2003).

Caldas et al *apud* Costa (1990), consideram que a expansão das áreas endêmicas dá-se em decorrência do aumento do processo de urbanização e do êxodo rural sendo este consequência da má distribuição de renda e das secas periódicas que ocorrem com frequência nas cidades da região Nordeste. Desta forma, há o aparecimento de novos focos da doença.

A LV está distribuída em doze países da América Latina, sendo que 90% dos casos encontram-se no Brasil. Essa doença manifesta-se em aproximadamente dezessete estados brasileiros e a região Nordeste é considerada a mais endêmica. Nos dias atuais observa-se um aumento dos casos de calazar nas regiões litorâneas (CERQUEIRA; OLIVEIRA, 2004).

No Brasil, em dezenove anos de notificação de LV, houve cerca de 48.455 casos e 66% destes foram notificados em estados da região Nordeste, principalmente Bahia, Ceará, Maranhão e Piauí (BRASIL, 2003).

Segundo a FNS, até o ano de 1984, São Luís foi responsável por 58,5% dos casos de LVA, seguido de São Jose de Ribamar com 11,5% e Paço do Lumiar do 1,8% (COSTA et al, 1995).

Em estudos realizados pelo Ministério da Saúde, juntamente com a Universidade Federal do Maranhão, pode-se perceber que atualmente os estados brasileiros com grande prevalência da LV são: Maranhão, Ceará, Bahia e Piauí (SILVA et al, 1997).

Em relação à faixa etária a LV pode atingir indivíduos de todas as idades, mas percebe-se maior incidência em crianças menores de 10 anos, em decorrência da grande vulnerabilidade ao vetor em peridomicílios e baixa imunidade celular, comum no estado de desnutrição, que é uma deficiência alimentar freqüente em zonas endêmicas (COSTA, 2005).

A LV manifesta-se por meio de vários sinais e sintomas característicos como: febre baixa persistente, esplenomegalia, que inicialmente não é exacerbada, mas no decorrer da doença há um aumento significativo, podendo haver ruptura do baço; hepatomegalia contribuindo com disproteinemia, hipoalbuminemia que gera a formação de edema dos membros inferiores. Comumente ocorre na fase final icterícia, ascite e edema generalizado, além de anemia, importante manifestação que é caracterizada pela destruição dos eritrócitos no baço (NEVES, 1995).

Embora a LV seja uma doença de grande morbidade, os casos diagnosticados em sua fase inicial, devem ser tratados em ambulatório, apenas os mais graves devem ser encaminhados à hospitalização. Para um tratamento adequado, é necessário que haja correção da anemia, principalmente em casos graves. Quanto ao tratamento medicamentoso, atualmente a primeira escolha é o antimônio pentavalente, que pode ser administrado por via intramuscular ou endovenosa. A sua utilização é contra-indicada em gestantes, pacientes portadores de insuficiência renal ou hepática, arritmias cardíacas e doença de Chagas. Indica-se durante todo o período de tratamento a monitorização da função renal, ECG, função hepática e pancreática. Em caso de resistência ao antimonial pentavalente, utiliza-se a droga de segunda escolha a anfotericina B, medicação administrada por via endovenosa e que possui grande toxicidade (BRASIL, 2002).

Para Castro, Cunha e Rezende (1994) deve-se dar grande importância ao tratamento auxiliar, que é composto por dieta hiperprotéica transfusão de hemoconcentrados e hemoderivados, tratamento das infecções associadas, uso de vitamina K e eventual drenagem de derrames cavitários.

Vê-se que a LV pode ter um prognóstico sombrio na medida em que avança para graves complicações, principalmente quando tratada tardiamente, o que reforça a extrema necessidade de intensificar o seu controle e prevenção. Sabe-se que os instrumentos atualmente disponíveis, ainda não são muito efetivos e geralmente estão centrados na eliminação dos reservatórios, controle do vetor e terapêutica precoce, deixando as ações para educação em saúde, em segundo plano. Tal estratégia é de fundamental relevância, com destaque para as comunidades de área endêmica, cuja adesão às práticas de prevenção continua reduzida (BRASIL, 2002).

Dessa forma, o conhecimento sobre a distribuição da doença em determinadas áreas, assim como a percepção da mesma pela população, torna-se de grande valia para a elaboração de campanhas de controle, na medida em que mobiliza a comunidade para tornarem-se sujeitos operantes no combate ao agravo (MOREIRA et al *apud* UCHÔA, 2004).

Geralmente, o conhecimento da população sobre as doenças endêmicas de sua região, é restrito. Reduzindo as chances de estabelecer um diagnóstico e tratamento precoce. Ressalta-se que o conhecimento da epidemiologia de doenças endêmicas, como a leishmoniose visceral, traz relevantes contribuições, pois de acordo com esses conhecimentos, pode-se chegar a um eventual controle da doença. (UCHÔA, 2004).

Dessa forma, é relevante investir na educação e saúde como meio preventivo de inúmeras doenças. Ésteso e Garcia-Zapata *apud* Gama et al (1998) reforçam que, de um modo geral, nos países desenvolvidos, as ações de controle de determinado problema deixam de

lado a educação popular como medida sanitária, constituindo-se em um ponto débil, que na maioria das vezes pode levar ao fracasso dos problemas de controle.

Uma pesquisa realizada em três áreas endêmicas para o calazar no Estado do Maranhão, revelou o baixo nível de conhecimento da população acerca da doença, principalmente quanto aos aspectos referentes à prevenção e terapêutica medicamentosa padronizada, mesmo daqueles que já conheciam a doença por meio de casos registrados na família ou vizinhança. Esses resultados sugerem haver falhas na assistência ao portador de LV, em que a oportunidade para incentivar a prevenção e o controle da doença não está sendo aproveitada (GAMA et al, 1998).

Uchôa (2004) complementa que o acompanhamento de pacientes com leishmaniose e as medidas educacionais são de fundamental importância para que o grupo social assuma um maior controle sobre sua saúde, sendo também ponto de partida para a incorporação de hábitos preventivos. O esclarecimento da população torna-se imprescindível como meio de auxiliar no controle da leishmaniose.

Para a execução dessas ações, além de incentivo político é necessária a formação de equipes sensibilizadas para interagir junto a comunidade, verificando a percepção da mesma sobre as doenças nas quais estão vulneráveis, de modo a despertá-los para um maior envolvimento nas medidas de controle e prevenção do calazar e demais agravos (UCHÔA, 2004).

