

Atlas de dermatologia em povos indígenas

Douglas A. Rodrigues
Jane Tomimori
Marcos C. Floriano
Sofia Mendonça

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

RODRIGUES, DA., *et al.* *Atlas de dermatologia em povos indígenas* [online]. São Paulo: Editora Unifesp, 2010. 160 p. ISBN 978-85-61673-68-0. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

ATLAS DE DERMATOLOGIA EM POVOS INDÍGENAS



EDITORA UNIFESP

Presidente Ruth Guinsburg
Conselho Editorial Benjamin Kopelman (representante da Fap)
Cynthia A. Sarti (*campus* Guarulhos)
Durval Rosa Borges (presidente da Fap)
Erwin Doescher (*campus* São José dos Campos)
Marcia Couto (representante externo)
Mauro Aquiles La Scalea (*campus* Diadema)
Plinio Martins Filho (editor)
Ruth Guinsburg (*campus* Vila Clementino)
Editora-assistente Adriana Garcia

ATLAS DE DERMATOLOGIA EM POVOS INDÍGENAS

Douglas A. Rodrigues
Jane Tomimori
Marcos C. Floriano
Sofia Mendonça



EDITORA UNIFESP

Copyright © 2010 by Douglas A. Rodrigues, Jane Tomimori,
Marcos C. Floriano e Sofia Mendonça

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Unifesp

Atlas de Dermatologia em Povos Indígenas / Douglas A. Rodrigues ... [et al.]. – São
Paulo: Editora Unifesp, 2010.
160 p.: il.; 18 x 25,5 cm

ISBN 978-85-61673-11-6

1. Atlas 2. Dermatopatias 3. Índios Sul Americanos 1. Rodrigues, Douglas A.

NLM – WR 17

NLM – WR 140

NLM – 2229-2230.2

Direitos reservados à

EDITORA UNIFESP

Fundação de Apoio à Universidade Federal de São Paulo

Rua José de Magalhães, 80

Vila Clementino – 04026-090 – São Paulo – SP – Brasil

(11) 2368-4022

www.fapunifesp.edu.br/editora

editora@fapunifesp.edu.br

Impresso no Brasil 2010

Foi feito o depósito legal

Sumário

Agradecimentos	9	3. Larva Migrans	88
Introdução	11	4. Leishmaniose Tegumentar Americana	89
I As Representações Sociais sobre o Corpo, a Pele e suas Doenças a partir do Pensamento Indígena		5. Tungíase	91
II Lesões Elementares no Exame Dermatológico		VI Doenças Causadas por Vírus	
III Doenças Causadas por Bactérias		1. Verruga Vulgar, Plana e Plantar	95
1. Impetigo	47	2. Condiloma Acuminado	98
2. Foliculite Bacteriana	50	3. Hiperplasia Epitelial Focal	100
3. Erisipela e Celulite	52	4. Molusco Contagioso	102
4. Furúnculo e Abscesso	54	5. Herpes-zóster	104
5. Úlcera de Buruli	56	6. Herpes Simples	106
IV Doenças Causadas por Fungos		VII Doenças Inflamatórias	
1. Tinhas (Dermatofitoses) e Granuloma Tricofítico	61	1. Pitiríase Alba	111
2. Pitiríase Versicolor	65	2. Eczemátide	113
3. Paroníquia	68	3. Miliária	116
4. Tinha Imbricata	70	4. Dermatite de Contato	118
5. Piedra Preta	72	5. Dermatite Seborreica	121
6. Doença de Jorge Lobo	74	6. Neurodermite	123
7. Cromoblastomicose	77	7. Psoríase	125
8. Micetoma	79	VIII Doenças Alérgicas	
V Doenças Causadas por Parasitas		1. Reação a Picada de Inseto	131
1. Escabiose	83	2. Urticária	133
2. Pediculose (Piolhos)	86	3. Eritema Pigmentado Fixo	135
		IX Neofomações	
		1. Nevos Melanocíticos	139
		2. Cisto Mucoso	141
		3. Carcinoma Basocelular Pigmentado	142

x	Cicatrices			
1.	Cicatriz Hipertrófica e Queloide	147	2. Língua Geográfica	153
			3. Doença de Fox-Fordyce	154
			4. Hidroa Vaciniforme	155
xI	Outras Dermatoses			
1.	Líquen Estriado	151	Sobre os Autores	157

Agradecimentos

Ao prof. dr. Roberto G. Baruzzi, professor titular aposentado do Departamento de Medicina Preventiva da Unifesp, consultor científico do Projeto Xingu da Unifesp.

Ao prof. dr. Arnaldo L. Colombo, professor titular do Departamento de Medicina, Disciplina de Doenças Infecciosas e Parasitárias da Unifesp.

À dra. Mílvia M. S. S. Enokihara, médica patologista do Departamento de Patologia e do Departamento de Dermatologia da Unifesp.

À profa. dra. Olga F. Gompertz, professora adjunta e livre-docente aposentada do Departamento de Microbiologia, Imunologia e Parasitologia da Unifesp.

A todos os profissionais da Unifesp que atuam com os povos indígenas.

Aos Auxiliares de Enfermagem Indígenas e Agentes Indígenas de Saúde (AIS) que atuam no Parque Indígena do Xingu.

Aos povos indígenas do Xingu.

À Casai (Casa de Saúde Indígena) de Juara (MT).

À Fapesp (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo).

Introdução

As atividades de ensino, pesquisa e extensão em saúde dos povos indígenas (PI) são desenvolvidas de forma ininterrupta desde 1965 na Unifesp, tornando-a a Instituição de Ensino Superior que mais acumula experiência nessa área em nosso país.

O modelo de saúde brasileiro concretizou, na atenção básica, a viabilização da assistência universal preconizada pelo ideário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ações individuais, coletivas ou específicas, passaram a fazer parte de um conjunto de intervenções planejadas que se organizam na rede de serviços públicos de saúde. A saúde dos PI tem tido atenção diferenciada por parte do Ministério da Saúde a partir da criação, dentro do SUS, do subsistema de atenção à saúde indígena, configurado na forma de uma rede de 34 sistemas locais de saúde (Silos) denominados Distritos Sanitários Especiais Indígenas, abrangendo todo o território nacional.

Apesar dos avanços obtidos, a operacionalização dessa rede é um grande desafio para os gestores do SUS, especialmente em relação à existência de profissionais de saúde capacitados e com vocação para essa atividade. O preparo de profissionais que atuam em saúde indígena é estratégico para a viabilização do subsistema. Nesse sentido, o Projeto Xingu, da Unifesp, tem sido um espaço privilegiado de sensibilização e formação de profissionais para o trabalho com a saúde indígena.

A proposta de compreender e intervir nos problemas de saúde que afetam as comunidades indígenas é ambiciosa. Trata-se de dialogar continuamente com diferentes culturas, com o objetivo de entender a visão de mundo, sistemas de cura e concepções do processo saúde-doença. Por outro lado, é preciso desenvolver ações de atenção básica que minimizem o impacto sanitário negativo advindo do contato dos índios com a sociedade urbana e rural e adaptar modelos de intervenção em saúde às diferentes etnias e realidades sociais existentes entre os 230 povos indígenas que vivem no Brasil, falantes de 180 línguas, um conjunto de cerca de seiscentas mil pessoas. Esse é o cenário em que se desenvolvem as atividades de extensão do Projeto Xingu da Unifesp.

Dentre as diversas atividades relacionadas à saúde geral desses povos, a experiência adquirida e a documentação fotográfica registrada ao longo desses anos permiti-

ram que os autores e colaboradores reunissem também um rico material relacionado a algumas doenças dermatológicas que acometem essa população. Este *Atlas de Dermatologia em Povos Indígenas* é resultado de uma parte do trabalho desses vários anos. Esperamos que ele se torne mais uma ferramenta de auxílio aos que trabalham com a saúde dos indígenas, assim como com outras populações que vivem em condições ambientais similares (populações rurais, ribeirinhas etc.).

A edição deste *Atlas* teve a inestimável participação dos seguintes colaboradores: Helio C. de Mello, fotógrafo colaborador do Projeto Xingu da Unifesp; dra. Mariana D. Batista, médica dermatologista, pós-graduanda do programa de Infectologia da Unifesp, voluntária do Setor de Cirurgia Dermatológica do Departamento de Dermatologia da Unifesp; dra. Solange M. Maeda, médica dermatologista, voluntária do grupo interdisciplinar de atendimento ao hanseniano (GIAH) do Departamento de Dermatologia da Unifesp e os agentes indígenas e de saúde, que, por meio de suas pesquisas, trouxeram o conhecimento e a sabedoria de seus anciãos e especialistas locais.

Os autores

I
AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS
SOBRE O CORPO,
A PELE E SUAS DOENÇAS A PARTIR
DO PENSAMENTO INDÍGENA

Ao se pensar o corpo, pode-se incorrer no erro de encará-lo como puramente biológico, um patrimônio universal sobre o qual a cultura escreveria histórias diferentes. Afinal, homens de nacionalidades diferentes apresentam semelhanças físicas. Entretanto, para além das semelhanças ou diferenças físicas, existe um conjunto de significados que cada sociedade escreve nos corpos dos seus membros ao longo do tempo, significados estes que definem o que é corpo de maneiras variadas.

DAOLIO, 1995

A IDEIA ORIGINAL DESTA LIVRO surgiu da observação da alta prevalência das doenças de pele na prática diária dos profissionais de saúde que trabalham em serviços de Atenção Básica à Saúde em áreas indígenas da Amazônia e da inexistência de material de apoio adequado dirigido a esses profissionais.

Surge como um dos resultados de uma pesquisa-ação denominada “Inquérito Dermatológico e Avaliação da Evolução da Doença de Jorge Lobo em Índios Caiabi, Brasil Central”, financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – Fapesp (processo 2006/03908-0), que tinha como objetivos, além da revisão dos casos de Doença de Jorge Lobo, a realização de um inquérito de prevalência das dermatoses nas aldeias da região do médio, baixo e leste do Parque Indígena do Xingu, e a capacitação da equipe local de saúde no manejo das principais doenças de pele encontradas no cotidiano dos serviços locais. A realização deste atlas foi possível mediante a cooperação entre o Projeto Xingu, do Departamento de Medicina Preventiva, e o Departamento de Dermatologia da Escola Paulista de Medicina, ambos da Unifesp.

Pareceu-nos importante apresentar neste livro, além do conhecimento científico, o olhar dos próprios índios sobre o seu corpo e sua pele, como esses povos pensam, classificam e interferem no processo de saúde-doença, e qual o itinerário terapêutico que percorrem para resolver os problemas relacionados sua pele.

O CORPO E A PELE: SEDE DE SIGNOS SOCIAIS

O corpo e, particularmente a pele, são como uma apresentação da pessoa ao seu ambiente e à sua comunidade, por isso podem ser vistos como o contato do indivíduo com o exterior, regido pela cultura. Signos como tatuagens, pinturas e escarificações podem ser inscritos no corpo e revelar a que grupo pertence a pessoa, que *status* social ocupa ou mesmo seu estado de espírito.

Como uma tela de pintura, a pele pode exibir os mais diferentes desenhos, combinando cores e adornos, dependendo do momento, do estado de espírito, da saúde ou do ritual. Em geral, nos períodos de luto não se pinta, não se enfeita o corpo, revelando por meio dele o sentimento de tristeza.

Segundo David Le Breton, em seu livro *A Sociologia do Corpo*¹, sobre as inscrições corporais:

A marcação social e cultural do corpo pode se completar pela escrita direta do coletivo na pele do ator. Pode ser feita em forma de remoção, de deformação ou de acréscimo. Essa modelagem simbólica é relativamente frequente nas sociedades humanas: ablação ritual de um fragmento do corpo (prepúcio, clitóris, dentes, dedos, tonsura etc.), marcação na epiderme (escarificação, incisão, cicatriz aparente, infibulação, modelagem dos dentes etc.); inscrições tegumentares na forma de tatuagens definitivas ou provisórias, maquiagem etc.; modificações da forma do corpo [...]; uso de joias ou de objetos rituais que deformam o corpo: anéis de junco e pérolas que provocam, com o crescimento do indivíduo, um alongamento do pescoço, inserção de discos nos lábios superiores ou inferiores [...]. Essas marcas corporais preenchem funções diferentes em cada sociedade. Instrumentos de sedução, elas são ainda com maior frequência um modo ritual de afiliação ou separação. Elas integram simbolicamente o homem no interior da comunidade, do clã, separando-o dos homens de outras comunidades ou de outros clãs e ao mesmo tempo da natureza que o cerca. Elas humanizam o homem colocando-o socialmente no mundo [...]. Elas reproduzem o *status* social, ou mais especificamente matrimonial, num mundo legível por todos.

Sobre o corpo e a pele, como sede de significados sociais, Clastres² nos revela outra perspectiva, a do corpo “como superfície de escrita [...] apta para receber o texto legível da lei”, da obediência às regras e leis sociais, particularmente quando se refere à função do sofrimento e da cicatriz. O corpo é a memória, por exemplo, nos rituais de iniciação das sociedades indígenas, a escarificação, as tatuagens ou outros pro-

1. D. Le Breton, *A Sociologia do Corpo*, 2ª ed. Rio de Janeiro, Vozes, 2007, pp. 39-61.

2. P. Clastres, *A Sociedade contra o Estado: Pesquisas de Antropologia Política*, São Paulo, Cosac Naify, 2000.

cedimentos deixam uma marca. Uma marca que conta a história de vida do sujeito. O corpo e a pele são construídos durante todo o ciclo biológico, guardando para a adolescência o momento mais importante para a sua modelagem.

No ritual iniciático, a sociedade imprime a sua marca no corpo dos jovens... A marca é um obstáculo ao esquecimento, o próprio corpo traz impressos em si os sulcos da lembrança – o corpo é uma memória. A marca proclama com segurança o seu pertencimento ao grupo... A sociedade dita a sua lei aos seus membros, inscreve o texto da lei sobre a superfície dos corpos [...]. A marca sobre o corpo, igual sobre todos os corpos, enuncia: “tu não terás o desejo do poder, nem desejarás ser submisso”, e essa lei não separada só pode ser inscrita num espaço não separado: o próprio corpo (Clastres, 2000, p. 196).

Entre os Ikpeng, por exemplo, as crianças entre sete e nove anos devem fazer a tatuagem no rosto, marca característica desse povo, em um rito de passagem. Toda a aldeia se mobiliza para essa festa:

A principal festa celebrada por esse povo, Ikpeng, é Moyngo, em que são tatuados os rostos dos meninos. O ritual é antecedido por muitas sessões de dança e, ao final, por uma grande caçada, da qual participam os pais das crianças a serem tatuadas, que são os donos da festa. Depois de cerca de um mês, um mensageiro da expedição é enviado à aldeia anunciando a volta dos caçadores. No dia seguinte, durante uma sessão de danças ao som de flautas e o canto do cacique, vão chegando os caçadores com uma cesta imensa, repleta de caças.

Os caçadores acampam próximos à aldeia e as mulheres vão até lá buscar caça moqueada e levar beijos. Os participantes revestem o corpo com uma resina de madeira e nele grudam penas de aves. Entram na aldeia ao anoitecer e bebem perereba doce (mingau). Em seguida, cada homem dança segurando em uma mão uma criança que será tatuada e na outra uma tocha. Novamente passam uma noite inteira dançando. Por fim, na derradeira manhã de festa, as crianças são tatuadas. Primeiro se fazem incisões (listras) no rosto da criança com espinho de tucum e então passam o carvão extraído da resina do jatobá (Instituto Socioambiental, s.d.).

A PELE COMO LIMITE DO CORPO E TROCA DE SUBSTÂNCIAS

A preocupação com o corpo, e com a pele em especial, é muito grande entre os povos indígenas, estética e funcionalmente. A estética e a beleza são cultuadas desde cedo, na primeira infância.

A pele, limite do corpo, contato com o exterior, também tem um papel chave para a proteção do corpo e, ao mesmo tempo, funciona como porta de entrada de remédios.

São inúmeros os procedimentos realizados na pele para proteção do corpo como as pinturas especiais, principalmente nas crianças, com o uso de óleos de pequi, tucum ou inajá. O urucum ou açafraão, por exemplo, afastam maus espíritos e também insetos. A pasta de urucum, o jenipapo, as penas de aves, resinas de algumas árvores especiais e algodão são usados como roupas ou fantasias em seus ritos e festas. Para os índios, um corpo pintado é um corpo saudável.

A modelagem do corpo começa na criança ainda pequena com a amarração na perna, logo abaixo do joelho, para tornar a perna mais bonita. A amarração também é feita no braço, na altura da inserção do músculo deltoide para deixá-lo bonito e arredondado.

Para o tratamento de inúmeras doenças, a pele constitui parte fundamental, seja para retirar objetos inoculados pelos *mama'ê* ou espíritos, seja para absorver propriedades curativas de plantas. Em vários procedimentos terapêuticos são realizados banhos com ervas, folhas, cascas e/ou raízes. A pele também pode ser escarificada para purificar o corpo pela saída do sangue escuro e o que de ruim ele guarda; para eliminar a preguiça, um dos fatores que predispõe às doenças; e para possibilitar a entrada dos remédios.

A seguir, os cuidados dispensados ao corpo e à pele usados em diferentes eventos e etapas da vida da comunidade.

O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS DOENÇAS DA PELE

Durante o processo de estruturar e implementar serviços de saúde em áreas indígenas, partindo do conhecimento científico e da biomedicina, foram encontrados sistemas de cura e itinerários terapêuticos bastante distintos.

A visão do processo de adoecimento, a concepção de corpo e de saúde desses povos tem como referência sua visão de mundo. A doença não existe fora do contexto sociocultural, o processo saúde-doença acontece a partir das representações da doença dentro de cada sociedade, e se revela, basicamente, em suas três dimensões: subjetiva, biofísica e sociocultural. Considerando, respectivamente, o sentir-se doente, os sinais e sintomas físicos, e a percepção do grupo, portanto sociocultural do estar doente. Essas três realidades interagem continuamente de forma dinâmica e processual (Buchillet, 1991).

Para os povos indígenas do Xingu as doenças de pele estão associadas à alimentação, à transgressão de regras sociais, ao contágio com outros doentes e aos feitiços, depen-

dendo do tipo de lesão e sua evolução, como mostram as entrevistas realizadas pelos agentes de saúde com os sábios, pajés e raizeiros de suas comunidades. Mais recentemente, passaram a atribuir algumas doenças de pele à falta de higiene pessoal, principalmente relacionadas ao uso de roupas, cobertores e redes sem o cuidado necessário.

Em muitos relatos a etiologia da doença de pele está relacionada a espíritos de animais e outros seres da natureza que, frequentemente, guardam semelhança com o aspecto da lesão. Por exemplo, quando come a arraia pintada, é comum o sujeito apresentar lesões arredondadas e esbranquiçadas pelo corpo, assim como na própria arraia. O mesmo acontece com a paca, que tem “pintas” em todo o corpo. Ainda outro exemplo, se a mãe, grávida, comer o mel de determinada abelha, seu filho terá lesões de pele à semelhança de mordidas ou picadas desta abelha.

Além da semelhança física com os seres da natureza, as explicações para o surgimento de doenças de pele nos remetem aos mitos de origem, que têm versões diferentes dependendo do conhecimento do contador de histórias. De qualquer maneira, eles revelam e dão significado a várias regras de comportamento e de relação entre as pessoas, sendo que sua transgressão geralmente leva à doença.

Esses relatos são transcrições de entrevistas realizadas pelos alunos do curso de formação de agentes indígenas de saúde, do Parque Indígena do Xingu, como trabalho de pesquisa de campo em suas comunidades, para o módulo sobre doenças de pele, parasitoses intestinais e meio ambiente, realizado em junho de 2007, no polo Pavuru do DSEI Xingu/MT.

Uma das explicações para determinada doença de pele, de nome *mirukai*, na língua do povo Kaiabi, queimadura parecida com a erisipela, tem sua explicação no mito de origem dos alimentos, como nos contam os agentes de saúde, com base em suas entrevistas com os mais velhos e sábios de sua comunidade:

Antigamente não existiam alimentos como milho, mandioca, amendoim, feijão fava, pimenta, batata, inhame, mangarito, mandioca doce, algodão, cabaça e *janyrũ*, que é um tipo de cabaça que serve para guardar óleo de tucum. O povo Kaiabi passou muitos anos sem ter esses alimentos. As pessoas viviam passando fome. Só comiam frutas silvestres como inajá, tucum, buriti, castanha, cacau, fruta da banana brava e mel.

Muitos anos se passaram até que os filhos de uma mulher viúva, chamada Kupeirup, ao saírem para o mato para procurar mel e frutas, não acharam mais nada; estava difícil de encontrar, porque as frutas que eles haviam plantado não cresceram rápido. Por isso eles não tinham mais frutas para se alimentar naquela região e sua mãe, preocupada, falou:

— Meninos, estou muito triste por causa de vocês, porque vocês não estão mais encontrando frutas e mel. As árvores que vocês plantaram não vão crescer logo, vão demorar para

frutificar. Por isso peço para vocês abrirem uma roça grande. Quando forem queimar, me levem até o meio da roça e me queimem junto. Quando o meu corpo queimar, vão nascer vários produtos da roça para vocês.

Os filhos ficaram tristes com o que a mãe lhes falou, e perguntaram se isso realmente deveria acontecer:

— Por que vamos fazer isso com você, maltratar você? Você é a nossa mãe. Nós só queremos cuidar bem de você. Nós não vamos fazer isso com você.

A mãe deles repetiu novamente:

— Se vocês não fizerem isso comigo, nunca terão alimentos.

Eles responderam:

— Nós sentimos falta de alimentos, mas não podemos queimar você. Isso não será bom para nós.

A mãe falou de novo:

— Meus filhos, eu sei que vocês se preocupam comigo, mas não precisam se preocupar. Peço para vocês me queimarem, porque eu voltarei para vocês novamente.

Os filhos disseram:

— Vamos fazer isso então, mãe.

Mas essa decisão foi tomada com tristeza.

Eles fizeram uma roça grande. Primeiro roçaram, depois derrubaram. Depois de terem derrubado a roça, contaram para a mãe. Ela falou novamente:

— Meninos, chegou a hora de queimar a roça, aí vocês vão me queimar. Não fiquem tristes por minha causa, eu voltarei para vocês. Eu vou me transformar em paca e vou ficar na beira da roça, então vocês devem fazer uma armadilha. Assim vocês podem me pegar com a armadilha. Só não me deixem escapar. Se vocês me deixarem escapar eu não voltarei mais para vocês. Quando vocês queimarem a roça, gritem para me queimar. Quando eu ouvir o grito de vocês, vou mandar as sementes para a roça. Depois que vocês queimarem a roça, devem ir embora para longe, escolher um outro lugar para morar e plantar frutas para vocês consumirem. Assim ela orientou os filhos.

Ela continuou explicando o que eles deveriam fazer:

— O tempo vai passar e vocês vão ver uma curica (ou maritaca) passar por cima de vocês. Esse será o primeiro aviso, quer dizer que a comida já está crescendo. Depois vão passar duas curicas por cima de vocês, avisando que alguns produtos da roça, como o milho, já estarão florescendo. Vai passar mais um tempo e novamente vão passar muitas curicas por cima de vocês. Esse será o sinal de que os produtos da roça já estarão prontos para vocês. Então, a partir desse dia vocês não vão mais passar fome, porque vão nascer muitos tipos diferentes de produtos da roça.

Kupeirup conscientizou seus filhos sobre o preparo dos alimentos e também os ensinou a conservar as sementes e mudas, para que elas não se esgotassem, mantendo os produtos da

roça, para que quando eles roçassem e chegasse na época de plantio, as sementes estivessem bem conservadas. Também orientou os filhos para cuidarem bem dos produtos da roça, para não deixá-los acabar ou desaparecer.

Ela deu várias vezes explicações para os filhos. Depois que terminou de orientá-los, ela disse:

— Chegou a época de queimar a roça, agora vocês já podem levar a minha rede e pendurar no meio da roça, eu vou ficar deitada lá.

Eles levaram a rede da mãe e armaram no meio da roça. Depois de deitar na rede, ela pediu para os filhos colocarem fogo. Ao queimar a roça eles gritaram e chamaram o nome da mãe, dizendo:

— Estamos queimando a roça para você, senhora Kupeirup Kooooo!!!

Os rapazes ficaram na beira da roça olhando o fogo, quando o fogo se aproximou da senhora Kupeirup eles ouviram uma explosão, que eram os alimentos se espalhando, como se fosse uma trovoada bem no meio da roça.

Quando o barulho diminuiu, eles foram se afastando da roça, rumo ao acampamento onde a mãe pediu para eles ficarem. Era um lugar que tinha muita fartura de frutas da mata. Eles ficaram lá, esperando o tempo passar, seguindo a orientação da mãe.

O tempo foi passando, até que uma maritaca apareceu voando em cima deles. Então eles começaram a ficar alegres, porque sabiam que os alimentos já estavam nascendo. Depois de algum tempo, passaram duas maritacas. Eles disseram:

— Nossos alimentos já estão quase prontos, o milho já deve estar florescendo e o feijão fava já deve ter vagem.

Assim eles ficavam conversando sobre a roça. Após passar um mês, vieram muitas maritacas voando em cima deles. Então eles foram ver a roça. Quando chegaram, viram todos os alimentos e falaram:

— Nossa mãe plantou os produtos da roça para nós! Agora nós podemos procurar a nossa mãe.

Eles começaram a procurar a mãe deles em volta da roça e a encontraram dentro de um buraco na terra, transformada em paca. Então eles começaram a preparar uma armadilha para pegá-la. Depois de pronta, eles colocaram a armadilha no buraco para pegar a mãe. De repente, apareceu o *Maramu'jangat*, o Transformador. Naquele tempo não existiam muitos tipos de bichos, era essa entidade que ia transformando pessoas em animais, para os bichos aumentarem. O Transformador perguntou para os rapazes:

— O que vocês estão fazendo?

— Nós vamos pegar a nossa mãe.

— Deixe que eu pego para vocês — disse o Transformador.

— Não, deixe que nós mesmos vamos pegar a nossa mãe.

O *Maramu'jangat* fingiu que foi embora, mas na verdade ficou escondido. Quando eles prepararam a armadilha e começaram a tentar tocar a paca para cair nela, o Transformador apareceu de novo e os assustou:

— O que vocês estão fazendo?

Foi assim que eles acabaram deixando a mãe escapar e ela saiu correndo, gritando igual paca:

— We, we, we, we.

O *Maramu'jangat* acabou transformando a senhora Kupeirup em paca. Ele falou para os rapazes:

— A paca sempre vai gostar de ficar na beirada da roça e sempre vai gostar muito de comer milho.

É por isso que até hoje a paca gosta de ficar na roça velha e de comer milho da roça. Antigamente, os rapazes e moças não comiam paca, somente as pessoas mais velhas comiam, mas hoje em dia os jovens a comem. Porém, a paca pode provocar queimaduras nas pernas das pessoas, porque ela foi queimada na roça.

Foi assim, através da senhora Kupeirup, que surgiram os produtos da roça:

- o dente se transformou em espiga de milho,
- seu cabelo virou cabelo do milho e também algodão,
- os dedos se transformaram em amendoim e em pimenta,
- as pernas em mandioca,
- as mãos se transformaram em folhas de mandioca,
- a cabeça se transformou em cabaça,
- o miolo se transformou em cará,
- a coxa se transformou em mandioca doce,
- o leite se transformou em água da mandioca doce,
- o pé virou mangarito,
- a língua se transformou em feijão fava,
- o coração se transformou em batata.

Assim a dona Kupeirup fez os alimentos para o povo antigo e mostrou os produtos da roça que existem até hoje. Dessa mulher surgiu o mito de que a paca não é um bom alimento, faz mal e causa *mirukai* no corpo das pessoas. Assim, o *mirukai* pega nas pessoas somente quando comem paca (Aramut, Arasi, Aruta, Kwariup, Pirapy, Tafarejup, Tamakari, Wyrá'wat e Yefuka Kaiabi, 2007).

Os mitos de origem são a referência para as explicações de inúmeras regras sociais de comportamento, atitude, de relação com o outro, de alimentação e também, muitas vezes, explicam as proibições e dietas especiais que devem ser seguidas em cada fase da vida para se garantir uma boa saúde. As infrações a essas regras geralmente levam à doença.

Segundo as pesquisas realizadas pelos agentes indígenas de saúde, muitas doenças de pele estão associadas aos alimentos proibidos. Algumas doenças, particularmente as mais complicadas, mais graves, estão associadas a feitiços. A seguir, algumas explicações para o aparecimento das doenças de pele.

Para o Povo Kaiabi, segundo Aramut Kaiabi:

Para o meu povo, a doença de pele acontece em qualquer momento da vida porque as pessoas não seguem algumas regras que os mais velhos impõem aos jovens. As regras estão relacionadas a alguns alimentos que causam doença de pele na pessoa durante a vida dela, seja na criança, no adulto ou no idoso. Vou dar um exemplo: para a minha sociedade, comer paca provoca doença de pele, que é chamada *ae kai* (ou *mirukai*) – queimadura, que pode acometer qualquer parte do corpo. A doença de pele também ocorre no recém-nascido, a gestante come o mel de abelhinha *mamairowasing*, *tataeit* e outras espécies. Esse mel pode causar lesão no corpo da criança depois que ela nasce. Quando a pessoa ou a criança mistura alimentos, por exemplo, quando come carne de macaco com carne de cutia também pode causar doença de pele, *pitemunat*. Eram essas doenças que meu povo conhecia. Com o passar do tempo, apareceram o *miraip* e a *tyra* nos Kaiabi. *Tyra* é uma doença parecida com a micose, hipocrômica, que não tem cura e ficará no corpo das pessoas até a sua morte. *Miraip* é uma ferida infectada que fica no corpo todo das pessoas. Essa doença apareceu porque houve muitas brigas entre o povo Kaiabi e os outros índios, nas quais matavam muita gente. Assim, certo dia, mataram uma pessoa que estava com essa doença e, como os Kaiabi gostavam de fazer festa quando guerreavam, trouxeram o corpo para aldeia para comemorar a morte dos inimigos. Durante essas festas eles faziam músicas na forma de poesia. Nas letras contavam a história da guerra entre os Kaiabi e os outros povos. Essa doença, *miraip*, foi trazida para o povo Kaiabi pelo inimigo. Essas duas doenças, *miraip* e *tyra*, eram incuráveis. As pessoas que tinham essas doenças fizeram várias tentativas de curar, mas infelizmente não havia remédio do mato que as curasse. Mas, depois do contato com os brancos, essa doença diminuiu porque eles descobriram ser a doença de Jorge Lobo, para a qual eles conhecem tratamentos. Outras doenças de pele são frequentes hoje porque as pessoas não lavam as roupas, por exemplo. Elas ganham roupas de outras pessoas e não as lavam antes nem depois de usar. Ou ainda, quando a pessoa deita na rede de outra que está com doença de pele também acaba pegando essa doença.

Para o povo Kamaiurá, segundo Sula Kamaiurá:

A doença de pele acontece quando o feiticeiro faz feitiços para uma pessoa e também acomete pessoas alérgicas a algum tipo de alimento, como arraia, jaú, mel etc. O mel pode

provocar feridas e a criança torna-se chorosa. Isso acontece quando mães e pais não respeitam as regras de alimentação durante a gestação.

Para o Povo Kisêdjê, segundo Poan Trumai Kaiabi:

A doença de pele para o povo Kisêdjê acontece porque as pessoas não respeitam as regras e não se cuidam (falta de higiene). Para cada tipo de doença há uma história específica.

Para o Povo Yudjá, segundo Tawaiku Juruna:

Para o povo Yudja, alguns tipos de doenças de pele são transmitidos pela natureza. Essas doenças aparecem nas pessoas de acordo com ambiente e por onde as pessoas passam. Acometem pessoas que caçam ou têm contato com vários tipos de plantas que podem dar alergia e provocar lesões na pele. Algumas plantas provocam coceiras, que costumam desaparecer sozinhas. Outras doenças de pele são causadas pela alimentação, por exemplo, o peixe jáú provoca nas crianças menores de dois anos um tipo de doença de pele, isso acontece normalmente, quando o pai e/ou a mãe não respeitam as regras tradicionais do seu povo. Esse tipo de lesão pode se dar na virilha e na axila, e incomoda muito. A borboleta também pode causar doença de pele. Crianças ou adultos que mexem na asa de algumas espécies de borboleta e passam a mão no corpo sem lavar, podem ser acometidos por manchas brancas na pele, no corpo inteiro. Uma pequena limpeza que a coruja faz no caminho do mato também causa micose nas pessoas, porque elas não percebem e pisam nesse lugar. Algumas doenças de pele também aparecem por causa da sujeira do rio. Tem uma doença de pele que ocorre nos dedos dos pés que, para o meu povo, é causada pela água da chuva. Mamão, cará e abóbora são alimentos proibidos para crianças pequenas, porque também podem causar problemas na pele.

Para o Povo Trumai, segundo Mataripé Trumai:

Para o meu povo as doenças de pele acontecem pelos seguintes motivos: comer alimentos que o organismo não aceita ou porque nunca comeram esses tipos de alimento, como arraia de pinta vermelha; quando a mãe e o pai não respeitam as regras tradicionais durante a gestação e amamentação; quando tomamos banho no rio sujo ou poluído etc. Os antigos Trumai acreditavam que ficar sentado todos os dias na porta de sua casa aumentava o risco de pegar *tanakura*, que é uma ferida crônica. Se o tratamento com erva medicinal não for feito, a doença pode se agravar e prejudicar a saúde da pessoa. Os antigos também acreditavam que sonhar todos os dias que está se arranhando com os dentes de peixe-cachorro (arranhadeira)

era sinal de que ele pegaria *yaw hut hut*, uma lesão avermelhada que vai aumentando na pele, deixando-a esbranquiçada e ao mesmo tempo descamada de tanto coçá-la.

Para o Povo Wauja, segundo Apayatu Wauja:

No meu povo, Wauja, acontece a doença de pele perigosa quando a pessoa coloca *ku-retse* (feitiço) no óleo de copaíba, usada nas festas para pintura, é por isso que acontecem alguns tipos mais graves de doenças de pele.

Para o Povo Ikpeng, segundo Mekirinpô Ikpeng, Piwara Horotowi Ikpeng, Melo-bo Kamaritá Ikpeng e Davids Penewô Y. Txicão:

Para o meu povo, a doença de pele existe desde o seu surgimento. As doenças de pele não aparecem sozinhas nas pessoas, elas acometem as pessoas que não respeitam as regras tradicionais, ou quando comem carne de recondo, ovos de formiga Kulu, parte do traseiro das aves, marimondo, paca ou capivara. A doença de pele pode existir desde o nascimento da criança, conforme os alimentos que os pais comem. Quando os pais comem os peixes chamados *yetepun*, *pitpirak* e *tangren*, a criança pode ter alergia. A doença de pele também é transmitida quando se deita em rede suja, contaminada. Por isso não deitamos em redes de outras pessoas.

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

Os procedimentos terapêuticos para as doenças de pele são empregados de acordo com o tipo de lesão, extensão, risco e evolução. A prevenção e o tratamento têm início dentro de casa, na família, com o uso de ervas, raízes, óleos e substâncias de conhecimento comum, como o açafraão, urucum, tucum, copaíba etc. Durante o processo de evolução da doença, podem ser chamadas outras pessoas, como os raizeiros, ou donos de determinada erva ou remédio, que detêm um conhecimento especializado e sabem como pedir para os espíritos, donos dos remédios, a permissão de uso e a cura para a doença. Os rezadores sabem as rezas corretas para cada tipo de problema, como a reza para curar o furúnculo entre os Kisêdjê. Os pajés são chamados quando a doença requer a intervenção dos espíritos e a comunicação com o sobrenatural ou o invisível, como nos diz Carmen Junqueira (2000). Atualmente, os profissionais de saúde da medicina ocidental, como os agentes de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeiros ou médicos são chamados para resolver os problemas de pele e muitas vezes trabalham em parceria com os especialistas tradicionais. A esse caminho per-

corrido pelo paciente e/ou seus familiares em busca da cura empregamos o nome de “itinerário terapêutico”, como nos apresenta Langdon (1994).

A seguir, alguns relatos sobre a classificação das doenças de pele e seus respectivos tratamentos³.

Para o povo Kisêdjê, segundo Poan Trumai Kaiabi:

As doenças de pele que existem na visão do povo Kisêdjê são:

Wa krâ yaká: manchas brancas, parecidas com as lesões da micose. Para os Kisêdjê, essas manchas que aparecem no corpo da pessoa são causadas pela arraia pintada doente; por isso os Kisêdjê não comem esse tipo de arraia, comem apenas a arraia normal, que é a que não tem pintas (manchas brancas). O tratamento para essa doença consiste em esquentar uma varinha, que é usada para fazer a ponta da flecha chamada *hwadô*, costuma-se usar uma recém-cortada, porque aquela que se usa na flecha não tem mais líquido, já está seca. Depois de cortar a vara, coloca-se na brasa do fogo para se extrair o líquido. Quando ele começa a sair, é passado no lugar onde há as manchas. Esse procedimento é mantido até que as manchas desapareçam.

Wa kraj kasaktxira: micose. Para os Kisêdjê o que provoca essa doença de pele é o jaú, por isso nós não comemos esse peixe. Essa micose é tratada com uma raiz chamada *kukhâj nhi-monsô*; ela deve ser aquecida no fogo, macerada ainda quente e passada no local da micose. A frieira no pé, *wahwaj tomtomtxi*, também é tratada com essa mesma erva.