Os profissionais de saúde que atuam no PSF, têm se destacado como padrão de referência nesse novo modelo de atuação, considerando ser essa estratégia uma ferramenta salutar na reestruturação da atenção básica, fundamentados nos princípios de trabalho em equipe, participação social, humanização, vínculo e co-responsabilização, territorialização, resolutividade e atenção à família e ao indivíduo no seu contexto (BRASIL, 2002).

## 4 METODOLOGIA

- **Tipo de estudo**

Esta pesquisa tem como objetivo central estudar conhecimentos e práticas acerca da leishmaniose visceral da população residente em área sabidamente endêmica para a doença no Estado do Maranhão, para tanto foi realizado um estudo descritivo, com abordagem quantitativa dos dados.

- **Local do estudo**

O local escolhido para a realização da pesquisa corresponde à área de cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF), situada na Unidade Básica de Saúde Quinta, abrangendo os povoados Quinta, Cidade Alta, Rio São João, Laranjal e Ubatuba, pertencentes ao município de São José de Ribamar, Estado do Maranhão, cuja população cadastrada é de 2253 pessoas, totalizando 646 famílias.

A equipe de Saúde da Família que atua nesta localidade é composta por um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS). Também conta com uma equipe de Saúde Bucal, composta por uma odontóloga e uma auxiliar de consultório dentário (ACD).

- **População e Amostra**

O universo da pesquisa corresponde a todas as famílias cadastradas no Programa de Saúde da Família desta localidade, em São José de Ribamar – MA. A amostra foi calculada no Programa Epi Info versão 2000 considerando nível de significância de 5%, intervalo de confiança de 95%. A população para cálculo foi de 646 famílias onde foi calculada a amostra de 130 famílias. Após o cálculo foi realizado o sorteio das famílias a serem entrevistadas.

- **Coleta de dados**

Os dados foram coletados por meio de um formulário (APÊNDICE A) contendo perguntas abertas e fechadas sobre dados sócio-econômicos e epidemiológicos (exposição à doença) e de conhecimentos sobre a epidemiologia e tratamento da doença além de práticas selecionadas aleatoriamente, ao indivíduo com 18 anos ou mais responsável pelo domicílio no momento da visita e que concordou em participar do estudo e assinou o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B). Durante a visita, as residências que encontravam-se desocupadas considerou-se perda. Teve-se um total de 10 perdas.

- **Análise dos dados**

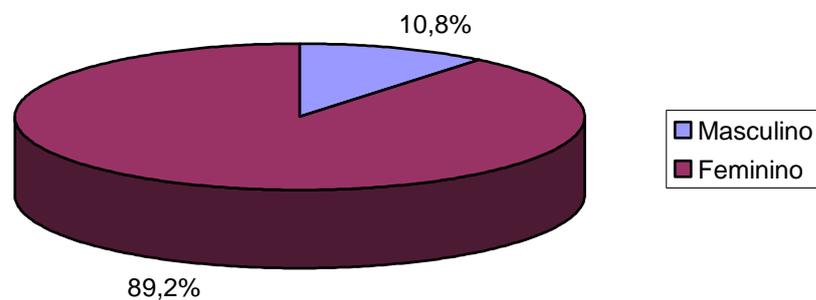
Foi construído banco de dados no programa de análise estatística Epi-Info versão 2000, aplicando-se testes estatísticos, quando necessário.

- **Aspectos éticos e legais da pesquisa**

Ressalta-se que esta pesquisa considerou o que dispõe a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo o mesmo apresentado para apreciação ao comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir, são apresentados todos os resultados referentes aos 120 entrevistados quanto aos seus conhecimentos, práticas e características epidemiológicas sobre a LV no município de São José de Ribamar – MA (2006).



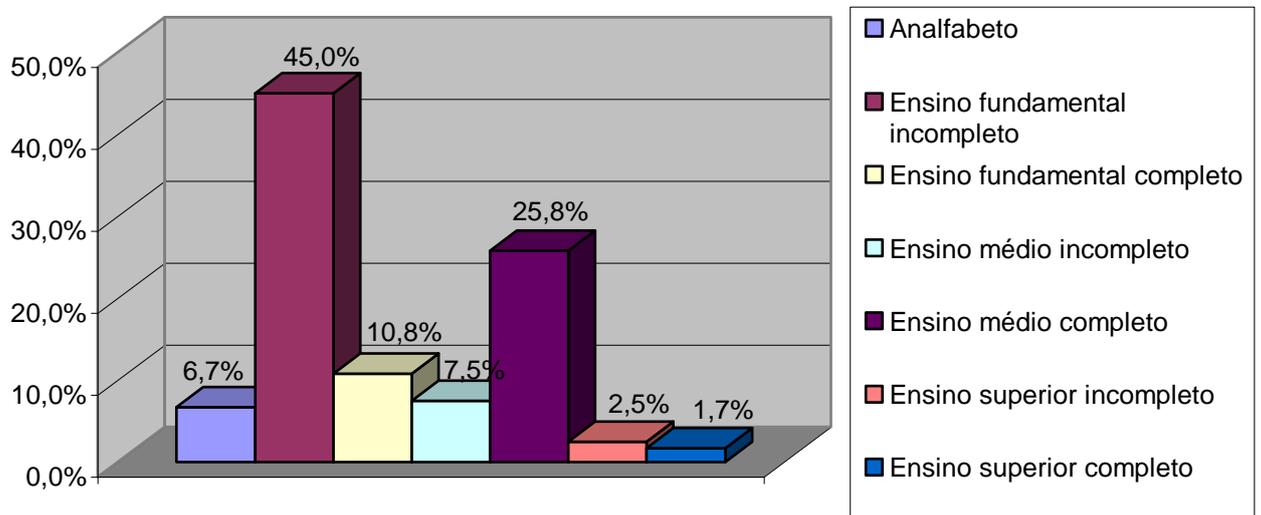
**Gráfico 1:** Distribuição percentual dos cento e vinte entrevistados quanto ao sexo. São José de Ribamar – MA, 2006.

Na localidade estudada foram entrevistadas 120 famílias. Houve predomínio do sexo feminino com 89,2%. Possivelmente sendo justificado pelo fato dos homens passarem a maior parte do dia na lavoura, retornando em geral ao anoitecer (GAMA, 1998).

**Tabela 1:** Distribuição numérica e percentual dos cento e vinte entrevistados quanto à faixa etária. São José de Ribamar – MA, 2006.

<b>Faixa etária</b>	<b>nº</b>	<b>%</b>
≤ 20 anos	07	5,8
21 -30 anos	36	30,0
31 – 40 anos	33	27,5
41 – 50 anos	18	15,0
51 – 60 anos	10	8,3
> 60 anos	16	13,4
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

A idade dos entrevistados variou de 18 anos a mais de 60 anos. Uma vez que as entrevistas foram realizadas com as pessoas responsáveis pelo domicílio presente no momento da visita que tivessem idade igual ou maior a 18 anos e que aceitassem participar da pesquisa, dessa forma foi encontrado o maior percentual entre 21 a 30 anos com 30 % .



**Gráfico 2:** Distribuição percentual dos cento e vinte entrevistados quanto à escolaridade. São José de Ribamar – MA, 2006.

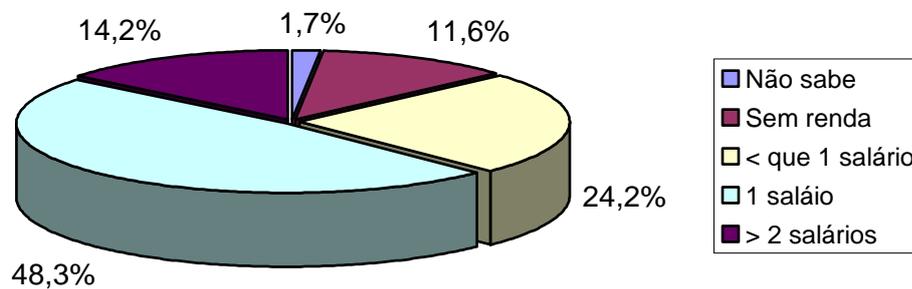
Com referência ao grau de escolaridade os dados mostram que 45% dos indivíduos possuem ensino fundamental incompleto e 25% ensino médio incompleto. O local de estudo é uma área rural com pouco acesso à educação, assim como as faixas etárias que prevaleceram

entre 31 a 40 anos, podem representar pessoas com mais dificuldade de acesso ao ensino escolar (COSTA et al, 1995).

**Tabela 2:** Distribuição numérica e percentual dos cento e vinte entrevistados quanto às atividades ocupacionais. São José de Ribamar – MA, 2006.

<b>Ocupação</b>	<b>nº</b>	<b>%</b>
Domestica	79	65,8
Aposentado	9	6,7
Sem ocupação	7	5,0
Zeladora	2	1,7
Vendedora	6	5,0
Costureira	2	1,7
Professor (magistério)	3	2,5
Professora (superior)	1	2,0
Enfermeira	1	0,8
Manicure	1	0,8
Jardineiro	4	3,4
Serviços diversos	1	0,8
Secretária	1	0,8
Autônoma	2	1,7
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

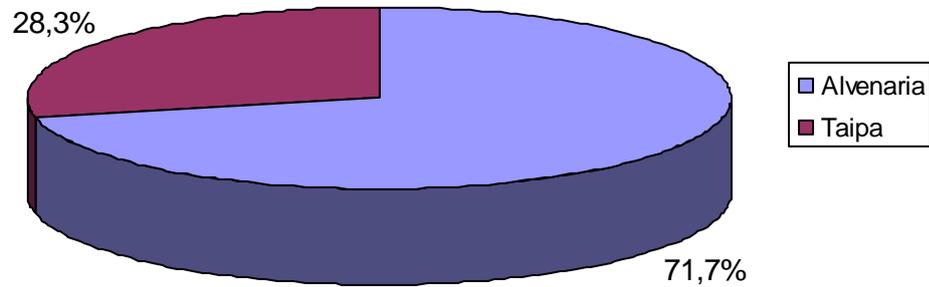
Na área de pesquisa quanto às atividades ocupacionais, a ocupação Do lar foi a mais citada com 65,8%, seguida com 6,7% de aposentados. Resultados estes que podem ser justificados pelas entrevistas terem sido realizadas em horário de trabalho. Fato que corrobora com Gama, et al (1998), onde seus dados destacam a predominância dos mesmos tipos de ocupação.



**Gráfico 3:** Distribuição percentual dos cento e vinte entrevistados quanto à renda familiar. São José de Ribamar – MA, 2006.

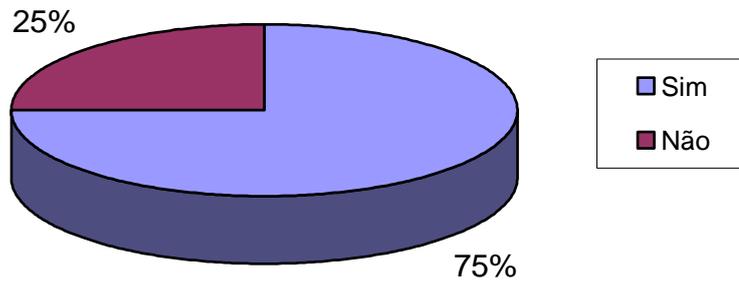
Analisando esse gráfico vemos que 48,3% das famílias entrevistadas apresentam renda mensal de um (01) salário mínimo, ficando 61,7% das famílias restantes apresentando as outras variáveis.

Para Costa et al (1995), o Maranhão juntamente com o Piauí e Ceará constituem-se nos estados mais pobres da região nordeste; metade da população economicamente ativa, não tem renda mensal e dos que trabalham recebem menos de um salário mínimo mensal; a seca inclemente que se abate sobre a região provocou um fluxo migratório, agravando o já delicado quadro social principalmente na ilha de São Luís, Maranhão. Percebemos que dentre as atividades ocupacionais apresentadas, a segunda mais citada foi de aposentados que recebem um salário ao mês e em muitos casos são os responsáveis pelo sustento da família.

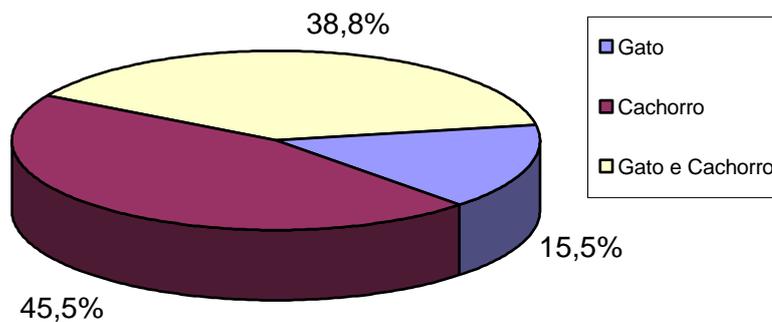


**Gráfico 4:** Distribuição percentual dos cento e vinte entrevistados quanto tipo de moradia. São José de Ribamar – MA, 2006.