Wanhikotxi: abscesso na pele. Para os Kisêdjê, segundo a sabedoria dos pajés (*mê katwân khet djê*), essa doença de pele é uma praga do espírito da natureza, que vai de casa em casa à procura das pessoas preguiçosas e das pessoas que não acordam cedo. É uma infecção que vem de dentro da pele, com inchaço, dor e febre. Quando a lesão estiver no ponto, deve-se usar *horé* (flecha) bem apontada para furá-la. Depois de tirar todo o pus de dentro, coloca-se no local um fio de buriti, para que não cicatrize logo, facilitando a saída do pus. Quando a pessoa percebe que a infecção melhorou, tira-se o fio de buriti, para que haja a cicatrização. Também é importante a reza de um especialista para diminuir logo o edema. Usam-se também folhas de batata e de mandioca, que devem ser aquecidas no fogo e colocadas em cima da lesão, para que o edema e a infecção não aumentem.

Kusê: furúnculo. É uma infecção na pele. É curada com os mesmos procedimentos realizados para *wanhikotxi*, menos o de furar com *horé*. Segundo os mais velhos, comer muito ovo facilita o aparecimento do furúnculo.

Mbeni: tipo de infecção na parte subcutânea da pele, que causa edema, hiperemia, febre alta, dor e, depois de um tempo, surge uma ferida com muitos pontinhos ao seu redor, característi-

3. Estes relatos foram extraídos das Pesquisas de Campo realizadas pelos agentes indígenas de saúde (AIS), que fazem parte do curso de formação desenvolvido pela Unifesp na área de abrangência do baixo, médio e leste Xingu, DSEI Xingu/MT.

cos dessa doença. A pessoa que contraiu essa doença não pode comer nenhum tipo de alimento doce, como banana, batata, mamão etc. Segundo o mito, se a pessoa comer esses alimentos doces a doença evolui muito rápido, podendo levar à morte. Essa doença não é transmissível, mas deve ser tratada, assim que contraída, por profissionais que saibam diagnosticá-la e não tenham medo nem dó. Ela não é fácil de ser diagnosticada, às vezes parece ser apenas uma ferida comum e a pessoa vai tratando só com remédio do mato, enquanto a lesão vai piorando. Mas quando é descoberta no início, a pessoa que é especializada em corte procura por uma concha que se encontra no fundo do rio, depois de encontrar a concha o doente é chamado, e o profissional retira a lesão cortando-a profundamente com essa concha. A pessoa que tem a doença sente muita dor, porque não se usa nada para anestesiá-la. O único tratamento é esse, e se a lesão não for bem tirada, a doença volta. Quando estiver muito avançada, ela não tem tratamento e pode levar à morte. Para os Kisêdjê, o que causa essa doença é um tipo de geleia de cor verde que fica no fundo da água, às vezes grudada numa pedra, tem característica de cera de mel, por isso tem esse nome de *mbeni*. Só as pessoas mais velhas é que sabem identificar a doença. É por isso que as pessoas não podem pegar essa geleia. As mães e os pais de crianças pequenas observam e orientam os filhos para que não peguem nessa geleia para brincar. Muitas vezes crianças brincam com *mbeni* que encontram no rio, mas a doença pode levar anos para aparecer. Não se usa nenhum remédio do mato nas lesões dessa doença.

Krâ Kabentxi: é uma inflamação da pele caracterizada por muito edema, dor, hiperemia e febre no local da lesão. Quando não é tratada, pode virar uma infecção, que deixa uma cicatriz muito feia (meio afundada). O tratamento é feito com tucum. Primeiramente o tucum é queimado no fogo e a pessoa deve defumar a lesão nessa fumaça, até que o tucum vire brasa. Depois, pega-se brasa do tucum e mistura-se com o próprio óleo de tucum. Essa mistura deve ser passada na região da lesão até que ela melhore. Quando a pessoa que está tratando a inflamação é um rezador, ele passa a mistura e vai rezando, assim a lesão melhora mais rápido.

Kupekratxi: qualquer machucado que vira uma ferida, podendo ser apenas uma inflamação, com ou sem pontos de pus. Pode ser por causa da picada de mosquito ou muito piolho, que costumam causar lesões infeccionadas na cabeça. É tratada com a seiva de uma folha chamada *hwisôsâyahoró*, que é extraída quando arranca-se folha do galho.

Mênhôôtxi: monilíase. São plaquinhas brancas iguais ao leite grudado na região bucal. Essa doença é tratada com o líquido de banana ou *hwîkajkhîrê* – tipo de madeira leve – que é cozido e levado à boca da criança ou do adulto.

Para o Povo Kaiabi:

As doenças de pele que meu povo conhece são: furúnculo, micose, escabiose, *miraip*, *pitemunat*, *ae jap*, *ae kai*, sarampo e catapora. Antigamente meu povo não conhecia essas doenças de pele que são sarampo e catapora. Então, não sabem como tratar.

Cada doença de pele tem um tratamento tradicional e algumas não têm tratamento. O tratamento para furúnculo é *muanpasing* e *ysineyp*; a raiz deve ser raspada e passada no local, no qual é feito um furo para o pus sair. Deve-se continuar passando a raiz no local até que a lesão melhore.

Não existe um tratamento tradicional para *miraip*, mas ela pode ser aliviada ou controlada. O que se faz é queimar dente de piranha e, depois de queimar, colocar um pouco de água nas cinzas. Em seguida você deve passar essa água com cinzas no local da lesão.

O tratamento para micose, *tyra*, é *pyaupiat* – um líquido verde e amargo, que fica grudado no fígado do peixe. O local da lesão deve ser raspado antes de se passar o remédio.

O tratamento tradicional para *ae jap* – ferida – é queimar a folha e a semente do algodão e *iniaywet*. É preciso colocar a lesão em cima da fumaça. A fumaça entra na ferida, ajudando-a a cicatrizar. Para *pitemunat*, o tratamento tradicional é pegar o timbó no mato, espremer seu veneno e dar um banho na pessoa com esse líquido. Também se usa a folha de *kaà kasing*: além de tomar banho com essa folha, o pajé também a passa no corpo da pessoa rezando e conversando com os espíritos.

O tratamento tradicional para *ae kai* ou *mirukai* – queimadura – é pegar uma cuia, reparti-la ao meio e tirar o miolo, que deve ser passado no local da lesão. Outro tratamento para essa doença é caçar, matar e tirar o sangue de uma jacutinga, para passar no local da lesão. Esse é o tratamento para queimadura.

Para o Povo Yudjá:

Existem alguns tipos de doenças de pele, como *iya-ibidamã*, *nasusu-ibidamã*, *pitxa-urahihĩ-ibidamã*, *pewapewa*, *bi'ata'ata*, *wareware seha*, *piata*, *kirĩta* e *hui'ĩ-apeta*.

Iya-ibidamã normalmente é tratado com óleo de inajá misturado com urucum. Para *nasusu-ibidamã* as pessoas usam uma planta trepadeira que fica na beira do rio, chamada *iyanauka*. *Bi'ata'ata* é o nome geral de coceira, prurido. *Piata* se trata com erva medicinal, principalmente uma frutinha. *Wareware seha* é tratada com *iyanauka*. O tratamento de *kirĩta* é feito com as fezes de um peixinho (carazinho). *Pitxa-urahihĩ* se trata com açafrão e um tipo de gengibre. A *pewapewa* é tratada com batata moqueada; outra forma de fazer com que a doença desapareça é uma pessoa encostar no doente sem avisar, se ele levar um susto e sair gritando, depois de alguns dias, a doença desaparece.

Para o Povo Trumai, segundo Aramy Trumai Kaiabi:

Existem várias doenças de pele no conhecimento do povo Trumai. A minha mãe me contou que *yaw kitsi kitsin* é causada pela picada de mosquito e muriçoca. Feridas comuns, *yaw elemxo*, são causadas por picada de formiga, carrapato e mosquito. *Yaw huts*

é um tipo de coceira que deixa a pele ressecada, grossa e descamada – como ela aparece, a minha mãe não disse. *Yaw patsae* são manchas brancas avermelhadas que aparecem no corpo quando comemos alguns alimentos que fazem mal à pele. O abscesso (*kutsut*) aparece na pele como picada de formiga e é doloroso. Essas são as doenças de pele no conhecimento Trumai.

Para todas as doenças de pele conhecidas pelo povo Trumai há remédio: para *yaw hut*, usa-se uma raiz chamada *saruiaw iwal*. Essa raiz é raspada, misturada com urucum ou *murukuiu* e água e deve ser passada quente no local, mas antes é preciso arranhar a pele para que o líquido da raiz entre na ferida. Durante o tratamento não se pode comer alguns tipos de peixes, como jaraqui, curimba e piauí. A raiz deve ser usada até a coceira sarar.

Para as manchas brancas (*yaw kitsikitsin*), tem um outro tratamento que chamamos de *tsinapai*, que é uma árvore que tem na beira do rio. Dessa árvore é tirada a massa da entrecasca, que deve ser misturada com urucum e água e aquecida para se passar no local. Há também uma raiz chamada *tsinon maskakwach*, um tipo de maracujá que tem no mato, que também é usada para essas doenças.

Para *tanakura* há dois remédios: o primeiro, chamado *tanakura oken*, parece uma cabeça. Ela deve ser aberta quando o sol esquenta, deve-se retirar as sementes de dentro dela, amassá-las e misturá-las com um pouco de água. A mistura deve estar morna quando for passada no local. O outro remédio tem o nome de *tehnene iat*, se parece com ciriguela, que também é usada no tratamento dessa doença.

O tratamento de abscesso (*kutskut*) é simples. É usada a semente de algodão e uma raiz. Para passar na ferida, a semente deve ser bem macerada e misturada com água. O remédio deve estar quente. É usado também o fio de buriti para deixar dentro da ferida, mas antes é preciso furá-la com dente de peixe-cachorro. Então é introduzido o fio de buriti, para que fique mais fácil de tirar toda a secreção.

Para as feridas (*yaw elemxo*), o tratamento é feito com uma frutinha que fica na beira do rio, essa frutinha é tirada, descascada, socada e misturada com água, como outros remédios. A mistura deve estar quente para passar nas feridas.

Em manchas brancas e avermelhadas (*yaw patsae*), o tratamento para essas lesões são duas raízes, a primeira é *ika'da patak*, folha larga; a outra é *ika'da supi*. Essas duas raízes são usadas da mesma maneira que os outros tratamentos tradicionais dos Trumai.

Para o Povo Kamaiurá, segundo Sula Kamaiurá:

Existem vários tipos de doença de pele, mas eles não sabem dar o nome próprio para essas doenças na língua portuguesa. Na língua indígena são: *tsitsinga ruijap*, *miruru* (ferida), *mirerona ruijap*.

Existem vários tipos de raízes para essas doenças, depende do diagnóstico do raizeiro. Usamos raízes: *janyparan*, *yrykuran*, *yrykujup* e *ka'api'i*.

Para o Povo Ikpeng, segundo Mekirinpô Ikpeng:

As doenças de pele que existem no conhecimento do meu povo são: *pilawat*, uma doença muito perigosa que é leishmaniose; *antango* também é uma doença perigosa e pode causar a morte; *peri* é uma ferida comum; *turi* é uma doença que fica durante a vida, ela nunca sara, seca por alguns dias, mas volta novamente; *mutu* é uma doença que fica na parte do “corpo externo”, pode coçar bastante e dói muito; *orek* é uma lesão dolorida, sem pus, fica dentro da pele, pode inchar muito e ficar grande.

Algumas doenças de pele existem até agora e outras não existem mais.

O tratamento tradicional para o meu povo é usar as ervas do mato, como: *kurium*, *tarik*, *angejewi*, *walap*. Esses são os remédios para as doenças de pele no conhecimento do meu povo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa reflexão busca dar subsídios para o trabalho de campo e apontar caminhos para o enfrentamento dos problemas relacionados às doenças de pele entre os povos indígenas.

Um caso interessante que vivenciei foi de uma criança com uma queimadura extensa no braço que procurou a Unidade Básica de Saúde (UBS). A família tinha passado algo que eu não conseguia identificar, resolvi limpar o local e fazer um curativo; no dia seguinte ela voltou à UBS sem o curativo e novamente com a mesma substância. Conversei com a mãe sobre a importância de deixar limpo o local e refiz o curativo. No seu retorno a situação se repetiu. Então conversei com a mãe com ajuda de um Agente Indígena de Saúde (AIS) sobre o que elas estavam usando e resolvemos manter o tratamento tradicional. Orientamos a família para deixar o local coberto, sendo que o AIS iria observar os sinais de inflamação. Em uma semana estava totalmente cicatrizado. Eu só entendi o que estava ocorrendo quando perguntei o que estavam usando para queimadura e me explicaram como era feito, onde pegavam e para que servia. Dessa forma, parei de querer impor o que eu achava que era o correto e consegui respeitar sua cultura e conciliar os meus cuidados com o da mãe [relato de uma enfermeira da equipe de saúde local].

Para o acompanhamento dos casos e a intervenção terapêutica é fundamental ter em conta as explicações e os procedimentos terapêuticos tradicionais

indígenas, em busca do diálogo, de uma negociação para alcançar resultados positivos.

A compreensão do processo saúde-doença em suas diferentes dimensões, a associação de processos terapêuticos e a perspectiva do diálogo devem nortear as ações dirigidas a esses povos.



TAWAIKU

Desenho de Tawaiku Juruna, agente indígena de saúde. Pintura Corporal do Povo Yudja, PIX.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BUCHILLET, D. 1991. “A Antropologia da Doença e os Sistemas Oficiais de Saúde”. *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. Belém, Ed. Cejup.
- JUNQUEIRA, C. 2000. “O Mundo Invisível”. *Revista Margem*, Faculdade de Ciências Sociais, PUC-SP. São Paulo, Fapesp, 10, pp. 129-138.
- CLASTRES, P. 2000. “Da Tortura nas Sociedades Primitivas”. *A Sociedade contra o Estado – Pesquisas de Antropologia Política*. São Paulo, Cosac Naify.
- DAOLIO, J. 1995. *Da Cultura do Corpo*. Campinas, Papirus.
- INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL (ISA). 2010. *Povos Indígenas no Brasil: Ikpeng*. Disponível em <http://pib.socioambiental.org/pt/ikpeng>, acesso em mar.
- KAIABI; ARAMUT; ARASI; ARUTA; KWARIUP; PIRAPY; TAFAREJUP; TAMAKARI; WYRA'WAT & YEFUKA. 2007. “Tradução do Mito de Origem dos Alimentos”, documento elaborado durante o Curso dos Agentes de Saúde, nov.
- LANGDON, E. J. 1994. “Representações de Doenças e Itinerário Terapêutico dos Siona da Amazônia Colombiana”. *Saúde e Povos Indígenas*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz.
- _____. 1995. “A Doença como Experiência: A Construção da Doença e seu Desafio para a Prática Médica”. In: *Conferência 30 Anos Xingu*. São Paulo, Escola Paulista de Medicina (palestra).
- LE BRETON, D. 2006. *A Sociologia do Corpo*. Petrópolis, Editora Vozes.
- MENDONÇA, S. B. M. 2007. *Relatório do Curso de Formação dos Agentes Indígenas de Saúde do Médio, Baixo e Leste Xingu – Módulo sobre Meio Ambiente, Doenças de Pele e Parasitoses Intestinais*, jun. PIX.
- Revista Margem*. 1999. Faculdade de Ciências Sociais, PUC-SP/Fapesp, São Paulo, v. 10, pp. 129-138.

II
LESÕES ELEMENTARES
NO EXAME DERMATOLÓGICO

A descrição da lesão elementar permite direcionar o diagnóstico das doenças dermatológicas a partir do reconhecimento das lesões da pele e é parte fundamental do exame físico dermatológico. Definindo-se o diagnóstico é que se pode indicar o melhor tratamento do doente. A seguir, amostras dos exames dermatológicos de algumas lesões elementares mais encontradas nos povos indígenas, segundo a nossa observação no trabalho de campo.

PÁPULA

Lesão de conteúdo sólido, elevada, com tamanho menor que 1 cm (Figura 1).

PLACA

Lesão de conteúdo sólido, elevada, com tamanho maior que 1 cm, geralmente de superfície plana (Figura 2).

NÓDULO

Lesão de conteúdo sólido, de formato arredondado (“caroço”) que pode apresentar-se como uma elevação na pele ou como uma lesão mais profunda, com tamanho maior que 1 cm (Figura 3).

VERRUCOSIDADE

Lesão de conteúdo sólido, com superfície irregular e branco-amarelada (Figura 4).

VESÍCULA

Lesão de conteúdo líquido e claro, menor que 1 cm (Figura 5).

BOLHA

Lesão de conteúdo líquido, medindo mais de 1 cm (Figura 6).

PÚSTULA

Lesão de conteúdo purulento (amarelado), com menos de 1 cm (Figura 7).

MANCHAS ERITEMATOSAS

Alteração da cor, geralmente avermelhada, que desaparece quando se aperta a lesão (dígito-pressão) (Figura 8).

MANCHAS HIPOCRÔMICAS E ACRÔMICAS

Alteração da cor da pele, que se torna mais clara que a pele normal (hipocromia) (Figura 9), ou com coloração totalmente branca (acromia) (Figura 10).

MANCHAS HIPERCRÔMICAS

Alteração da cor da pele, que se torna mais escura que a pele normal (Figura 11).

EDEMA

Extravasamento de líquidos nas camadas da pele, dando aspecto inchado, podendo se apresentar com a cor natural da pele ou com eritema (Figura 12).

ÚLCERAS

Perda da solução de continuidade da pele (“ferida”) (Figura 13).

ESCAMAS

Perda de camadas superficiais da pele (“descamação”) (Figura 14).

CROSTAS

Lesões que recobrem áreas em que há perda de solução de continuidade da pele (úlceras ou bolhas rompidas). Funcionam como um “curativo biológico” (Figura 15). A crosta pode ser da cor de mel (melicérica) ou castanho-avermelhada (hemática).



Figura 1. Pápulas na região dorsal.



Figura 2. Placa com descamação e úlceras rasas na sua superfícies, localizada na perna.



Figura 3. Nódulo recoberto por pele normal, na região cervical posterior.



Figura 4. Verrucosidade (pápula com superfície verrucosa) na perna.



Figura 5. Vesícula no pescoço.



Figura 6. Bolhas de conteúdo claro no abdome.



Figura 7. Pústulas sobre base eritematosa no dorso.



Figura 8. Manchas eritematosas no antebraço e no dorso da mão.



Figura 9. Mancha hipocrômica no antebraço.