Entre as famílias visitadas 71,7% possuem casas de alvenaria. De acordo com a metodologia da pesquisa foi realizado um sorteio tendo como resultado predominância de famílias localizadas na região de maior poder aquisitivo. Segundo Rocha et al apud Gama, (1998), a leishmaniose visceral tem mais incidência em áreas de baixo nível sócio-econômico com casa de taipa, cobertura de palha e piso de terra batida. Entretanto nossa pesquisa apresentou a maior porcentagem de moradores com casas de alvenaria e cobertas de telha, o que significa menor risco para a ocorrência da doença, mesmo essa localidade sendo considerada área de risco para a Leishmaniose Visceral, podendo-se justificar isso a partir da observação das características da localidade sorteada.



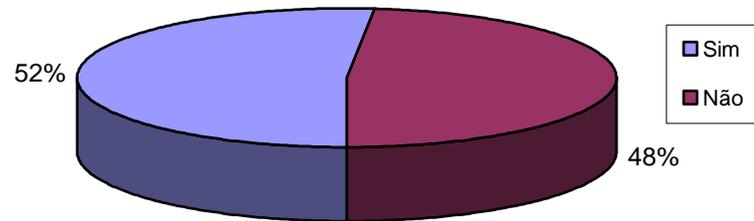
**Gráfico 5:** Distribuição percentual dos cento e vinte entrevistados quanto à presença de animais domésticos no domicílio e peri-domicílio. São José de Ribamar – MA, 2006.



**Gráfico 6:** Distribuição percentual dos cento e vinte entrevistados quanto aos tipos de animais domésticos no domicílio e peri-domicílio. São José de Ribamar – MA, 2006.

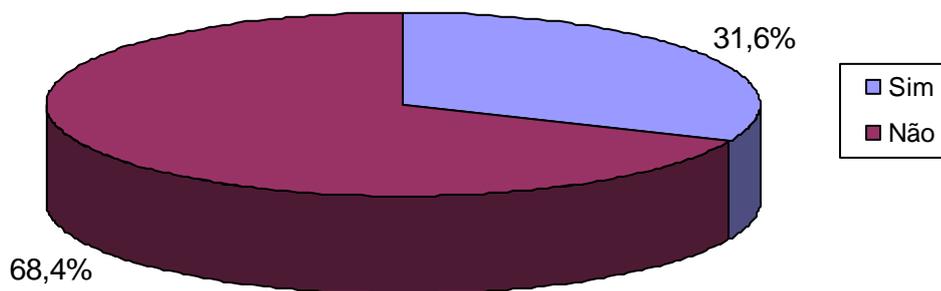
O gráfico 5 mostra que 90 pessoas (75%) possuem animais domésticos no domicílio e peri-domicílio. Em relação ao tipo de animais o gráfico 6 mostra que o tipo de animal doméstico que prevaleceu foi o cão com 45,5%. A observação de animais (porcos, cães, galinhas) mesmo saudáveis, próximo ao domicílio, representam potenciais reservatórios ou fonte de alimentação para o inseto vetor, como demonstra Costa (2005).

Sabe-se que os cães são importantes na cadeia de transmissão da leishmaniose visceral, uma vez que a ocorrência de contaminação canina favorece o aumento de casos em humanos (BRASIL, 2001).



**Gráfico 7:** Distribuição percentual dos cento e vinte entrevistados quanto à presença de animais silvestres em área peridomiciliar. São José de Ribamar – MA, 2006.

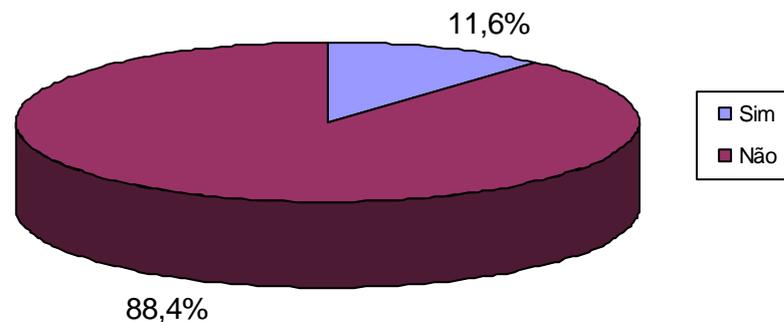
No gráfico 7 é observado que 51,6% das pessoas entrevistadas não referiram a presença de animais silvestres (mucura e raposa) no peri-domicílio. A observação de mucura no peri-domicílio é importante, pois, foi observado na Colômbia que este animal é o principal reservatório de *Tripanossoma cruzi* e *Leishmania chagasi* (UCHÔA, 2004).



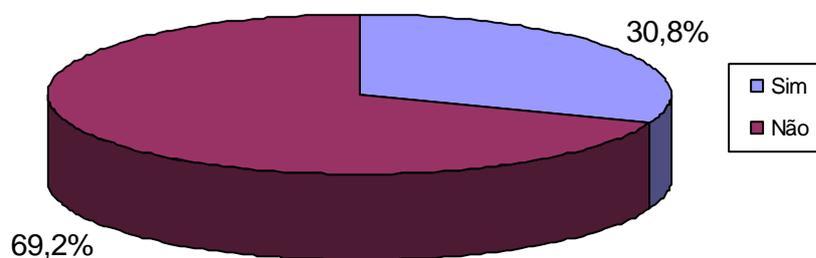
**Gráfico 8:** Distribuição percentual dos cento e vinte entrevistados quanto à presença de mosquitos no domicílio. São José de Ribamar – MA, 2006.

Em relação à presença de mosquitos 68,4% dos entrevistados relataram a presença dos mesmos no domicílio e peridomicílio. Tal fato pode ser explicado pela existência de área

significativa de mata e rios próximos às localidades pesquisadas. Sabe-se que a *Leishmaniose visceral* é transmitida por meio de mosquito *Lutzomyia longipalpis* que possui ampla distribuição geográfica, parece está em expansão no Brasil. Isso porque a *Leishmaniose visceral* era predominantemente silvestre, progressivamente percebeu-se uma adaptação do inseto em ambientes rurais. Mais recentemente esse vetor adaptou-se a ambientes urbanos e periferias de grandes centros, podendo ser encontrados em galinheiros, chiqueiros, canis e também no intra-domicílio (COSTA, 2005).

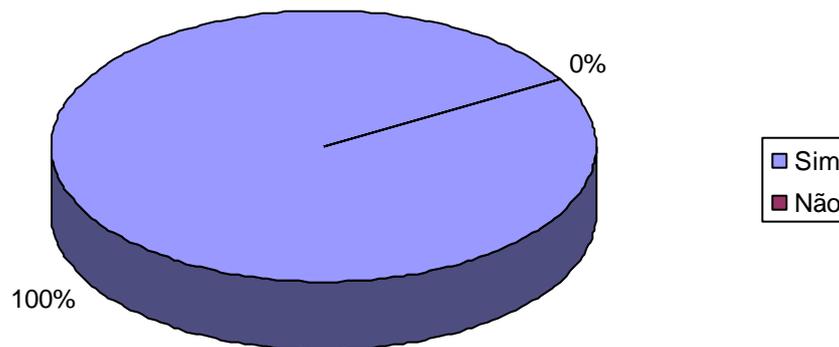


**Gráfico 9:** Distribuição percentual dos cento e vinte entrevistados, segundo relato de calazar na família. São José de Ribamar – MA, 2006.



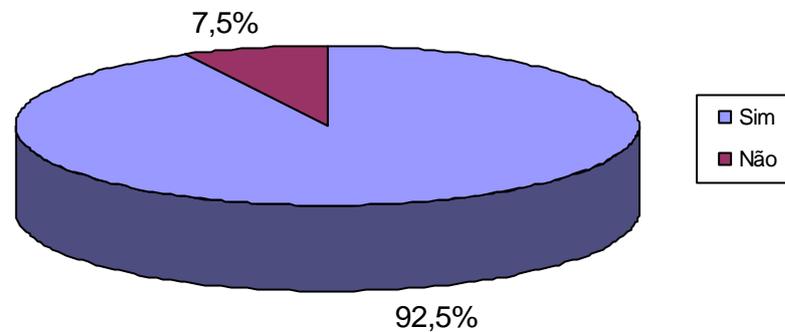
**Gráfico 10:** Distribuição percentual dos cento e vinte entrevistados, segundo relato de calazar na vizinhança. São José de Ribamar – MA, 2006.

Quando questionamos sobre ocorrência de calazar na família cerca de 11,6% dos entrevistados já possuíram parente com a doença e 30,8% dos entrevistados souberam dos casos de *Leshmaniose visceral* nas proximidades de sua residência. Esses dados mostram que existe uma grande incidência da doença nessa localidade. Alencar (1961) afirmava que a migração de outros nordestinos, para o Maranhão, acabaria por torná-lo um novo foco da doença. Fato realmente observado, pois até o ano de 1967, haviam sido diagnosticados e notificados 53 casos por viscerotomias e dois casos autóctonos do município de São José de Ribamar, localizado na ilha de São Luís, relato este feito por Fiquene (1964).



**Gráfico 11:** Distribuição percentual dos cento e vinte entrevistados, quanto à presença de vegetação/árvores frutíferas próxima à residência. São José de Ribamar – MA, 2006.

De acordo com a presença de vegetação e árvores frutíferas percebeu-se que todos os entrevistados referiram possuir pelo menos um tipo de árvore frutífera em suas residências e/ou proximidades o que favorece a presença de animal silvestre como mucura que se alimenta de frutas e adquire com facilidade hábitos peridomiciliares (GAMA et al, 2005).



**Gráfico 12:** Distribuição percentual dos cento e vinte entrevistados quanto à informação prévia sobre o calazar. São José de Ribamar – MA, 2006.

Conforme o gráfico 12 percebe-se que 92,5% dos entrevistados já possuíam alguma informação sobre o calazar. Vale ressaltar que a maioria não reconheceu a doença como sendo denominada de *leishmaniose visceral*. Nas doenças endêmicas, o conhecimento de sua epidemiologia traz relevantes contribuições, pois, com base nesses conhecimentos, pode-se chegar a um eventual controle das mesmas. Os conceitos, atitudes e crenças da população acerca de determinada endemia constituem-se, também, em fatores importantes para o seu controle (NETTO et al., 1985).

**Tabela 3:** Distribuição numérica e percentual dos cento e vinte entrevistados quanto ao conhecimento sobre a epidemiologia do calazar. São José de Ribamar – MA, 2006.

<b>Como é transmitido o calazar?</b>	<b>nº</b>	<b>%</b>
Cão doente	46	38,4
Mosquito e cão doente	10	8,3
Mosquito	47	39,1
Não sabe	17	14,2
<b>Qual o nome mais conhecido do mosquito transmissor?</b>		
Cangalhinha	5	4,2
Mosquito palha	37	30,8
Birigui	2	1,7
Outros	7	5,8
Não sabe	69	57,5
<b>Que animais podem apresentar o calazar?</b>		
Cão	99	82,5
Mucura	3	2,5
Raposa	3	2,5
Não sabe	5	4,2
Outros	10	8,3
<b>Qual a época de maior ocorrência do calazar?</b>		
Chuvosa	74	61,7
Não chuvosa	10	8,3
Não sabe	36	30,0

Em relação ao modo de transmissão do calazar 39,1% reconheceram o mosquito como o responsável. Porém, percebeu-se que outra parte dos entrevistados 38,4% indicaram o cão doente como sendo o transmissor. Segundo Gama et al (1998) em estudo sobre leishmaniose tegumentar americana no estado do Maranhão, a maioria dos entrevistados não sabia como a doença era transmitida, demonstrando um desconhecimento sobre as endemias frequentes no estado do MA.

Quando questionamos sobre o nome mais conhecido do mosquito transmissor, a maioria não sabia a sua denominação em torno de 57,5%. Entre os nomes mais comuns, o nome mais citado foi mosquito palha com 30,8%. Vale ressaltar que alguns entrevistados o denominaram de mosquito da dengue. Isso pode ser explicado porque a área pesquisada é

endêmica para várias doenças como dengue, malária, leishmaniose visceral entre outras representando uma confusão de conhecimentos sobre as endemias.