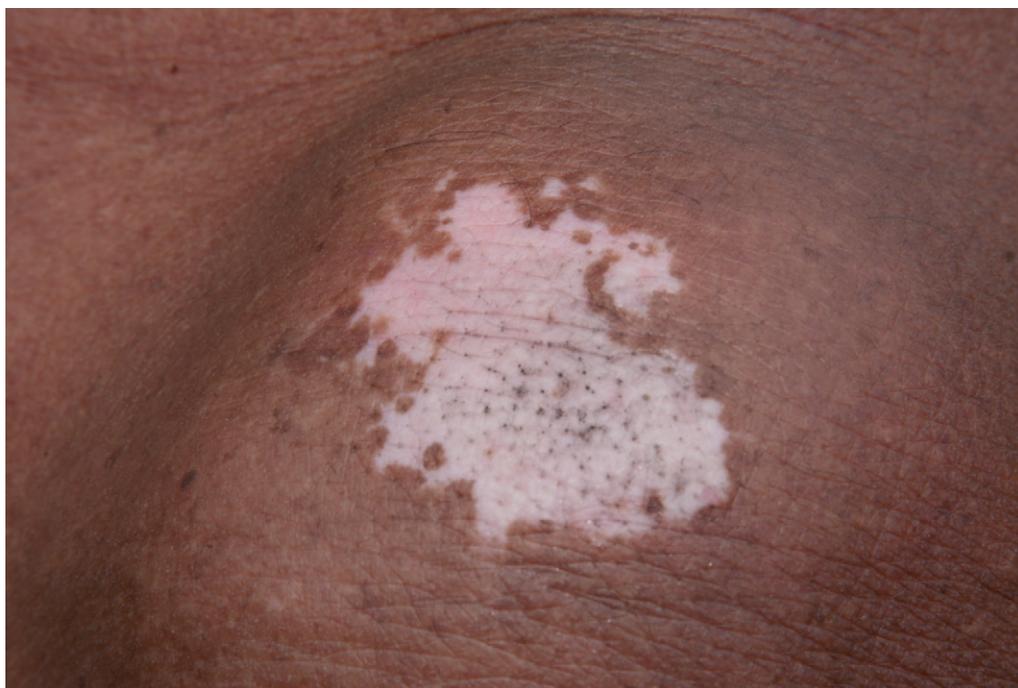


Figura 10. Mancha acrômica no ombro.



Figura 11. Manchas hipercrômicas na coxa.



Figura 12. Pápulas e placas edematosas no dorso (edema).



Figura 13. Úlcera na coxa.



Figura 14. Escama e eritema na perna.

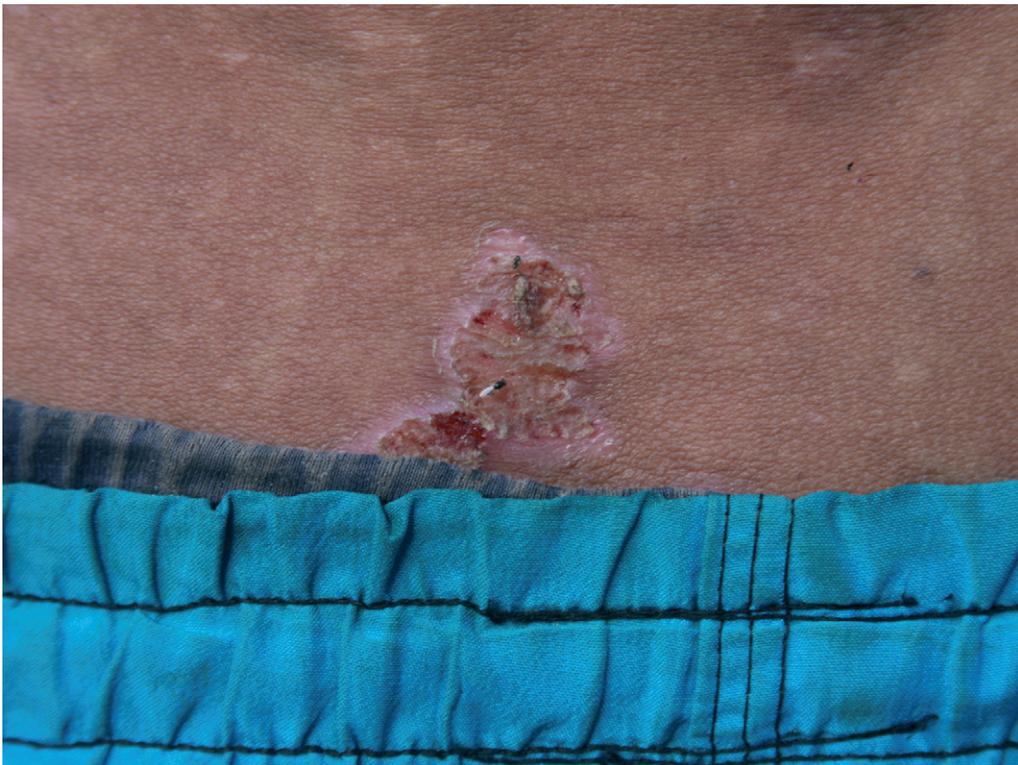


Figura 15. Crostas recobrimdo úlcera na região dorsal.

III
DOENÇAS CAUSADAS
POR BACTÉRIAS*

* A seguir, estão descritas as doenças dermatológicas abordadas neste *Atlas*, sendo que no item Tratamento de cada doença, optou-se por citar os procedimentos e medicamentos recomendados, sem estipulação de esquemas terapêuticos (doses e tempo de tratamento), pois, em algumas situações, há mais de uma opção de tratamento e pode haver diferenças de condutas entre os diferentes serviços médicos.

1. Impetigo

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

Doença de pele causada por bactérias, principalmente *Staphylococcus aureus* e *Streptococcus pyogenes*.

EPIDEMIOLOGIA

É doença comum, mais frequente em crianças e muito contagiosa. Essa infecção superficial pode ser resultado de contaminação de alguma lesão preexistente ou do ato de coçar a pele.

No Parque Indígena do Xingu (PIX), durante a época das cheias (meses de novembro a abril), existe uma grande proliferação de mosquitos, e o prurido (coceira) provocado pela picada desses insetos pode evoluir com escoriações, que se tornam porta de entrada para bactérias, resultando frequentemente no impetigo.

QUADRO CLÍNICO

Pústulas e bolhas com conteúdo purulento e eritema na base da lesão são características. Pus e crostas podem estar localizados em qualquer local da pele, mas são mais frequentes no rosto, membros superiores e membros

inferiores (Figuras 16, 17 e 18). Se não tratada adequadamente, pode evoluir para infecções mais profundas como a erisipela.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

Na maior parte dos casos, o diagnóstico é feito pelo quadro clínico. Quando necessário, realiza-se coleta de material (pus ou secreção) para realização de exames bacterioscópico e cultura para bactérias. A forma ideal de coletar o material é encontrar uma pústula íntegra e, após limpeza local, romper a pústula com uma pequena agulha estéril e coletar o pus com cotonete estéril.

TRATAMENTO

1. Limpeza das lesões com água e sabonete ou com soro fisiológico várias vezes por dia.
2. Antibióticos locais: quando há poucas lesões, utilizam-se antibióticos locais duas vezes ao dia (neomicina creme, gentamicina creme, mupirocina 2% creme, ácido fusídico 2% creme). Se houver muitas lesões ou se o paciente estiver com febre ou outros sintomas, utilizam-se antibióticos sistêmicos (penicilinas, cefalosporinas, macrolídeos).



Figura 16. Impetigo. Lesões ulceradas e com crostas sobre base eritematosa na perna.



Figura 17. Impetigo. Acometimento extenso no dorso e nas nádegas.



Figura 18. Impetigo. Lesões no pavilhão auricular (localização frequente em crianças).

2. Folliculite Bacteriana

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

É uma infecção da pele, causada pelo *Staphylococcus aureus*, que pode ser superficial ou profunda. Relaciona-se com o folículo piloso (estrutura por onde sai o pelo).

EPIDEMIOLOGIA

É uma doença que pode ocorrer em qualquer idade, sendo que as formas mais profundas, relacionadas com o pelo, ocorrem em adultos.

A folliculite bacteriana não parece incidir com maior frequência nos povos indígenas, comparando-se com a população caucasiana ou negra.

QUADRO CLÍNICO

A forma superficial também é conhecida como ostiofolliculite ou impetigo de Bockhart e apresenta-se como pústula localizada na saída do pelo que, ao romper, evolui com formação de crosta. Por ser superficial, não destrói o folículo piloso, preservando o pelo. É uma forma de impetigo de localização folicular (Figura 19).

A forma profunda denominada sicose da barba caracteriza-se por pústulas foliculares, que podem evoluir para cronicidade

se não forem adequadamente tratadas. Deve ser diferenciada da sicose tricofítica (provocada por fungos), por meio dos exames micológico e bacterioscópico, pois o quadro clínico pode ser indistinguível.

Há outra forma profunda, o hordéolo ou terçol, que acomete a região ciliar das pálpebras (glândulas de Meibomius) com formação de pústula e/ou nódulo eritematoso doloroso. Lesões pruriginosas na pálpebra, dermatite seborreica nos cílios e vícios de refração podem ser fatores predisponentes.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

A cultura para fungo ou para bactérias é indicada quando há dúvida no diagnóstico da causa. Não raro a terapia de prova com antibióticos é utilizada, descartando a etiologia fúngica.

TRATAMENTO

1. Cuidados locais: lavagem com água e sabonete.
2. Antibióticos locais: tratamento semelhante ao do impetigo. Nos casos extensos, o uso de antibióticos sistêmicos é indicado (mesmas medicações descritas para o impetigo).



Figura 19. Foliculite. Pústulas de localização folicular sobre base eritematosa na perna.

3. Erisipela e Celulite

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

Doença de pele e do tecido subcutâneo causada por bactérias, principalmente estreptococos beta-hemolíticos.

EPIDEMIOLOGIA

É doença comum e pode ocorrer em qualquer idade. Pode ser uma complicação de outras doenças de pele causadas por bactérias (como o impetigo), por fungos (como a tinha do pé) ou por traumas (úlceras traumáticas ou relacionadas a varizes).

Complicações como a erisipela ou a celulite não são mais frequentes na população indígena, comparada à população que vive em meios urbanos.

QUADRO CLÍNICO

O paciente normalmente apresenta febre, calafrios e queda do estado geral. A área da pele afetada fica avermelhada (eritematosa), edematosa, quente e dolorosa (Figura 20). Podem surgir bolhas com conteúdo purulento, representando um sinal de gravidade da doença (infecção por *Staphylococcus aureus*).

Ocorrem com maior frequência na face e nos membros inferiores, mas podem acometer qualquer área do corpo. A celulite é um quadro infeccioso mais profundo, e quando ocorre na face é bastante grave.

Em pacientes com diabetes melito, obesidade ou varizes nas pernas, a erisipela é mais comum.

A bactéria causadora normalmente penetra por alguma ferida na pele como micoses dos pés, ferimentos, impetigo w. (porta de entrada).

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

O diagnóstico é clínico, não sendo necessários exames subsidiários.

TRATAMENTO

Antibioticoterapia sistêmica: o uso do antibiótico sistêmico é obrigatório (penicilinas, cefalosporinas, macrolídeos, sulfas). Se houver algum quadro cutâneo que funciona como “porta de entrada” para as bactérias (como micose dos pés), deve-se tratá-la também.



Figura 20. Erisipela. Área com eritema, aumento da temperatura local e edema na perna.

4. Furúnculo e Abscesso

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

O furúnculo acomete o complexo pilosebáceo, relacionando-se, portanto, ao pelo. Em geral, o agente infeccioso é a bactéria do gênero *Staphylococcus*.

EPIDEMIOLOGIA

O furúnculo é mais comum no adulto e pode ser decorrente de um pelo encravado. É um processo que na maioria das vezes pode resultar em uma cicatriz.

QUADRO CLÍNICO

O furúnculo inicia-se como pústula folicular ou nódulo eritematoso com aumento da temperatura local e dor, evolui para liquefação e drenagem dando saída ao pus e eliminação do carnicão. Pernas, coxas e nádegas são os locais mais comumente atingidos, mas pode acometer qualquer parte do corpo (Figuras 21 e 22).

O antraz é formado por múltiplos furúnculos. Acomete folículos pilosos contíguos

que, ao confluírem, formam placa nodular eritematosa, dolorosa, com aumento de temperatura, e posteriormente apresentam múltiplos pontos purulentos de drenagem.

A miíase furunculoide pode trazer confusão diagnóstica com o furúnculo, mas a presença do orifício pelo qual a larva respira e a saída de secreção serosa persistente auxiliam na diferenciação. O paciente relata sensação de fisgadas no local, enquanto no furúnculo a dor é mais contínua.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

A cultura para bactérias é indicada quando houver dúvida diagnóstica. A amostra pode ser coletada com um cotonete de algodão estéril e o material deve ser colocado em meio de cultura apropriado.

TRATAMENTO

O tratamento deve ser feito sempre com antibióticos sistêmicos (mesmas medicações descritas para o impetigo).



Figura 21. Furúnculo. Nódulo na axila com eritema e aumento da temperatura local.



Figura 22. Furúnculo. Nódulo no tronco com eritema e aumento da temperatura local.

5. Úlcera de Buruli

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

Doença causada por uma micobactéria chamada *Mycobacterium ulcerans* que produz uma toxina necrotizante e imunossupressiva chamada *mycolactone*.

EPIDEMIOLOGIA

Ocorre em regiões tropicais e subtropicais, especialmente no continente africano. Profissionais de países com condições climáticas e socioeconômicas como o Brasil devem ficar atentos a esse diagnóstico. As crianças de até quinze anos são as mais acometidas (75% dos casos). A transmissão se faz por provável inoculação traumática e está relacionada com o ambiente (rios, matas, agricultura, insetos). Não há transmissão interpessoal.

QUADRO CLÍNICO

As lesões são de crescimento lento e com caráter necrotizante. Existem formas ulceradas e não ulceradas (pápulas, nódulos, placas,

edema; Figura 23) que podem evoluir para úlceras. A osteomielite ocorre em aproximadamente 10% dos casos e pode evoluir para deformidades ou amputações.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

Como o quadro clínico é muito variável e é difícil a diferenciação com outras doenças tropicais, é necessária a confirmação diagnóstica com a realização de biópsia de pele. O material coletado deve ser enviado para a realização de exame anatomopatológico (Figura 24), exame direto e cultura para micobactérias. Em algumas situações, exames mais especializados podem ser necessários (PCR – reação de polimerase em cadeia).

TRATAMENTO

O tratamento cirúrgico é recomendado, principalmente na lesão inicial. O tratamento com antibióticos sistêmicos (rifampicina e estreptomicina) deve ser realizado, porém não é muito efetivo.



Figura 23. Micobacteriose. Nódulos na perna com eritema e descamação.

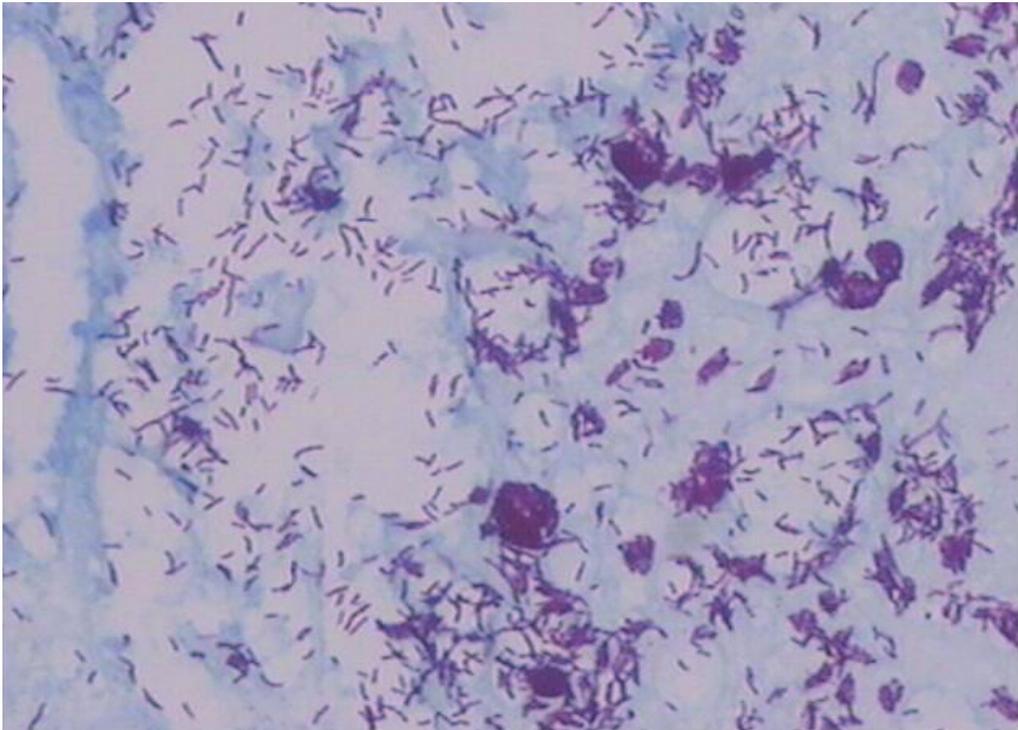


Figura 24. Grande quantidade de micobactérias (anatomopatológico/coloração de Fite-Faraco/aumento de duzentas vezes). Fotografia cedida pela Dra. Mílvia M. S. S. Enokihara.

IV
DOENÇAS CAUSADAS
POR FUNGOS

1. Tinhas (Dermatofitoses) e Granuloma Tricofítico

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

São doenças causadas por fungos denominados dermatófitos que acometem a pele, os pelos e as unhas, e cuja característica é a sua afinidade pela queratina presente nesses locais.

EPIDEMIOLOGIA

São doenças comuns, frequentes em crianças e adultos, acometendo a maioria dos idosos. A transmissão ocorre por contato pessoal, com animais (cães, gatos) ou com a terra.

O agente mais comum é o *Trichophyton rubrum*, que causa as lesões nas unhas, pés e virilha. O *Microsporum canis*, que parasita animais, como o gato (que pode ser portador assintomático, ou seja, não apresentar os sinais da doença) ou o cão (que em geral apresenta lesões com queda de pelo) pode causar lesões na pele do corpo humano.

QUADRO CLÍNICO

Pode atingir qualquer local do corpo, inclusive cabelos e unhas. As doenças recebem nomes de acordo com a área do corpo que atingem: tinha do corpo, tinha do pé, tinha do couro cabeludo, onicomicose (unhas), tinha inguinal (virilha).

No corpo (tinha do corpo), caracteriza-se por lesões com bordas bem definidas, avermelhadas (eritematosas), descamativas (que descascam), em forma anular (lembram um

anel) e que normalmente coçam. Podem ser únicas ou múltiplas (Figuras 25 e 26).

A tinha do pé é muito comum entre os indivíduos que utilizam sapatos fechados, com aumento da transpiração do pé. Pode ocorrer com lesões agudas no vão dos dedos, caracterizadas pelo mau cheiro, maceração (a queratina se torna esbranquiçada) e coceira. Pode ocorrer também de forma crônica, com descamação seca dos pés.

Quando atinge o couro cabeludo (tinha do couro cabeludo), normalmente apresenta queda de cabelos e descamação na área sem cabelos (alopécia). Essa forma é comum nas crianças (Figura 27).

Nas unhas (onicomicose), inicialmente há descolamento de parte da unha e evolui com engrossamento da lâmina ungueal. Ela fica amarelada e com aspecto poroso (fofo), parecendo unhas grossas.

As regiões inguinal (virilhas) ou crural (coxas) podem ser atingidas, principalmente nos homens (tinha inguinal). Em geral ocorre nos meses mais quentes com o uso de roupas justas e umidade no local. A lesão é eritematosa e descamativa, com prurido intenso no local.

Existe uma forma particular da dermatofitose, na qual o fungo se instala profundamente, provocando uma foliculite e perifoliculite chamada granuloma tricofítico. Clinicamente, a lesão é eritemato-papulosa

ou pápulo-pustulosa, localizada nas extremidades ou na face (Figura 28).

DIAGNÓSTICO

Além do quadro clínico, pode-se fazer o exame micológico direto: faz-se uma raspagem da borda das lesões (com uma lâmina de vidro ou com uma lâmina de bisturi), coloca-se o material raspado numa lâmina de vidro, pinga-se uma gota de solução de KOH (hidróxido de potássio) a 10% e cobre-se com uma lamínula. Depois de uma hora, através do microscópio procuram-se estruturas dos fungos (Figura 29). A cultura para fungos permite determinar

a espécie do fungo. Esse exame é realizado com as escamas da pele, que devem ser colocadas em um meio especial e observadas durante pelo menos quatro semanas.

TRATAMENTO

Geralmente o tratamento com medicações tópicas é suficiente (clotrimazol, miconazol, terbinafina, amorolfina, cetoconazol, entre outros).

Quando o quadro for muito extenso ou quando houver tinha do couro cabeludo, é preciso utilizar medicamentos sistêmicos (fluconazol em doses semanais, itraconazol, griseoflúvina, terbinafina).



Figura 25. Tinha do corpo. Lesão descamativa extensa na face posterior do pescoço e dorso.



Figura 26. Tinha do corpo. Lesão descamativa com borda eritematosa na perna.



Figura 27. Tinha do couro cabeludo. Área do couro cabeludo com descamação, crostas e perda de cabelos (alopécia).



Figura 28. Tinha da face. Placa descamativa e eritematosa na face.

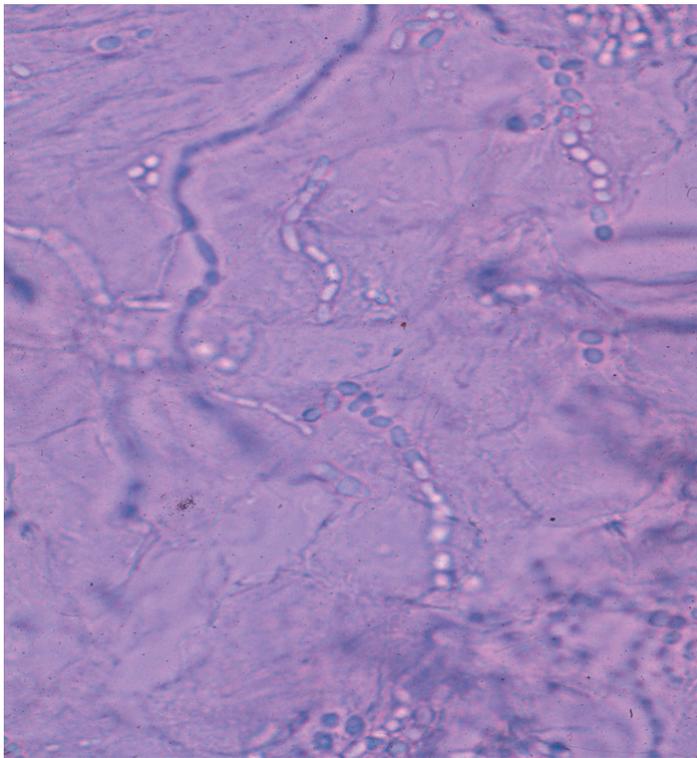


Figura 29. Exame Micológico Direto/Dermatófitos/KOH 10%. Fotografia cedida pelo dr. Alberto Salebian.

2. Pitiríase Versicolor

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

É uma doença de pele causada por fungos do gênero *Malassezia*.

EPIDEMIOLOGIA

É doença comum que atinge os adultos e excepcionalmente as crianças antes da puberdade. Ela não é tão transmissível como as outras micoses superficiais, sendo mais comum em épocas quentes e úmidas. As lesões tornam-se mais evidentes após exposição ao sol, em decorrência de um contraste de cores, pois o local parasitado não se bronzeia.

QUADRO CLÍNICO

Surgem manchas brancas, eritematosas ou acastanhadas, geralmente arredondadas e com descamação fina. Normalmente atin-

gem costas, peito, pescoço, face, e braços. As lesões não costumam coçar (Figuras 30, 31, 32 e 33).

DIAGNÓSTICO

Além do quadro clínico, pode-se fazer o exame micológico direto, como os realizados para os fungos dermatófitos.

TRATAMENTO

Geralmente, o tratamento com medicações tópicas é suficiente (clotrimazol, miconazol, terbinafina, amorolfina, cetoconazol, entre outros), além do uso de medicações em forma de xampus (cetoconazol, ciclopirox olamina, zinco piritionato, sulfeto de selênio).

Quando o quadro for muito extenso, é possível utilizar medicamentos sistêmicos (fluconazol em doses semanais, itraconazol).



Figura 30. Pitiríase versicolor. Manchas hipocrômicas arredondadas, com descamação fina, na face.



Figura 31. Pitiríase versicolor. Manchas hipocrômicas arredondadas, com descamação fina, na face.



Figura 32. Pitiríase versicolor. Manchas hipocrômicas arredondadas, com descamação fina, no tronco.



Figura 33. Pitiríase versicolor. Manchas hipocrômicas arredondadas, com descamação fina, no braço.

3. Paroníquia

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

É uma doença de pele causada por fungos do gênero *Candida*, podendo sofrer infecção secundária por bactérias do gênero *Staphylococcus*.

EPIDEMIOLOGIA

É doença comum, atingindo principalmente adultos que expõem continuamente as mãos à umidade (água).

QUADRO CLÍNICO

Ocorre um inchaço na região periungueal (próxima à cutícula), que inicialmente se torna eritematosa e edematosa. Com o tempo a região torna-se infiltrada ou endurecida (Figura 34). Quando ocorre infecção bacteriana secundária, a região inflama novamente com dor no local e saída de pus. Quando a doença se torna crônica, ocorre uma deformidade da unha, ela fica irregu-

lar, amarelada e espessa. O quadro se parece muito com a onicomicose por dermatófito.

DIAGNÓSTICO

O exame micológico direto pode ser realizado, entretanto, quando ocorre infecção secundária, a positividade torna-se mais baixa.

TRATAMENTO

Geralmente o tratamento com medicações tópicas, na forma de creme, é suficiente. Podem-se usar nistatina ou derivados azólicos (cetoconazol, miconazol, clotrimazol), aplicados duas vezes ao dia, até a cura clínica. A cura da alteração da unha é mais difícil. Quando houver infecção secundária por bactéria, utiliza-se antibioticoterapia local (gentamicina, neomicina, mupirocina, ácido fusídico em creme), podendo ser associada a corticosteroides (associação betametasona com gentamicina, por exemplo).



Figura 34. Paroníquia. Eritema, edema e descamação na região periungueal.

4. Tinha Imbricata

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

É uma doença muito rara, causada pelo fungo *Trichophyton concentricum*.

EPIDEMIOLOGIA

Essa doença ocorre em regiões tropicais, tendo sido descrita no Parque Indígena do Xingu no passado.

QUADRO CLÍNICO

Caracteriza-se pela presença de lesões descamativas com disposição concêntrica (em círculos regulares), localizadas no tronco, braços e coxas (Figuras 35, 36 e

37). A apresentação clínica pode ser disseminada.

DIAGNÓSTICO

O exame micológico direto pode indicar a presença do fungo. Entretanto, somente a cultura pode definir a espécie fúngica.

TRATAMENTO

O tratamento é feito com as mesmas medicações tópicas utilizadas para os tratamentos das tinhas (clotrimazol, miconazol, terbinafina, amorolfina, cetoconazol, entre outros). Lesões extensas podem ser tratadas com antifúngicos sistêmicos.

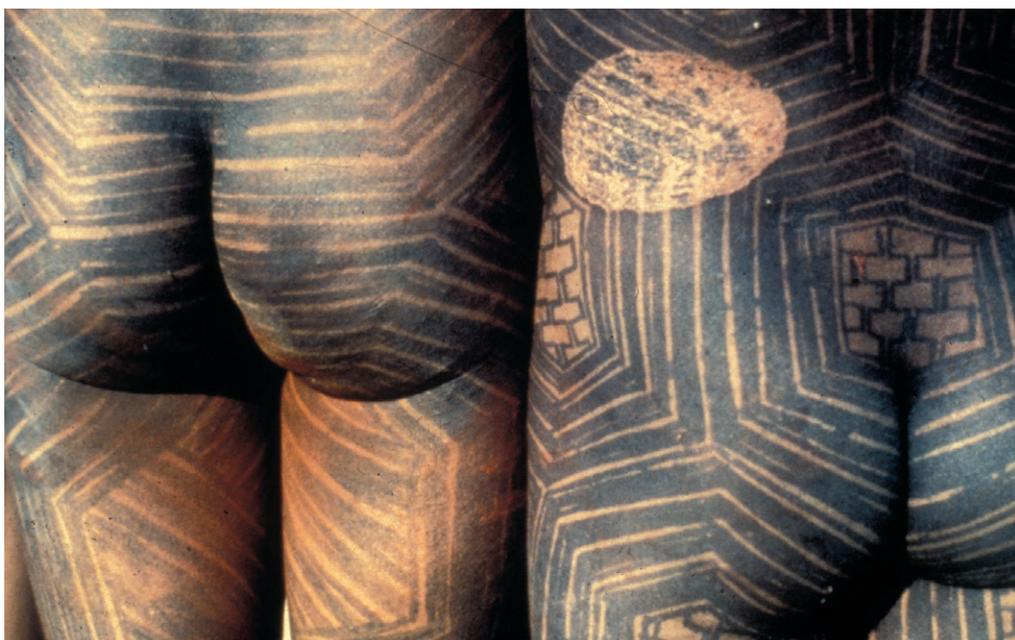


Figura 35. Tinha imbricata. Lesão descamativa de formato arredondado na região lombosacra esquerda, na qual a pintura não adere.

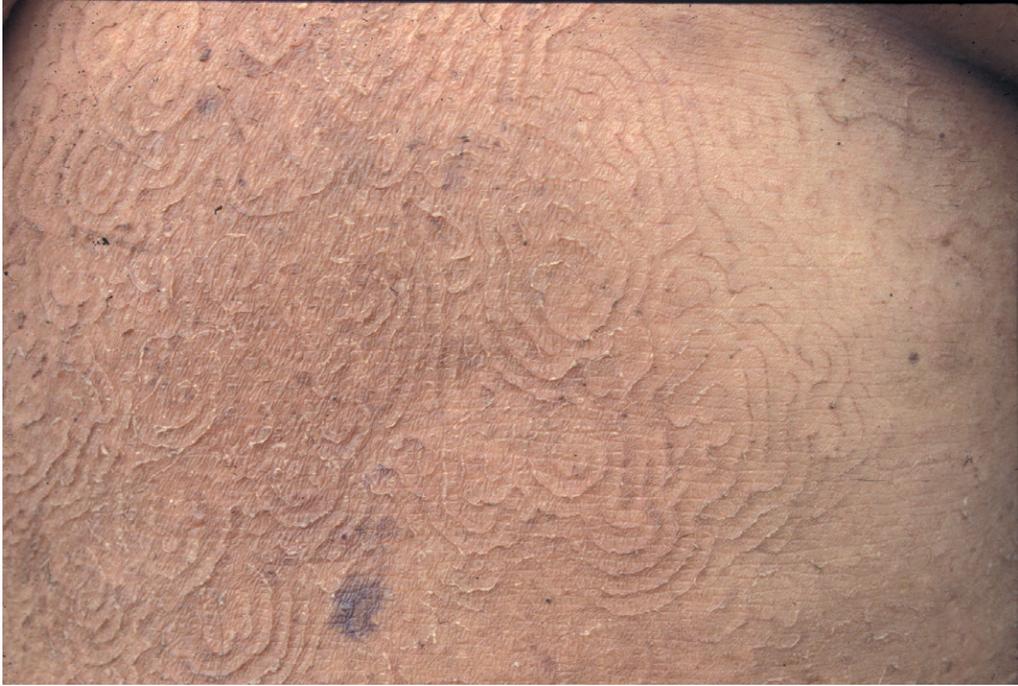


Figura 36. Tinha imbricata. Lesões descamativas formando círculos concêntricos.

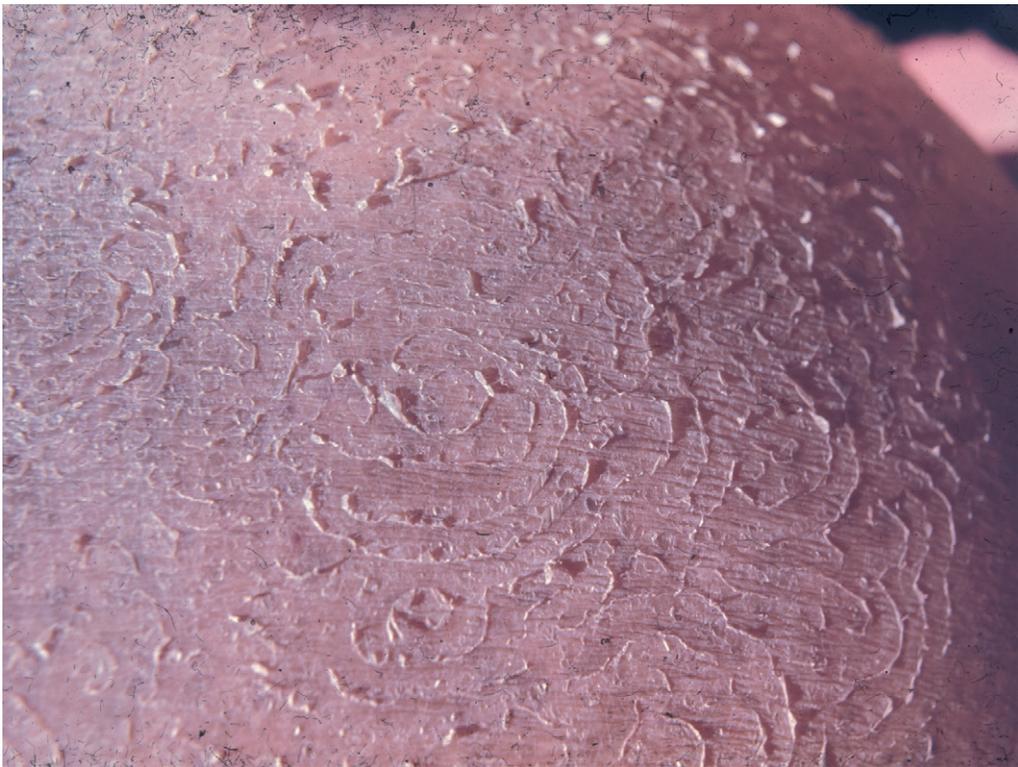


Figura 37. Tinha imbricata. Lesões descamativas formando círculos concêntricos.

5. Piedra Preta

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

É uma doença de pele causada pelo fungo *Piedraia hortae*.

EPIDEMIOLOGIA

Essa doença ocorre em regiões tropicais, acometendo ambos os sexos e pode ser observada em todas as idades.

QUADRO CLÍNICO

Nota-se o aparecimento de nódulos enegrecidos, de consistência endurecida e bem aderentes (Figuras 38 e 39). Ocorre mais

comumente nos cabelos da região frontal; entretanto, pode acometer também barba, bigode e pelos da região pubiana.

DIAGNÓSTICO

O exame micológico direto do pelo parasitado pode fechar o diagnóstico (Figura 40). A espécie fúngica pode ser determinada por meio da cultura para fungos.

TRATAMENTO

O tratamento pode ser feito por meio do corte do cabelo com a retirada dos nódulos.



Figura 38. Piedra preta. Pequenos nódulos enegrecidos aderidos aos cabelos.

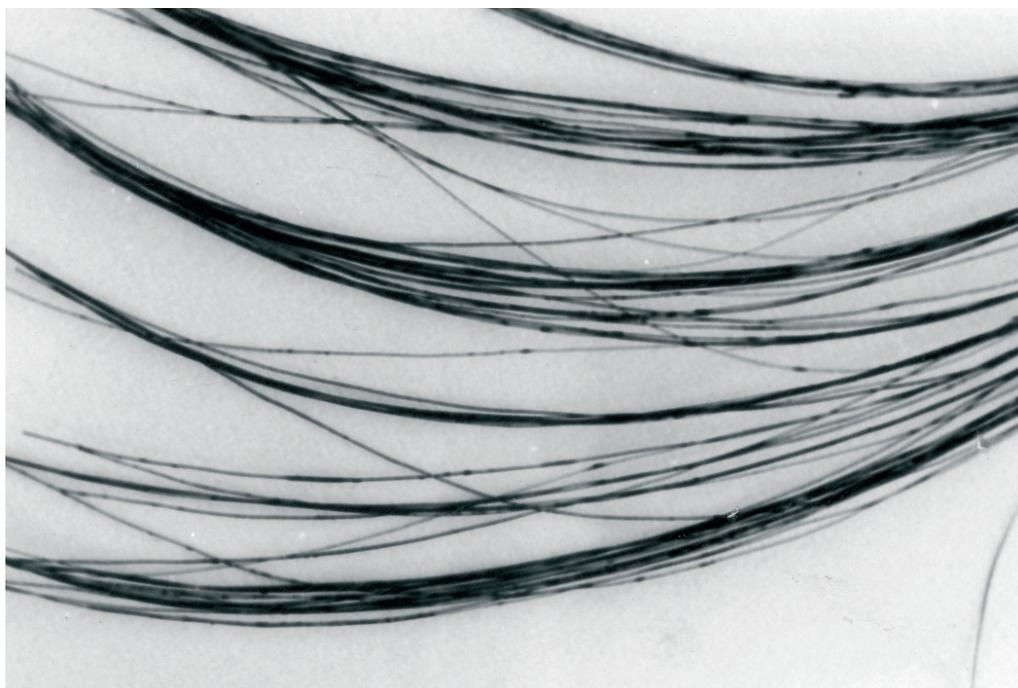


Figura 39. Piedra preta. Pequenos nódulos enegrecidos aderidos aos cabelos.