Em torno de 82,5% dos entrevistados referiram o cão como o animal que pode apresentar a doença. Apenas três pessoas apontaram a mucura e a raposa, observamos então que essas pessoas evitariam contato direto com o cão, mas não se preveniriam em relação a outros animais que são potencialmente transmissores quanto o cão e tendo o adicional de habitarem locais com árvores furtíferas, que são freqüentes da região estudada.

Em relação à época de maior ocorrência do calazar 61,7% afirmaram que é na época chuvosa. O vetor de *Leishmania* adapta-se em várias temperaturas e ambientes, mas acredita-se que a época de maior transmissão seja durante o período chuvoso, quando ocorre um aumento da população do flebotomíneo (BRASIL, 2003).

**Tabela 4:** Distribuição numérica e percentual das respostas fornecidas pelos cento e vinte entrevistados quanto às manifestações clínicas do calazar (questão: o que o doente pode apresentar?). São José de Ribamar – MA, 2006.

<b>O que o doente pode apresentar?</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Febre	40	33,4
Barriga inchada	13	10,8
Dor	6	5,0
Ferimento	5	4,2
Anemia	5	4,2
Emagrecimento	17	14,2
Falta de apetite	4	3,3
Vômitos	6	5,0
Cansaço	1	0,8
Manchas na pele	5	4,2

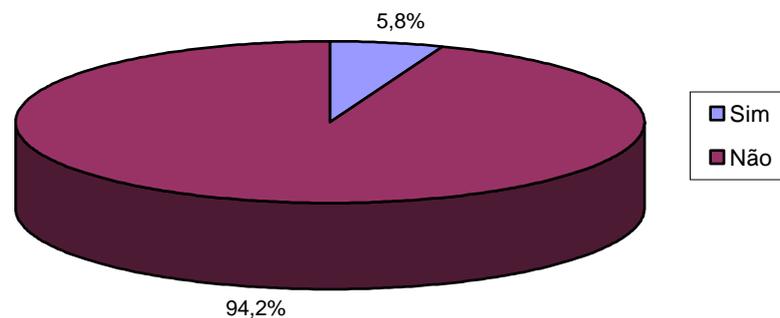
Em relação às manifestações clínicas citadas pelos entrevistados, febre foi a mais citada com 33,4%, seguido de emagrecimento com 14,2% e barriga inchada com 10,8%. A LV manifesta-se por meio de vários sinais e sintomas característicos como: febre baixa persistente, esplenomegalia, que inicialmente não é exacerbada, mas no decorrer da doença há

um aumento significativo, podendo haver ruptura do baço; hepatomegalia contribuindo com disproteinemia, hipoalbuminemia que gera a formação de edema dos membros inferiores (NEVES, 1995). Observamos então que o convívio da população com outras pessoas que já apresentaram a doença, seja parentes ou vizinhos é uma forma de disseminar informação a respeito dos sinais e sintomas dessa doença.

**Tabela 5:** Distribuição numérica e percentual dos cento e vinte entrevistados quanto à conduta frente a um caso suspeito de calazar. São José de Ribamar – MA, 2006.

<b>Diante de um caso suspeito, o que você faria?</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Hospital	78	65,0
Agente de saúde	27	22,5
Não sabe	4	3,3
Outros	11	9,2
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Quando foi questionado sobre o que a população faria frente a um caso suspeito, 65% afirmaram que procurariam um hospital e 22,5% um agente comunitário de saúde, assim como a população não possuem muitos conhecimentos a respeito da doença, frente a um caso desconhecido procurariam ajuda às pessoas com conhecimento para conduzir o caso. No estudo feito por Gama et al (1998), a maioria da população 94,8% também buscaria consulta médica.



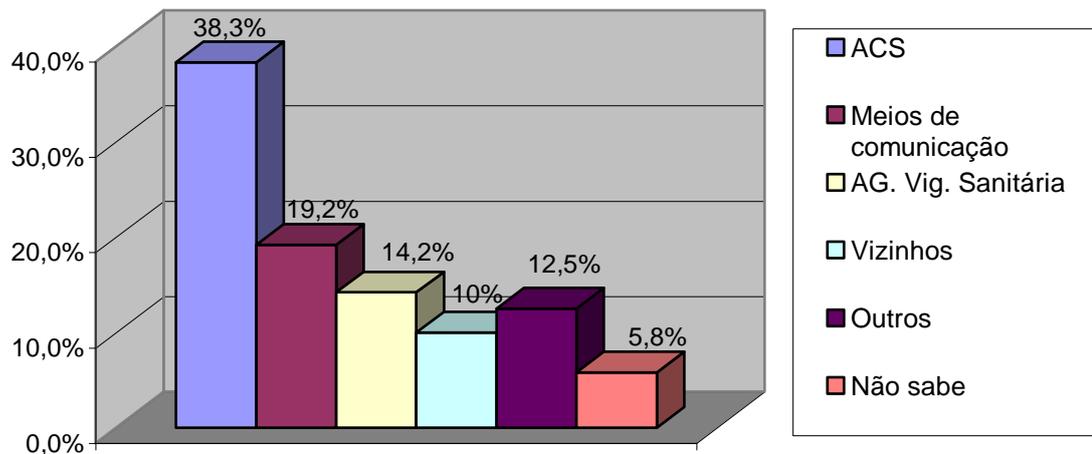
**Gráfico 13:** Distribuição numérica e percentual dos cento e vinte entrevistados, quanto ao conhecimento da droga específica para tratamento do calazar. São José de Ribamar – MA, 2006.

Ao perguntarmos sobre a medicação utilizada para o tratamento do calazar, 94,2% não conhecem ou nunca ouviram falar no glucantime e apenas 5,8% das pessoas afirmaram que conhecem a medicação para o tratamento dessa doença. Dessa forma, constatamos o desconhecimento em relação ao tratamento, já que 11,6% das pessoas da comunidade afirmaram a presença de calazar na família, demonstrando que a oportunidade que se tem, ao conduzir um caso, de orientar os familiares mais próximos não está sendo realizada. Esses dados corroboram com Gama et al (1998) que realizou a pesquisa no estado do Maranhão, diferindo dos de Netto et al (1985) que realizou no estado da Bahia. Observamos então que no Maranhão há a necessidade de investimentos maiores em processos de educação permanente para os profissionais que atendem essas pessoas.