Figura 40. Piedra preta. Pequeno nódulo enegrecido aderido ao fio do pelo (microscopia óptica). Fotografia cedida pela profa. dra. Olga F. Gompertz.

6. Doença de Jorge Lobo

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

Trata-se de uma doença de pele e do tecido subcutâneo, causada pelo fungo *Lacazia loboi*. Também chamada de “miraip” entre os índios Caiabi.

EPIDEMIOLOGIA

É uma doença rara no mundo, ocorre principalmente na região amazônica, sendo encontrada em indivíduos que frequentam as matas. Há considerável número de casos entre os índios Caiabi. Não se conhece o modo de transmissão, entretanto, entre os Caiabi, acredita-se que a doença foi adquirida no seu território original, fora do Parque Indígena do Xingu (PIX). Casos têm sido descritos em ribeirinhos amazonenses. Como nunca houve um caso novo desde a migração dos Caiabi para o PIX, há mais de quarenta anos, pressupõe-se que a doença provavelmente não se transmite de pessoa para pessoa.

A doença também foi encontrada em algumas espécies de golfinhos.

QUADRO CLÍNICO

Diversos tipos de lesões de pele são observadas: nódulos ou placas (caroços) de cor

avermelhada e de consistência endurecida, assim como lesões atróficas e lesões que lembram cicatrizes (queloides). Úlceras (feridas) podem ser observadas tanto nos nódulos como nas lesões atróficas. As lesões podem atingir qualquer região do corpo, podendo ser únicas ou múltiplas (Figuras 41, 42, 43 e 44). A doença não altera a saúde geral do paciente, a não ser que haja complicações, como infecções por bactérias. A transformação em câncer de pele é rara, mas pode ocorrer.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

A confirmação do diagnóstico é feita por exame micológico direto, biópsia da pele e análise microscópica, que demonstram grande quantidade de estruturas fúngicas (Figura 45). Esse fungo não cresce em meio de cultura.

TRATAMENTO

É de difícil tratamento, pois não se conhecem medicamentos eficazes contra essa doença. Em alguns casos, a retirada cirúrgica das lesões pode curar o paciente, principalmente quando realizada precocemente (na fase inicial da lesão e quando há poucas lesões).



Doença de Jorge Lobo.

Figura 41. Placas de aspecto queloidiano no dorso.

Figura 42. Placa de aspecto queloidiano com áreas ulceradas na coxa.

Figura 43. Pápulas e placas de aspecto queloidiano no tronco.



Figura 44. Doença de Jorge Lobo. Placas com centro atrófico, no tronco anterior e braços.

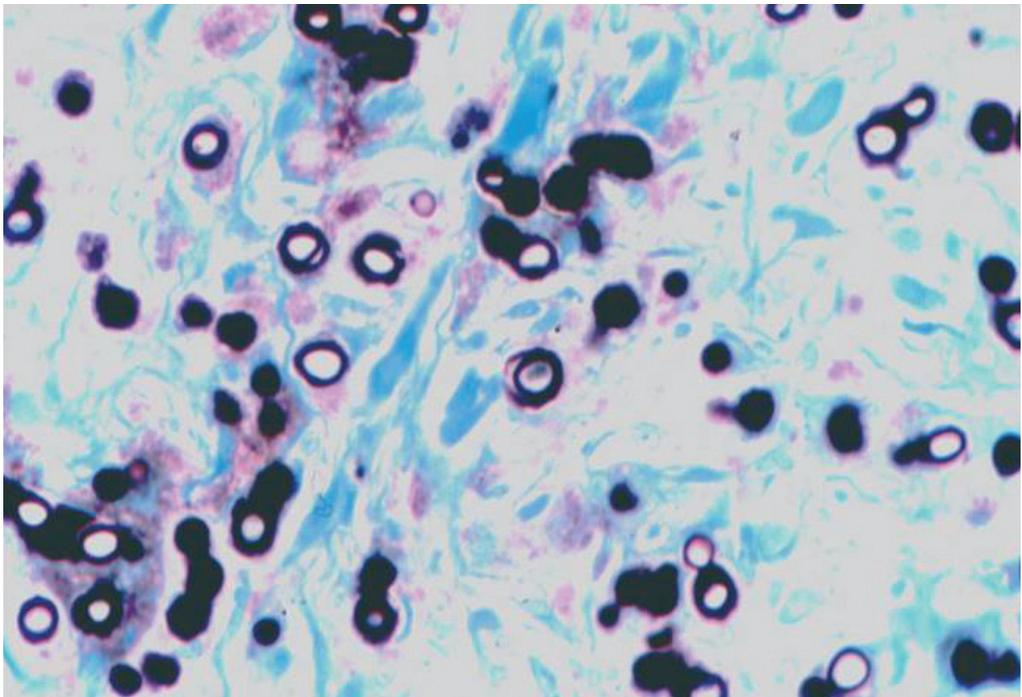


Figura 45. Agente da doença de Jorge Lobo. Múltiplas estruturas fúngicas (coloração de Grocott). Fotografia cedida pela dra. Mílvia M. S. S. Enokihara.

7. Cromoblastomicose

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

É uma micose que afeta a pele e o tecido subcutâneo, causada por um grupo de fungos de coloração escura (fungos demáceos). Dentre eles, o mais comum no Brasil é a *Fonsecaea pedrosoi*.

EPIDEMIOLOGIA

A doença ocorre em países de clima tropical e principalmente em meio rural. O indivíduo contrai a infecção através de um traumatismo da pele, por onde o fungo penetra. Dependendo do estado de imunidade da pessoa o fungo se multiplica no local, causando a infecção.

QUADRO CLÍNICO

A principal manifestação é a presença de pápula ou nódulo que evolui para uma grande placa verrucosa (Figuras 46, 47 e 48). Nota-se a presença de pontos enegrecidos, característicos dessa infecção. A lesão

ocorre de um só lado do corpo, em geral nos membros inferiores (pé ou perna). Pode sofrer infecção secundária por bactéria, evoluindo com mau cheiro.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

O exame micológico direto do material, obtido do raspado do ponto enegrecido (colônia fúngica), pode mostrar estruturas fúngicas típicas no microscópio. A cultura para fungos define a espécie do agente etiológico. O exame histopatológico (biópsia de pele) é característico, entretanto, não define a espécie fúngica.

TRATAMENTO

O tratamento é difícil, principalmente nos estágios avançados da doença. Quando a lesão é pequena, ela pode ser retirada por cirurgia. Associam-se antifúngicos por via oral, como itraconazol, cetoconazol, fluconazol, terbinafina ou 5-fluocitosina.



Figura 46. Cromoblastomicose. Placas verrucosas com áreas ulceradas e áreas recobertas por crostas no pé.



Figura 47. Cromoblastomicose. Placas verrucosas na coxa esquerda.



Figura 48. Placas verrucosas recobertas por crostas no pé.

8. Micetoma

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

Trata-se de um grupo de doenças infecciosas que acometem a pele e o tecido subcutâneo, e que podem ser causadas por diferentes espécies de bactérias (actinomicetomas endógenos e exógenos) ou por fungos (eumicetomas). Apresentam características clínicas e histopatológicas comuns, apesar de apresentarem etiologias distintas.

EPIDEMIOLOGIA

O actinomicetoma exógeno e o eumicetoma ocorrem mais frequentemente nas regiões de clima quente (regiões tropicais, subtropicais e nos desertos) e são associados às pessoas que têm contato com solo e vegetais (meio rural). Em geral, acometem extremidades, principalmente os pés.

O actinomicetoma endógeno não apresenta essa relação epidemiológica, podendo ser encontrado em qualquer parte do mundo. Pode estar associado a intervenções cirúrgicas.

QUADRO CLÍNICO

Essas doenças, apesar de terem agentes etiológicos diferentes, apresentam semelhanças clínicas e patológicas.

A actinomicose exógena e o eumicetoma se caracterizam por lesões tumorais endurecidas que apresentam microabscessos e fistulas por onde há saída de secreção com

grânulos ou grãos. As lesões habitualmente são unilaterais e de localização preferencial nos membros inferiores, locais mais sujeitos a traumatismos, que são a provável forma de inoculação do agente etiológico (Figura 49). Normalmente não há dor ou sintomas sistêmicos. A actinomicose exógena é causada por bactérias aeróbicas de diferentes espécies (por exemplo, *Nocardia brasiliensis*) e o eumicetoma é causado por diversas espécies de fungos (por exemplo, *Madurella mycetomatis*).

A actinomicose endógena caracteriza-se por fistulas que drenam secreção com grânulos ou grãos e se localizam na região cervicofacial, torácica ou abdominal e são causadas por bactérias anaeróbicas que estão em focos internos (cavidade oral, pulmões, intestinos). Trata-se de uma doença sistêmica, necessitando uma investigação de outros órgãos.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

A confirmação diagnóstica é feita pelo exame direto com hidróxido de potássio a 10% (grãos secretados nas fistulas), exame anatomopatológico e/ou cultura para fungos, bactérias aeróbicas e anaeróbicas. Não se pode descartar o diagnóstico de micetoma se os grãos característicos não forem evidenciados no exame histopatológico, pois muitas vezes eles se encontram na profun-

didade da lesão, necessitando um aprofundamento da exploração da fistula.

TRATAMENTO

A terapêutica medicamentosa deve ser feita de acordo com o agente etiológico:

- actinomicose endógena: antibioticoterapia sistêmica (penicilina G-cristalina, ampicilina, tetraciclina ou eritromicina);
- actinomicose exógena: antibioticoterapia sistêmica (diamino-difenil-sulfona, sulfametoxazol-trimetoprima, rifampicina,

aminoglicosídeos, quinolonas, amoxicilina, tetraciclina ou carbapenens);

- eumicetoma: antifúngicos sistêmicos (cetoconazol, itraconazol, terbinafina, iodeto de potássio, anfotericina-B, voriconazol ou posaconazol).

Procedimentos cirúrgicos podem ser necessários dependendo de cada caso, principalmente quando a lesão é inicial e pequena, pois a exérese completa pode controlar ou curar a doença.



Figura 49. Micetoma. Tumoração endurecida, com fístulas por onde há a saída dos grãos, localizada no tornozelo.

V

DOENÇAS CAUSADAS
POR PARASITAS

1. Escabiose

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

É uma doença de pele causada por um parasita denominado *Sarcoptes scabiei*.

EPIDEMIOLOGIA

É doença comum, mais frequente em crianças, muito contagiosa, podendo causar epidemias, como a que ocorreu entre os índios Panará, quando habitavam o Parque Indígena do Xingu. A transmissão ocorre por contato pessoal e por roupas contaminadas (camisas, redes, toalhas, calções etc.).

Existe escabiose entre animais domésticos, como cão e gato. Em geral, os animais apresentam queda de pelo. A doença animal pode eventualmente ser transmitida ao homem, principalmente ao que mantém um contato maior com o animal.

QUADRO CLÍNICO

A escabiose causa muita coceira, principalmente à noite quando estamos deitados. As lesões características são pápulas eritematosas. Surgem pequenas feridas com crostas (cascas) ou escoriações nas áreas de dobras da pele (axilas, entre os dedos das mãos, virilha), mas podem atingir outras áreas (cintura pélvica, punhos, região umbilical) e,

eventualmente, todo o corpo. Nas mulheres, é comum acometer as mamas. Nos homens, é comum aparecerem caroços no pênis e no saco escrotal (Figuras 50, 51, 52 e 53). Nas crianças podemos encontrar vesículas nas palmas das mãos e plantas dos pés. Geralmente há mais de uma pessoa da casa ou da família com a coceira. É comum ocorrer infecção bacteriana nas lesões.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

Em quase todos os casos, o diagnóstico se faz pelo quadro clínico e epidemiologia (casos familiares).

TRATAMENTO

Geralmente o tratamento com medicações tópicas é suficiente (benzoato de benzila, monossulfiram, permetrina 5%, enxofre precipitado 5%).

Quando necessário, podem-se utilizar medicamentos sistêmicos (ivermectina em dose única repetida após uma semana).

Para o sucesso do tratamento, os familiares e os que moram na mesma casa também devem ser tratados. Deve-se também lavar e colocar para secar diariamente todas as roupas e, se possível, as redes também.



Figura 50. Escabiose. Pápulas escoriadas na axila.



Figura 51. Escabiose. Pápulas escoriadas na região interdigital das mãos.



Figura 52. Escabiose. Pápulas eritematosas na região genital.



Figura 53. Escabiose. Pápulas escoriadas na região periumbilical.

2. Pediculose (Piolhos)

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

Doença dos cabelos e pelos causada por parasitas do gênero *Pediculus* (piolhos). Quando atinge a cabeça, chama-se pediculose do couro cabeludo, quando atinge os pelos do corpo, chama-se pediculose do corpo e quando atinge os pelos dos genitais chama-se fitiríase (chato).

EPIDEMIOLOGIA

É doença comum, mais frequente em crianças, muito contagiosa – capaz de causar epidemias. A transmissão ocorre por contato pessoal. A fitiríase, por ser de localização genital, pode ser transmitida pelo contato sexual.

QUADRO CLÍNICO

Causa muita coceira, principalmente na cabeça, que é o local mais frequentemente acometido. Escoriações nas costas dos pacientes, logo abaixo da nuca (Figura 54) podem ser encontradas. Essa forma geralmente inicia-se na região posterior (occipital).

O diagnóstico é feito pela visualização dos piolhos na área acometida e pela presença dos ovos desses parasitas (lêndeas) aderidos aos cabelos e pelos (Figura 55).

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

As lêndeas podem ser observadas a olho nu, não sendo necessário exame através do microscópio.

TRATAMENTO

Geralmente o tratamento com medicações tópicas é suficiente (benzoato de benzila, permetrina 5%).

Quando necessário, medicamentos sistêmicos (ivermectina) podem ser utilizados.

Para o sucesso do tratamento, todos aqueles que tiverem a pediculose, principalmente as crianças, devem ser tratados. Para remover as lêndeas deve-se aplicar uma mistura de água morna com um pouco de vinagre na cabeça. Depois de meia hora, elas podem ser removidas com pente fino.



Figura 54. Pediculose. Pápulas escoriadas na região occipital.



Figura 55. Pediculose. Lêndeas aderidas aos cabelos.

3. Larva Migrans

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

Doença de pele causada por larvas, presentes no solo, depositadas em fezes de cães e gatos. É também chamada de bicho-geográfico.

EPIDEMIOLOGIA

É doença comum em locais com solo arenoso e seco. A doença não é transmitida de pessoa para pessoa.

QUADRO CLÍNICO

Provoca muita coceira na área afetada, que normalmente é o pé, mas pode atingir também as mãos e nádegas ou qualquer outra

região do corpo. A lesão cutânea é característica com aspecto linear e vai aumentando com o tempo pela movimentação da larva (Figura 56).

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

O diagnóstico de infestação por larva migrans é clínico.

TRATAMENTO

O tratamento tópico é eficaz (tiabendazol 5%). Medicamentos sistêmicos também podem ser utilizados (ivermectina, albendazol, tiabendazol).



Figura 56. Larva migrans. Lesões eritematosas e lineares.

4. Leishmaniose Tegumentar Americana

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

É doença de pele e mucosas causada por parasitas do gênero *Leishmania*.

EPIDEMIOLOGIA

Ocorre em áreas de mata e é transmitida por picadas de alguns tipos de mosquitos contaminados com o parasita e que habitam essas regiões. Os hospedeiros da doença são animais domésticos e cavalos. A transmissão não ocorre diretamente do contato com o animal ou o homem contaminado, o mosquito sempre participa da cadeia. No PIX, a espécie mais comum é a *Leishmania braziliensis*. Essa espécie é responsável por lesão na pele e nas mucosas (nariz e boca).

QUADRO CLÍNICO

Pode se apresentar de diferentes maneiras. A lesão mais típica é uma úlcera (ferida) com contornos arredondados, bordas bem definidas e altas (parecendo moldura de um quadro) e fundo bem avermelhado (Figuras 57, 58, 59 e 60). A lesão é assintomática, não dói nem coça. Pode cicatrizar espontaneamente após alguns meses e reaparecer depois de anos, causando lesões nas mucosas,

principalmente do nariz. Como o parasita tem predileção pela cartilagem, ele se instala na cartilagem nasal, perfurando-a e destruindo-a. O doente desenvolve uma deformidade na ponta do nariz, com aspecto de nariz de anta (nariz em tapir).

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

Para fazer o diagnóstico, pode-se realizar uma pequena biópsia da borda da lesão. Existe um teste de aplicação intradérmica, denominado teste de Montenegro, no qual se injeta 0,1 ml de um reagente (antígeno de Montenegro), para que se possa fazer a leitura da pápula que se forma no local da injeção após 48 a 72 horas. Se a pápula for maior que 5 mm, é forte a chance da doença ser causada pela *Leishmania*.

TRATAMENTO

O tratamento é feito com medicamentos sistêmicos (meglumina, itraconazol, alopurinol).

Quando há contraindicação para o uso da medicação sistêmica, pode ser realizada a infiltração intralesional com meglumina sem ser diluída, utilizando-se no máximo uma ampola (5 ml) por aplicação.



57



58



59



60

Figura 57. Leishmaniose tegumentar. Lesão ulcerada recoberta com crosta hemática na perna.
Figuras 58, 59 e 60. Lesões ulceradas com borda em “moldura” na perna.

5. Tungíase

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

É uma doença de pele causada por uma pulga denominada *Tunga penetrans*. A doença também é conhecida por “bicho-de-pé”, dentre outras denominações regionais.

EPIDEMIOLOGIA

O agente responsável pela doença é encontrado no solo seco e arenoso (terra, zona rural, chiqueiros, currais) e penetra na pele do homem que está em contato com esse ambiente, principalmente quando ele está descalço. Pode afetar homens e suínos. É mais comum nos adultos.

QUADRO CLÍNICO

Inicialmente apresenta discreta coceira na região, que evolui para sensação de dor local. A lesão característica é uma pápula amarelada (popularmente denominada de “batata”) com ponto escuro central, que representa o próprio agente inoculado na

pele. A localização preferencial é na região dos pés (região interdigital, região plantar e região subungueal), mas ocasionalmente pode acometer outras áreas do corpo.

A infecção secundária é complicação frequente. Quando ocorre infestação maciça nos pés, o quadro pode se confundir com outras dermatoses (Figura 61).

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

Em quase todos os casos, o diagnóstico se faz pelo quadro clínico e pela epidemiologia (história de contato com terra, areia etc.).

TRATAMENTO

O tratamento consiste na retirada do agente com agulha esterilizada ou por outros meios (curetagem, eletrocoagulação, crioterapia com nitrogênio líquido).

Nos casos com infestação maciça, pode-se utilizar tiabendazol sistêmico (três a cinco dias) ou ivermectina oral (dose única).



Figura 61. Tungíase. Infestação maciça no pé.