**Tabela 6:** Distribuição numérica e percentual dos cento e vinte entrevistados quanto à prática adotada para a prevenção do calazar. São José de Ribamar – MA, 2006.

<b>O que fazer para se prevenir?</b>	<b>nº</b>	<b>%</b>
Não sabe	55	45,8
Outros	6	5,0
Cuidar do cão	22	18,3
Não criar animais	21	17,5
Evitar cão doente	16	13,4
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Buscando saber quais as medidas de prevenção realizadas pela população observamos que 45,8% não sabem como se prevenir, 18,3% afirmou que é cuidar do cão e 17,5% não criar animais. Para Brasil (2003) as medidas de controle são distintas e adequadas para as áreas com transmissão, como eliminação de cães infectados, controle químico do inseto transmissor e a destinação correta do lixo, entre outras medidas de higiene e conservação ambiental que evitam proliferação do vetor. Entretanto é de fundamental importância que as medidas usualmente empregadas no controle da doença sejam realizadas de forma integrada, para que possam ser efetivas. Moreira et al. (2002) obtiveram em seu trabalho o mesmo resultado, apesar da população conhecer a doença, a maioria dos entrevistados não souberam informar seus métodos profiláticos e curativos.



**Gráfico 14:** Distribuição percentual dos cento e vinte entrevistados, quanto a fonte de informação sobre o calazar (questão: Como ou com quem soube essas informações?). São José de Ribamar – MA, 2006.

Buscando-se saber como a população entrevistada obteve informações a respeito da doença, vimos que 38,3% afirmaram ter sido como agente comunitário de saúde, 19,2% com meios de comunicação (visual, auditiva, escrita) e 14,2 com o agente da vigilância sanitária. O conhecimento sobre a circulação da doença em determinada área, assim como a percepção da mesma pela população local, é de grande valia para o estabelecimento de campanhas de controle, pois mobiliza a comunidade em ações sanitárias (UCHÔA et al, 2004).

## 6 CONCLUSÃO

A região estudada trata-se de uma área endêmica e como foi visto, dentre a população que mais participou das entrevistas foi a população feminina, pois os homens estavam no seu horário de trabalho, a maior parte dos entrevistados desenvolvem somente tarefas Do Lar e possuem baixa escolaridade com o ensino fundamental incompleto. A renda familiar da maioria das famílias estudadas é em torno de um salário mínimo, mesmo assim apresentam a maioria casas de alvenaria.

Por sua localização geográfica, possui rios e uma grande área de mata, sendo referida pelos entrevistados a presença de animais domésticos, silvestres e mosquitos no domicílio e peridomicílio formando um ambiente favorável para o desenvolvimento da leishmaniose visceral.

A maioria da população já ouviu falar em calazar, e afirmam que apenas o cão está envolvido no ciclo. Sabem identificar um caso suspeito tanto no cão quanto no homem pelos sinais e sintomas e sua época de maior ocorrência, mas desconhecem sua forma de transmissão, prevenção e tratamento.

Essa comunidade refere presença de poucos casos na família ou vizinhança e diante de algum caso suspeito procurariam o atendimento hospitalar. As poucas informações que a comunidade possui foram obtidas com o agente de saúde, meios de comunicação e agente da vigilância sanitária.

Assim a população estudada encontra-se numa área em potencial para o desenvolvimento da leishmaniose visceral, com casos confirmados na região, apresentando risco de exposição, devido às condições de moradia, mas possuem poucos conhecimentos a respeito da doença e principalmente das medidas de prevenção. Por tanto a necessidade de

desenvolvimento de ações de educação em saúde para orientar na prevenção e esclarecimento sobre formas de transmissão da doença.

## REFERÊNCIAS

- ALENCAR, JE. **Profilaxia do Calazar no Ceará**. Rev. Inst. Méd. Trop. São Paulo – SP, 1961.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. v. II. Brasília, DF, 2002.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático de Atenção do Programa de Saúde da Família**. Brasília, 2001.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual de vigilância e controle da leishmaniose visceral**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília, 2003.
- CALDAS, A. J.M et al. **Infecção por *Leishmania (Leishmania) chagasi* em crianças de uma área endêmica de leishmaniose visceral americana na Ilha de São Luís-MA, Brasil**. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. v.34. nº5. São Luís. set/out, 2001.
- CASTRO, L.P; CUNHA, A.S; REZENDE, J.M. **Protozooses humanas**. 2 ed. BYK: São Paulo, 1994.
- CERQUEIRA, E. M; OLIVEIRA, J.B. **Controle da leishmaniose visceral em feira de Santana (BA)**. In: 3ª EXPOEPI: mostra nacional de experiências bem-sucedidas em epidemiologia, prevenção e controle de doenças, 18-21 nov.2003: anais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, 2004.
- COSTA, C.H.N.; PEREIRA, H.F.; ARAUJO, M.V. **Epidemia de leishmaniose visceral no Estado do Piauí, Brasil, 1980-1986**. Rev. Saúde Pública. out. 1990, vol.24, no.5, p.361-372. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 25 nov.2005.
- COSTA, J.M.L. **Epidemiologia das Leishmanioses no Brasil**. Gazeta Médica da Bahia. v. 75. nº1. jan/jun. Salvador, 2005.
- COSTA, J.M.L et al. **Leishmaniose visceral no Estado do Maranhão, Brasil. A evolução de uma epidemia**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro. v.02. nº2. Rio de Janeiro. abr/jun. 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 25 nov. 2005.
- FIQUENE, S. **Analogias Parasitárias, novo tratamento de Leishmaniose**. Revista Maranhão Médico, 2: 09-18. 1964.
- GAMA, M.E.A. et al. **Avaliação do nível de conhecimento que populações residentes em áreas endêmicas têm sobre leishmaniose visceral, Estado do Maranhão, Brasil**. Cad. Saúde Pública. abr/jun. 1998, vol. 14, nº 2. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 02 out. 2005

MOREIRA, R. C. R et al. **Nível de conhecimento sobre tegumentar americana(LTA) e uso de terapias alternativas por populações de uma área endêmica da Amazônia do Maranhão, Brasil.** Cad. Saúde Pública. v.18. n°1. Rio de Janeiro. jan/fev. 2002.

NEVES, D. P et al. **Parasitologia humana.** São Paulo. 9 ed. São Paulo: Atheneu, 1995.

NETTO, E. M. et al. **Conceitos de uma população local a respeito da Leishmaniose mucocutânea em uma área endêmica.** Rev. Soc. Brás. Méd. 1985.