VI
DOENÇAS CAUSADAS
POR VÍRUS

1. Verruga Vulgar, Plana e Plantar

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

Doença de pele causada pelo papilomavírus humano (HPV).

EPIDEMIOLOGIA

É doença comum, frequente em crianças e adultos. A transmissão ocorre por contato pessoal.

QUADRO CLÍNICO

As lesões de pele são típicas, tendo como principal característica a superfície verrucosa. Podem ser de diversos tamanhos, únicas ou múltiplas, afetando diversas partes do corpo.

Quando a lesão é única ou em pequena quantidade, com a superfície bastante verrugosa e irregular, é denominada verruga vulgar (Figuras 62 e 63). Quando é única ou múltipla, com pápulas achatadas e róseas, são denominadas verrugas planas, e ocorrem comumente nas mãos, pés, cotovelos e joelhos (Figuras 64, 65 e 66). Nos pés, é conhecida como “olho de peixe”, com dor no local quando o paciente caminha. A lesão também pode se localizar na região de cutícula (periungueal).

Alguns tipos de HPV podem sofrer transformação da lesão em câncer. Na mulher, tem importância a infecção genital, que pode resultar em câncer de colo uterino; por isso o diagnóstico e o tratamento são muito importantes.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

O diagnóstico de infecção viral pelo HPV é clínico. Quando houver dúvida diagnóstica, deve-se realizar biópsia de pele para exame anatomopatológico.

TRATAMENTO

Medicamentos que vão removendo as verrugas aos poucos, como o ácido salicílico em colódio elástico, podem ser utilizados, passando-os com cuidado sobre as verrugas uma vez por dia.

Existem também outros procedimentos que podem ser feitos em ambulatório por profissionais de saúde, como cauterização química com ácido nítrico concentrado ou ácido tricloroacético a 80%. Outros métodos como a eletrocoagulação e criocirurgia (com nitrogênio líquido) são especializados, requerendo equipamentos e materiais especiais.



Figura 62. Verruga vulgar. Lesão verrucosa na perna.



Figura 63. Verruga vulgar. Lesão verrucosa na perna.



Figura 64. Verruga planas. Múltiplas lesões no dorso.



Figura 65. Verrugas planas. Múltiplas lesões no braço, algumas de aspecto linear (surgem no local escoriado pelo paciente).



Figura 66. Verrugas planas. Múltiplas lesões na perna, algumas de aspecto linear (surgem no local escoriado pelo paciente).

2. Condiloma Acuminado

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

Doença de pele e mucosas causada pelo papilomavírus humano (HPV), de localização genital.

EPIDEMIOLOGIA

É doença de transmissão sexual (DST), tendo muita importância por ser bastante transmissível e difícil de eliminar, sendo que alguns tipos de vírus podem causar carcinomas, tanto no colo do útero como no pênis.

QUADRO CLÍNICO

As lesões de pele são como as da verruga vulgar, porém são de localização genital (Figura 67). No homem, localizam-se no pênis e podem ser múltiplas e atingir grandes tamanhos, sendo chamadas de crista de galo ou de aspecto em couve-flor. Na mulher, localizam-se na vulva e na vagina, e podem ser internas e não notadas pela paciente.

TRATAMENTO

Podem ser utilizados medicamentos que vão removendo as verrugas aos poucos, como a podofilina a 25%. Essa substância deve ser passada com cuidado sobre as verrugas e retirada (lavar) após quatro horas. A aplicação é feita uma vez a cada três dias até o desaparecimento das lesões. Outras medicações como o ácido tricloroacético a 50% também pode ser utilizado.

Procedimentos como a eletrocoagulação e a criocirurgia podem ser realizados, mas dependem de equipamentos especializados.

É importante ressaltar que o(a) parceiro(a) também deve ser examinado e tratado. Deve-se orientar os pacientes a sempre utilizarem preservativos (camisinha) nas relações sexuais, pois o vírus é transmissível e de difícil cura.



Figura 67. Condiloma acuminado. Múltiplas lesões verrucosas no pênis.

3. Hiperplasia Epitelial Focal

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

Doença benigna e contagiosa causada pelo HP (papilomavírus humano), especialmente os tipos HPV13 e HPV32.

EPIDEMIOLOGIA

Trata-se de uma condição rara que acomete alguns países e algumas etnias, dentre elas algumas indígenas. Pode haver casos na mesma família e ocorrem principalmente em crianças. Casos familiares dessa doença têm sido observados no PIX.

QUADRO CLÍNICO

Caracterizam-se por pequenas pápulas verrucosas assintomáticas que acometem prin-

cipalmente a mucosa oral, língua e lábios (Figuras 68, 69 e 70). Eventualmente pode haver lesões em outras áreas do corpo.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS.

O diagnóstico é feito pelo quadro clínico. Pode ser realizada a biópsia de pele para o exame anatomopatológico.

TRATAMENTO

Normalmente não é necessário realizar qualquer tratamento, pois as lesões tendem a se curar espontaneamente. Quando há necessidade de tratamento, faz-se cauterização química com ácido tricloroacético, eletrocoagulação e criocirurgia.



Figura 68. Hiperplasia epitelial focal. Pápulas verrucosas na língua.



Figura 69. Hiperplasia epitelial focal. Pápulas verrucosas na mucosa oral.



Figura 70. Hiperplasia epitelial focal. Pápulas verrucosas na comissura labial.

4. Molusco Contagioso

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

Doença de pele causada por vírus do grupo poxvírus.

EPIDEMIOLOGIA

É doença mais frequente em crianças, após a lactação e antes da puberdade. A transmissão ocorre por contato pessoal, sendo muito contagiosa entre as crianças. É rara nos adultos, mas pode ocorrer em pacientes grávidas e por transmissão sexual. Não é doença grave e a cura ocorre espontaneamente após um ano, porém causa muito incômodo aos pacientes.

QUADRO CLÍNICO

As lesões de pele são diferentes das lesões das verrugas vulgares. São lesões pequenas, firmes, com superfície brilhante e lisa e normalmente há uma depressão no meio da lesão (umbilicação central). O paciente pode apresentar um grande número de lesões. Qualquer área do corpo pode ser acometida, mas há preferência por áreas mais

quentes, como dobras da axila, cotovelo, joelhos, pescoço e genitais (Figuras 71 e 72). As lesões são assintomáticas, entretanto, em crianças com passado alérgico, pode ocorrer um eczema ao redor das lesões, levando à descamação, ao eritema e prurido local.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

O diagnóstico é essencialmente clínico.

TRATAMENTO

Utiliza-se o mesmo medicamento para tratamento das verrugas vulgares, como o ácido salicílico em colódio elástico, que deve ser aplicado com cuidado sobre as lesões, uma vez por dia.

Existem também outros procedimentos que podem ser feitos, como curetagem das lesões, que é procedimento de fácil execução, necessitando, porém, de treinamento e material específico (cureta). A aplicação de ácido tricloroacético a 50% é outra opção terapêutica.



Figura 71. Molusco contagioso. Pápulas de superfície lisa na região abdominal.



Figura 72. Molusco contagioso. Pápulas de superfície lisa no tronco.

5. Herpes-zóster

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

Doença de pele causada pelo vírus do grupo varicela-zóster. Esse vírus provoca a varicela (catapora) durante a infância e pode recidivar anos depois sob a forma de herpes-zóster, quando a imunidade do indivíduo é afetada. Após a primeira infecção, o vírus pode ficar latente (em estado de repouso) no gânglio nervoso e, com uma imunodepressão, multiplicar-se e disseminar-se para a pele. A doença pode ser manifestação de imunodepressão, causada por infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), por neoplasias sistêmicas (câncer) ou por iatrogenia (uso de medicamentos que causam diminuição da imunidade como, por exemplo, o corticosteroide sistêmico).

EPIDEMIOLOGIA

A varicela é uma doença frequente entre as crianças. Atualmente a vacina previne a primoinfecção. Já o herpes-zóster é uma manifestação que depende do estado da imunidade do indivíduo. A lesão do herpes-zóster possui o vírus, entretanto, a sua transmissibilidade é menor que a da varicela. O herpes-zóster é mais frequente em adultos ou idosos.

QUADRO CLÍNICO

Caracteriza-se pela presença de vesículas e bolhas, com conteúdo translúcido (transparente), hemorrágico (sanguinolento) ou purulento (amarelado), sobre uma base eritematosa e edematosa. A disposição das vesículas/bolhas é linear, acompanhando a distribuição do nervo acometido (Figuras 73, 74 e 75). Ocorre somente de um lado do corpo, e é acompanhado de dor ou sensação de formigamento. Quando ocorre na face, o cuidado deve ser redobrado, pois pode afetar o olho, levando a úlceras de córnea e perda de visão.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

O diagnóstico é essencialmente clínico. Pode-se fazer um esfregaço do assoalho da bolha (raspado da base da bolha após rompê-la), seguido de coloração, para que se possa observar as células. Esse exame, chamado de citológico, mostra uma alteração que caracteriza a infecção por vírus herpes.

TRATAMENTO

O tratamento sistêmico com antivirais é o mais indicado (aciclovir, famciclovir ou valaciclovir). Quando o paciente se queixar de dor no local da lesão, deve-se medicá-lo com analgésicos.



Figura 73. Herpes-zóster. Vesículas agrupadas de disposição linear.



Figuras 74 e 75. Herpes-zóster. Vesículas agrupadas de disposição linear recobertas por tintura vermelha (extraída do fruto da árvore urucum).

6. Herpes Simples (HSV-1 e HSV-2)

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

Doença de pele causada pelo vírus do grupo herpes-vírus humano (HSV). O indivíduo entra em contato com esse vírus na infância. O vírus fica latente (estado de repouso) no gânglio nervoso, vindo a se manifestar quando o portador se encontra imunodeprimido, por estresse, exposição excessiva ao sol, febre ou infecção.

EPIDEMIOLOGIA

É um vírus de distribuição universal, podendo ocorrer entre crianças e adultos. O local mais comumente afetado é a face (nos lábios ou na sua proximidade – Figura 76). A mucosa genital também pode ser afetada, e em geral o vírus envolvido é o HSV-2, ocorrendo em pacientes que já mantêm atividade sexual.

QUADRO CLÍNICO

Caracteriza-se pela presença de vesículas

translúcidas (transparentes) sobre base eritemato-edematosa dispostas em “buquê de flor” (Figura 77). As lesões localizam-se principalmente nos lábios ou região perioral (perto da boca) ou na região genital (pênis ou vulva). Os sintomas variam de formigamento, coceira e ardor no local das lesões.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

O diagnóstico é essencialmente clínico. Pode-se fazer um esfregaço do assoalho da bolha e exame citológico, como para o herpes-zóster.

TRATAMENTO

O tratamento local é feito com higiene local e cremes antivirais (aciclovir, penciclovir).

Quando o quadro for muito intenso, utilizar medicações sistêmicas antivirais (aciclovir, valaciclovir, famciclovir).



Figura 76. Herpes simples. Vesículas, úlceras e crostas no lábio inferior.



Figura 77. Herpes simples. Vesículas, úlceras e crostas no lábio inferior.

VII
DOENÇAS INFLAMATÓRIAS

1. Pitiríase Alba

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

Doença de pele não infecciosa e não transmissível, de caráter constitucional, comum em pacientes atópicos (alérgicos).

EPIDEMIOLOGIA

É doença comum, mais frequente entre as crianças, embora possa ser observada também em adultos.

QUADRO CLÍNICO

Caracteriza-se por manchas brancas com descamação fina. Nota-se um aspecto “arrepiaado” na lesão. Podem acometer rosto (regiões malares), braços e tronco. As lesões não

coçam (Figuras 78 e 79) e podem ficar mais evidentes com a exposição solar, que aumenta o contraste da lesão com a pele normal.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

O diagnóstico é clínico.

TRATAMENTO

Deve-se evitar exposição muito prolongada ao sol (proteger-se com bonés, camisa etc.). Não esfregar muito a pele no banho para não ressecar a pele.

Utilizar hidratantes, como óleo de amêndoas ou outros óleos vegetais duas vezes ao dia até o desaparecimento das manchas.



Figura 78. Pitíriase alba. Manchas hipocrômicas e descamativas na face.



Figura 79. Pitíriase alba. Manchas hipocrômicas e descamativas na face.

2. Eczemátide

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

Doença de pele recorrente, não infecciosa e não transmissível, de caráter constitucional. Pode ser considerada uma forma inflamatória da pitiríase alba.

EPIDEMIOLOGIA

É doença comum, frequente em crianças e adultos, e está relacionada com pele ressecada e com exposição ao sol. Pessoas alérgicas (com rinite ou bronquite alérgica) têm maior chance de apresentar a doença.

QUADRO CLÍNICO

Lesões eritemato-descamativas, arredondadas, que podem acometer qualquer parte do corpo, mas são mais comuns no tronco e nos

membros (Figuras 80, 81, 82, 83 e 84). São assintomáticas ou coçam pouco. Associam-se com a pele seca. O principal diagnóstico diferencial é com a tinha do corpo.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

O diagnóstico é clínico. O exame micológico direto é realizado somente quando houver dúvida de colonização por fungo.

TRATAMENTO

As recomendações são semelhantes às da pitiríase alba. No caso de lesões pruriginosas, recomenda-se o uso de corticosteroide de baixa potência, como a hidrocortisona a 1% em creme, além da hidratação da pele.



Figura 80. Eczemátide. Manchas hipocrômicas e descamativas no braço.



Figura 81. Eczemátide. Manchas hipocrômicas e descamativas no tórax.



Figura 82. Eczemátide. Múltiplas pequenas manchas hipocrômicas e descamativas de localização folicular.



Figura 83. Eczemátide. Placas hipocrômicas e descamativas com bordas eritematosas nos membros inferiores.



Figura 84. Eczemátide. Placas hipocrômicas e descamativas disseminadas.

3. Miliária

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

Doença de pele não infecciosa e não transmissível, causada por obstrução dos poros que secretam o suor. Também conhecida como “brotoeja”.

EPIDEMIOLOGIA

Não é transmissível e acomete principalmente crianças e adolescentes. É relacionada com o aumento da transpiração (calor, atividades físicas).

QUADRO CLÍNICO

Surtem vesículas de conteúdo claro (transparente) nas áreas afetadas. Pode ocorrer em qualquer área do corpo, especialmente no tronco e áreas de dobras (pescoço, axilas, virilhas). É comum a queixa de coceira e as lesões

podem adquirir caráter inflamatório (eritema) e ficar com conteúdo amarelado (pústulas – Figura 85). A complicação mais frequente é a infecção secundária das lesões por bactérias.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

Normalmente não são necessários. O diagnóstico é feito pelo quadro clínico.

TRATAMENTO

Evitar as condições em que há aumento da sudorese: não ficar muito exposto ao sol, não utilizar roupas muito quentes.

Utilizar hidrocortisona 1% creme nas lesões, duas vezes ao dia até a melhora clínica.

Se houver infecção secundária, associar antibiótico sistêmico, como a penicilina benzatina ou cefalexina.



Figura 85. Miliária. Vesículas e pústulas no tronco.

4. Dermatite de contato

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

Doença de pele não infecciosa e não transmissível, causada pelo contato da pele com substâncias que causam irritação ou alergia na região. Portanto, pode ocorrer ou não exposição prévia à substância em questão.

EPIDEMIOLOGIA

Com o aumento de substâncias químicas a que somos expostos, a chance de desenvolvermos uma dermatite de contato tem aumentado. Essa doença pode acometer qualquer pessoa, em qualquer idade, com exposição prévia ou não à substância causadora.

QUADRO CLÍNICO

Lesões que coçam muito e, quando são agudas, têm aspecto de vesículas ou bolhas, acompanhadas de eritema e edema. Como causam muita coceira, são facilmente traumatizadas pelo ato de coçar, tornando-se secretantes (parecem estar sempre produzindo líquido). Quando são crônicas, apresentam lesões mais secas, descamativas, com aspecto de pele mais grossa e com coceira. As lesões ocorrem nas áreas em que houve contato com a substância causadora

da dermatite (pés, mãos, rosto etc.), podendo atingir outras regiões e se tornarem disseminadas (Figuras 86, 87, 88 e 89).

TRATAMENTO

Evitar o contato com as substâncias suspeitas de causar a dermatite de contato.

As medicações sistêmicas podem ser utilizadas dependendo da gravidade do caso.

Nos casos agudos, utilizar compressas com água boricada associadas ao uso de um corticosteroide tópico (dexametasona, betametasona) em forma de creme até a melhora do quadro clínico. O uso de anti-histamínicos sistêmicos (desclofeniramina, hidroxizine, loratadina) pode ser feito para ajudar a controlar o prurido. Em casos mais extensos, utilizar corticosteroides sistêmicos (betametasona injetável, prednisona oral).

Nos casos crônicos, há melhor resultado com o uso de corticosteroide tópico (betametasona, clobetasol) em forma de pomada, associado a anti-histamínico sistêmico (desclofeniramina, hidroxizine, loratadina).

Se houver infecção secundária, associar antibiótico sistêmico, como a penicilina benzatina ou cefalexina.



Figura 86. Dermatite de contato. Eritema, descamação e crostas no mamilo.



Figura 87. Dermatite de contato. Placa eritematosa e descamativa no dorso.



Figuras 88 e 89. Dermatite de contato. Mácula hipocrômica e descamativa no punho.

5. Dermatite Seborreica

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

Doença de pele, crônica não infecciosa e não transmissível, de caráter constitucional. Associada muitas vezes aos indivíduos alérgicos (asma, rinite, sinusite ou eczema). Quando acomete o couro cabeludo, ocorre descamação, conhecida como “caspa”.

EPIDEMIOLOGIA

É doença comum, distribuída mundialmente. É frequente em crianças, nos primeiros seis meses de vida, e também muito comum entre os adultos.

QUADRO CLÍNICO

Lesões avermelhadas (eritematosas), descamativas com escamas gordurosas, que podem acometer o couro cabeludo, rosto (região de sobrancelhas e nariz) e peito

(Figuras 90, 91 e 92). Essas lesões podem causar coceira local.

Nas crianças pequenas (com menos de seis meses), podem atingir outras áreas da pele também. Muitas vezes, nota-se a formação de crostas no couro cabeludo.

TRATAMENTO

Depende da extensão das lesões de pele. Normalmente utiliza-se hidrocortisona 1% em creme, duas vezes ao dia até a melhora clínica.

Nos adultos com lesões mais extensas, utilizar betametasona 0,1% creme duas vezes ao dia. O uso de xampus à base de cetoconazol, zincopiritionato, sulfeto de selênio e ciclopirox olamina pode auxiliar no tratamento.

As crostas que se formam no couro cabeludo dos bebês podem ser removidas com óleo de amêndoas doces.



Figura 90. Dermatite seborreica. Lesões eritemato-descamativas na face.



Figura 91. Dermatite seborreica. Lesões eritemato-descamativas no pescoço e no couro cabeludo.



Figura 92. Dermatite seborreica. Lesões eritemato-descamativas no couro cabeludo.