PEDROSA, C. M. S; ROCHA, E. M. M. **Aspectos clínicos e epidemiológicos da leishmaniose visceral em menores de quinze anos procedentes de Alagoas, Brasil.** Rev. Soc. Bras. Med. Trop. v. 37. n°4. Alagoas. jul/ago. 2004.

SILVA, A. R. et al. **Leishmaniose visceral (calazar) na ilha de São Luís, Maranhão, Brasil: evolução e perspectiva.** Rev. Soc. Bras. Méd. Trop. Vol.30 n.5 Uberaba Set./Out. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 19 dez. 2005.

UCHÔA, C.M.A et al. **Educação em saúde: ensinando sobre a leishmaniose tegumentar americana.** Cad. Saúde Pública. jul./ago. 2004, vol.20, no.4, p.935-941. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 26 out. 2005.

## APÊNDICES

APÊNDICE A - Instrumento para a coleta de dados

**LABORO: Excelência em Pós – Graduação**  
**Universidade Estácio de Sá**  
**Curso de Especialização em Saúde da Família**

**LEISHMANIOSE VISCERAL: conhecimentos e práticas em área de saúde da família – São José de Ribamar – MA.**

**FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS**

Nº da família: \_\_\_\_\_

➤ **Dados Sócio-econômicos do entrevistado**

Sexo: ( ) Mas ( ) Fem Idade: \_\_\_\_\_  
 Escolaridade: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_  
 Renda Familiar: \_\_\_\_\_

➤ **Características Epidemiológicas**

Tipo de Moradia: Alvenaria ( ) Taipa ( ) Madeira ( ) Outro ( )  
 Animais domésticos no domicílio e peri-domicílio: Sim ( ) Não ( )  
 Caso sim, Quais: \_\_\_\_\_  
 Animais silvestres (mucura/raposa): Sim ( ) Não ( )  
 Mosquitos no domicílio: Sim ( ) Não ( )  
 História de calazar na família: Sim ( ) Não ( )  
 História de calazar na vizinhança: Sim ( ) Não ( )  
 Residência próxima à vegetação/árvores frutíferas: Sim ( ) Não ( )

➤ **Conhecimentos e práticas sobre a doença**

Você já ouviu falar sobre o calazar? ( ) Sim ( ) Não  
 Como é transmitida o calazar? ( ) mosquito ( ) cão doente ( ) contato com pessoas doentes ( ) não sabe ( ) outro \_\_\_\_\_  
 Qual o nome mais conhecido para o mosquito transmissor? ( ) mosquito palha ( ) birigui ( ) cangalhinha ( ) não sabe ( ) outro \_\_\_\_\_  
 Que animais podem apresentar o calazar? ( ) cão ( ) mucura ( ) raposa ( ) não sabe ( ) outro \_\_\_\_\_  
 Qual é a época de maior ocorrência do calazar? ( ) chuvosa ( ) não chuvosa ( ) não sabe ( ) outro \_\_\_\_\_  
 O que o doente pode apresentar? \_\_\_\_\_  
 Diante de um caso suspeito, o que você faria? ( ) hospital / posto de saúde ( ) procura agente de saúde ( ) benzedeira ( ) não sabe ( ) outro \_\_\_\_\_  
 Você conhece o glucantime? Sim ( ) Não ( )  
 O que fazer para se prevenir? \_\_\_\_\_  
 Como ou com quem você soube essas informações? ( ) agente de saúde ( ) agente da vigilância sanitária ( ) meios de comunicação áudio visuais ( ) vizinhança ( ) outro \_\_\_\_\_

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**LABORO: Excelência em Pós – Graduação  
Universidade Estácio de Sá  
Curso de Especialização em Saúde da Família**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Orientador (a): Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Mônica Elinor Alves Gama E-mail: mgama@elo.com.br  
End: Rua das Acácias Qd-39 C-7 Renascença-I CEP:65.075-010; Fone:3235-1557  
Pesquisadores: Aline Araújo Cavalcante, Camila Neves dos Santos, Narjara Barros Amâncio e Sabrina Varão Oliveira.

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa/HU-UFMA: Wildoberto Batista Gurgel  
End. Do Comitê: Rua Barão de Itapary, 227 Centro; Fone: 2109-1233

**LEISHMANIOSE VISCERAL: conhecimentos e práticas em área de saúde da família –  
São José de Ribamar – MA.**

Prezado (a) senhor (a), estamos realizando uma pesquisa dos conhecimentos e as práticas sobre o calazar nessa região. Para isso, precisamos fazer algumas perguntas para o(a) sr(a) que ajudarão a conhecer melhor a população atendida nessa Unidade e permitirão que se possa criar medidas de saúde específicas para o controle e a prevenção dessa doença nesse município. As informações fornecidas serão usadas apenas para essa pesquisa não sendo divulgados dados que identifiquem os participantes. Sua participação não implicará em custos. Caso o(a) sr(a) desista de participar não haverá nenhum prejuízo ao seu cuidado prestado nesse serviço.

Eu,....., declaro, após ter sido esclarecido e entender as explicações que me foram dadas pelo pesquisador responsável, que concordo em participar da pesquisa, dando informações coletadas em formulário específico. Fui esclarecido(a) que está garantido qualquer esclarecimento que se fizer necessário durante o desenvolvimento da pesquisa, não havendo riscos ou desconfortos a mim, que tenho liberdade de me recusar a participar ou retirar esse consentimento sem penalidade ou prejuízo ao meu cuidado; foi garantido o sigilo e a privacidade das informações que forneci e que não haverá nenhum custo decorrente dessa participação na pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Local e data

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

End: Avenida Trindade s/n Quinta São José de Ribamar – MA.

ANEXO



Cavalcante, Aline Araújo

Leishmaniose Visceral: características epidemiológicas, conhecimentos e práticas em área de cobertura do Programa Saúde da Família – São José de Ribamar – MA. Camila Neves dos Santos, Narjara Barros Amâncio, Sabrina Varão Oliveira. São Luís, 2007.

44 fls

Monografia (Pós- Graduação em Saúde da Família) – Curso de Especialização em Saúde da Família, Laboro- Excelência em pós-graduação. Universidade Estácio de Sá, 2007.

1. Leishmaniose Visceral. 2. Conhecimentos. 3. Práticas. I Títulos.

CDU 616.993.161