6. Neurodermite

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

Também denominada líquen simples crônico, trata-se de espessamento da pele decorrente de coçadura crônica por diferentes estímulos externos, especialmente os quadros de eczemas ou dermatites (por exemplo, dermatite de contato crônica) e picadas de insetos.

EPIDEMIOLOGIA

Atinge as pessoas expostas a condições ambientais que levam a dermatite de contato, picadas de insetos ou outras dermatoses crônicas, mas pode atingir qualquer pessoa, principalmente aquelas que apresentam pele ressecada.

QUADRO CLÍNICO

Placas espessas descamativas e hipercrômicas que apresentam acentuação dos sulcos naturais da pele na sua superfície (liquenificação). O prurido está sempre presente e pode ser leve, moderado ou muito intenso (Figuras 93, 94 e 95).

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

O diagnóstico é clínico. A biópsia de pele pode ser necessária quando houver dúvida diagnóstica. Os exames do fragmento de pele retirado serão realizados de acordo com as suspeitas clínicas (exame anatomicopatológico, culturas etc.).

TRATAMENTO

Deve-se bloquear o prurido (coceira) com corticosteroides tópicos de alta potência, de preferência em pomada em oclusão à noite. Pode ser realizada infiltração intralesional com triancinolona. Associar anti-histamínicos sistêmicos, quando necessário.

Após melhora do quadro, afastar a possível causa desencadeadora (por exemplo, dermatite de contato) e iniciar hidratação da pele com cremes ou óleos, pois o quadro pode recidivar com frequência.



Figura 93. Neurodermite. Placa liquenificada na perna.



Figura 94. Neurodermite Placa liquenificada na perna.



Figura 95. Neurodermite Placa liquenificada no tornozelo.

7. Psoríase

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

Dermatose caracterizada por lesões eritematosas e descamativas, de evolução crônica. A etiologia não está bem esclarecida, mas admite-se que envolva fatores genéticos, bioquímicos, imunitários e ambientais.

EPIDEMIOLOGIA

Pode acometer qualquer faixa etária e atinge igualmente homens e mulheres. Em aproximadamente 30% são encontrados casos familiares da doença.

QUADRO CLÍNICO

Existem diversas formas de apresentação clínica. As lesões clássicas são placas eritemato-descamativas bem delimitadas, de diversos tamanhos, de distribuição simétrica e que acometem principalmente couro cabeludo, cotovelos, joelhos e região sacra (Figuras 96, 97 e 98).

Contudo, as lesões podem aparecer em qualquer local do corpo, acometer as unhas (Figura 99), a mucosa oral e, em alguns casos, há comprometimento também das articulações (artrite psoriática).

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

O diagnóstico é feito pelo quadro clínico. Quando houver necessidade, realizar biópsia de pele para exame anatomopatológico.

TRATAMENTO

Utilizam-se corticosteroides tópicos e exposição solar (radiação ultravioleta). Existem outras opções terapêuticas tópicas (coaltar, calcipotriol) e, quando necessário, utilizam-se também medicações sistêmicas (metotrexato, ciclosporina, acitretina), realizando periodicamente os controles laboratoriais necessários.



Figura 96. Psoríase. Placas eritemato-descamativas no couro cabeludo.



Figura 97. Psoríase. Placas eritemato-descamativas no tronco.



Figura 98. Psoríase. Placas eritemato-descamativas na perna.



Figura 99. Psoríase. Depressões puntiformes nas unhas.

VIII
DOENÇAS ALÉRGICAS

1. Reação a Picada de Inseto

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

As reações a picadas de insetos constituem um tipo de prurigo (pápulas com uma pequena vesícula que coçam). Quando há sensibilização imunológica a essas picadas, ocorre um quadro mais extenso chamado estrófulo.

EPIDEMIOLOGIA

O estrófulo é mais comum em crianças, principalmente quando há as características chamadas “atópicas” (rinite alérgica, asma ou bronquite alérgica).

QUADRO CLÍNICO

Pequenas pápulas eritematosas e edematosas muito pruriginosas (coceira), que normalmente apresentam crosta central e podem

evoluir com infecção bacteriana secundária. No caso do estrófulo, as lesões surgem em grande número pela sensibilização já mencionada anteriormente (Figuras 100, 101, 102 e 103).

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

O diagnóstico é clínico. Realiza-se biópsia de pele para exame anatomopatológico, se houver dúvida diagnóstica.

TRATAMENTO

Em casos leves, utilizar corticosteroides tópicos (creme, pomada, loção) de baixa potência. Em quadros mais disseminados, utilizar anti-histamínicos sistêmicos e, quando necessário, associar corticosteroide sistêmico por curtos períodos.



Figura 100. Reação a picada de inseto. Pápulas eritematosas no dorso.



Figura 101. Estrófulo. Vésico-pápulas eritematosas no dorso.



Figuras 102 e 103. Reação a picada de inseto. Vésico-pápulas eritematosas disseminadas.

2. Urticária

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

Aparecimento repentino de lesões edematosas e eritematosas que apresentam muita coceira e desaparecem em até 24 horas. São muitas as possíveis causas desencadeantes do quadro (medicamentos, alimentos, infecções, doenças internas etc.). Há uma forma especial de urticária denominada urticária de contato, na qual uma substância alergênica, em contato com a pele, pode desencadear um quadro de urticária.

EPIDEMIOLOGIA

Acomete pessoas de todas as idades. Há casos familiares, sendo mais comum nas famílias constituídas por doentes atópicos.

QUADRO CLÍNICO

Lesões eritemato-edematosas de diversos tamanhos (desde milímetros a lesões gigantes que podem acometer quase toda a pele – Figuras 104 e 105). As lesões surgem subitamente e tendem a sumir em alguns

minutos ou, em alguns casos, em algumas horas, sem deixar cicatriz. O prurido (coceira) é muito intenso. O edema pode atingir camadas mais profundas da pele, principalmente pálpebras, lábios, língua e laringe (angioedema). Pode ocorrer dificuldade respiratória (edema de glote) e constituir uma emergência médica.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

O diagnóstico é feito com base no quadro clínico. Raramente é necessária a realização de biópsia de pele para exame anatomopatológico.

TRATAMENTO

Inicialmente procurar a causa e afastá-la. Em casos mais leves, utilizar anti-histamínicos sistêmicos. Em casos mais intensos, podem-se associar corticosteroides orais. Nas emergências (dificuldade respiratória), adrenalina subcutânea e traqueostomia são utilizadas, quando necessário.



Figura 104. Urticária. Lesões edematosas no dorso.



Figura 105. Urticária. Lesões edematosas no dorso.

3. Eritema Pigmentado Fixo

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

Lesões dermatológicas que ocorrem em algumas pessoas e são provocadas por reações a medicamentos (drogas).

EPIDEMIOLOGIA

O quadro pode ter início em qualquer idade e acometer diferentes partes do corpo. Diferentes medicamentos podem desencadear o mesmo tipo de lesão.

QUADRO CLÍNICO

Uma ou várias manchas eritematosas que se tornam hipercrômicas e que surgem quando há exposição à droga responsável pelo quadro. Em geral, as lesões são arredondadas ou ovais (Figura 106). Quando

há nova exposição à droga, as lesões reaparecem nos mesmos locais, somando-se novas lesões. Podem surgir em qualquer parte da pele, mas têm certa predileção pelas palmas das mãos, plantas dos pés e mucosas. As lesões tendem a desaparecer com o tempo, mas em alguns casos, tornam-se permanentes.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

O diagnóstico é clínico, mas a biópsia para exame anatomopatológico deverá ser feita quando houver dúvida.

TRATAMENTO

Identificar a droga causadora e não utilizá-la mais.



Figura 106. Eritema pigmentado fixo. Manchas hipercrômicas arredondadas na coxa.

IX
NEOFORMAÇÕES

1. Nevos Melanocíticos

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

Nevos melanocíticos são neoformações derivadas de melanócitos (células responsáveis pela cor da pele) modificados. Podem ser congênitos (presentes desde o nascimento) ou adquiridos (surgem durante a vida). Tem relação com fatores genéticos e ambientais (exposição à luz solar, no caso dos nevos adquiridos). São comumente chamados de “sinais” ou “pintas”.

EPIDEMIOLOGIA

A importância epidemiológica dos nevos está associada a certo risco de transformação em um tipo de câncer de pele chamado melanoma cutâneo, porém a avaliação desse risco leva em consideração vários fatores que devem ser analisados para cada situação (como tipo de pele e história de melanoma na família).

QUADRO CLÍNICO

São lesões acastanhadas ou enegrecidas, que podem ser elevadas ou não. O tamanho varia de alguns milímetros a vários centímetros (Figuras 107 e 108). Sinais clínicos que solicitam atenção do profissional da saúde são: assimetria da lesão, bordas irregulares, muitas cores na mesma lesão, tamanho maior que 6 mm e crescimento rápido.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

Quando necessário, realizar biópsia da lesão para exame anatomopatológico.

TRATAMENTO

Na maioria dos casos não é necessário nenhum tratamento. Quando houver suspeita de transformação para melanoma cutâneo, realizar a biópsia descrita anteriormente ou proceder à retirada cirúrgica da lesão.



Figura 107. Nevos melanocíticos. Manchas hipercrômicas no tronco.



Figura 108. Nevos melanocíticos. Manchas e pápulas hipercrômicas no dorso.

2. Cisto Mucoso

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

Também chamado de mucocele, ocorre por acúmulo de secreção mucoide decorrente de lesão do duto da glândula salivar, na mucosa oral.

EPIDEMIOLOGIA

Não existem dados epidemiológicos relevantes.

QUADRO CLÍNICO

Lesão elevada, translúcida, normalmente localizada na mucosa do lábio inferior

(Figura 109). Quando a lesão se rompe, ocorre saída de um líquido transparente e viscoso.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

O diagnóstico é clínico. A biópsia para exame anatomopatológico deve ser feita quando houver dúvida diagnóstica.

TRATAMENTO

A lesão pode ser removida cirurgicamente. Crioterapia e infiltração com corticosteroides são alternativas terapêuticas.



Figura 109. Cisto Mucoso. Lesão cística no lábio inferior.

3. Carcinoma Basocelular Pigmentado

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

O carcinoma basocelular é o câncer de pele mais comum e frequente na população em geral. Existem vários tipos de apresentação clínica, dos quais o carcinoma basocelular pigmentado é um deles. A exposição solar crônica é a principal causa do desenvolvimento do carcinoma, mas aspectos genéticos também são importantes. Trata-se de câncer de pele que apresenta crescimento local, portanto, com reduzida chance de disseminação (metástases). É curável com tratamento adequado.

EPIDEMIOLOGIA

A doença acomete pessoas de pele mais clara, principalmente após os quarenta anos de idade, e que têm um histórico de muitos anos de exposição solar ou história familiar da doença. Pode ocorrer em outros grupos populacionais por uma tendência genética. Em geral, nos indivíduos de pele mais escura, pode se apresentar com a forma pigmentada.

QUADRO CLÍNICO

Pápulas ou placas hipercrômicas com bordas de aspecto “perláceo” (com brilho e pouco elevadas), que se localizam principalmente nas áreas expostas à luz solar (face, membros superiores e tórax superior), mas podem ocorrer em qualquer local da pele, exceto nas palmas das mãos e nas plantas dos pés (Figuras 110 e 111).

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

Pode ser necessária a confirmação diagnóstica com a realização de biópsia de pele para exame anatomopatológico.

TRATAMENTO

A exérese cirúrgica é tratamento eficaz. Outras formas de tratamento podem ser utilizadas, como crioterapia, eletrocoagulação, terapia fotodinâmica, entre outras. É necessário realizar acompanhamento clínico após o tratamento.



Figura 110. Carcinoma basocelular. Pápula hipercrômica na região nasal.



Figura 111. Carcinoma basocelular. Pápula hipercrômica na região retroauricular.

X

CICATRIZES

1. Cicatriz Hipertrófica e Queloide

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

Cicatrização é um processo de reparação de tecidos lesionados (após traumas, queimaduras, infecções, cirurgias etc.). Quando a cicatriz se apresenta elevada em relação à pele ao redor, denomina-se cicatriz hipertrófica. Quando a cicatriz é desproporcional à lesão da pele denomina-se queloide.

EPIDEMIOLOGIA

As diferentes formas de cicatrizes são relacionadas a uma característica individual e também com o cuidado do ferimento (ferimentos com infecções secundárias, tensão da pele nas áreas em cicatrização etc.). Alguns grupos étnicos tem maior tendência a apresentar cicatrizes hipertróficas e queloides, principalmente os indivíduos com a pele mais escura (morena).

QUADRO CLÍNICO

Cicatriz hipertrófica – lesão elevada em relação à pele normal (Figura 112).

Queloide – cicatriz desproporcional, atingindo tamanho maior do que a lesão inicial que provocou a cicatriz. À palpação, a lesão tem consistência endurecida (Figura 113).

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

O diagnóstico é clínico. A biópsia de pele para exame anatomopatológico deve ser realizada quando houver outras hipóteses diagnósticas.

TRATAMENTO

Utilizar corticosteroides tópicos sob oclusão, infiltração de corticosteroides na lesão, crioterapia ou cirurgia são algumas opções terapêuticas quando necessárias. No caso de cirurgia, é preciso considerar a possibilidade de reaparecimento da cicatriz hipertrófica ou do queloide no local da tentativa de correção cirúrgica.



Figura 112. Cicatriz hipertrófica. Cicatrizes elevadas lineares na perna.



Figura 113. Quelóide. Placas acastanhadas no ombro.

XI

OUTRAS DERMATOSES

1. Líquen Estriado

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

É uma dermatose pouco frequente, autolimitada, de distribuição linear e etiologia desconhecida.

EPIDEMIOLOGIA

Mais de 50% dos casos ocorrem em crianças menores de quinze anos, mas o início do quadro pode ocorrer em qualquer idade. Acomete mais frequentemente mulheres do que homens.

QUADRO CLÍNICO

Pequenas pápulas brilhantes, esbranquiçadas ou violáceas, que aumentam rapidamente confluindo em placas papulosas de disposição linear, restringindo-se a alguns centímetros de tamanho ou atingindo todo

o membro acometido, podendo inclusive acometer as unhas. Atinge principalmente membros superiores e membros inferiores (Figuras 114, 115 e 116).

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

O diagnóstico é baseado no quadro clínico. Se necessário, realizar biópsia de pele e enviar para exame anatomopatológico.

TRATAMENTO

Na maioria dos casos não é necessário, sendo indicada apenas a utilização de cremes e óleos hidratantes. Se houver coceira, utilizar corticosteroides tópicos ou em infiltração intralesional. As lesões regredem espontaneamente no período de três meses a um ano.



Líquen estriado.

Figura 114. Pápulas e placas violáceas de distribuição linear.

Figura 115. Pápulas e placas violáceas de distribuição linear e acometimento da unha.

Figura 116. Pápulas e placas hipocrômicas de distribuição linear.

2. Língua Geográfica

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

Também chamada de glossite migratória, trata-se de um quadro recorrente, benigno e de ocorrência familiar.

EPIDEMIOLOGIA

Atinge preferencialmente crianças, mas pode se iniciar em qualquer idade.

QUADRO CLÍNICO

Manifesta-se por surtos nos quais são vistas áreas da língua com perda de papilas (língua lisa), formando um aspecto de mapa (“geográfico”). Essas áreas vão surgindo em

diferentes áreas da língua (“migratória”). Alguns pacientes se queixam de ardência no local da lesão (Figura 117).

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

O diagnóstico é feito pelo quadro clínico, não sendo necessários exames subsidiários na maior parte dos casos.

TRATAMENTO

Normalmente não é necessário. Se houver queixa de ardor local ou dificuldade para se alimentar, utilizar corticosteroides tópicos em apresentação orabase ou em bochechos.



Figura 117. Língua geográfica. Áreas despiladas no dorso da língua.

3. Doença de Fox-Fordyce

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

Ocorre em decorrência da obstrução da glândula sudorípara. Não é doença infecto-contagiosa.

EPIDEMIOLOGIA

Ocorre quase exclusivamente em mulheres, normalmente entre os 14 e 35 anos de idade.

QUADRO CLÍNICO

Pápulas individualizadas localizadas nas saídas dos pelos, associadas a muita coceira. Surgem nas axilas, região pubiana, aréola

mamária e região inguinocrural. Pode haver diminuição dos pelos (Figura 118).

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

Quando necessário, realizar biópsia de pele e enviar o material para exame anatomicopatológico.

TRATAMENTO

Algumas das opções de tratamento são: anticoncepcionais, ácido retinoico tópico e corticosteroides tópicos. Em alguns casos, pode ser necessário tratamento cirúrgico.



Figura 118. Doença de Fox-Fordyce. Pápulas eritematosas de localização folicular na axila.

4. Hidroa Vaciniforme

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

Quadro vesicobolhoso que tem tendência a aparecer durante os meses mais quentes e ensolarados.

EPIDEMIOLOGIA

Ocorre principalmente em crianças, e geralmente desaparece após a puberdade.

QUADRO CLÍNICO

Lesões vesicobolhosas que tendem a evoluir para cicatrizes. Aparecem de maneira simétrica na face (nariz, bochechas, orelhas – Figuras 119 e 120), mas podem acometer

também as extremidades (dorso das mãos). A localização preferencial é nas regiões expostas ao sol.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

É necessária a realização de biópsia de pele para exame anatomopatológico e imunofluorescência direta para diferenciação de outras doenças (porfirias, erupção polimorfa à luz, lúpus eritematoso).

TRATAMENTO

Utilizar medidas para proteção contra a luz solar (proteção com chapéus, filtro solar etc.).



Figuras 119 e 120. Hidroa vaciniforme. Lesões atróficas na face.

Sobre os Autores

DOUGLAS A. RODRIGUES

Médico sanitarista. Foi coordenador do Projeto Xingu e atualmente chefia a Unidade de Saúde e Meio Ambiente do Departamento de Medicina Preventiva da Unifesp – Universidade Federal de São Paulo. É coordenador do Curso de Especialização em Saúde Indígena da Unifesp/Universidade Aberta do Brasil.

JANE TOMIMORI

Médica dermatologista e hansenologista. Doutora em Dermatologia e Professora associada do Departamento de Dermatologia da Universidade Federal de São Paulo. Assistente estrangeira da Universidade Paris VII. Médica do Ambulatório do Índio do Departamento de Dermatologia da Unifesp.

MARCOS C. FLORIANO

Médico dermatologista e hansenologista. Mestre em Dermatologia e médico do Departamento de Dermatologia da Universidade Federal de São Paulo. Médico do Ambulatório do Índio do Departamento de Dermatologia da Unifesp.

SOFIA MENDONÇA

Médica sanitarista. Mestre em Antropologia pela PUC/SP. Coordena a formação de recursos humanos do Projeto Xingu da Unidade de Saúde e Meio Ambiente do Departamento de Medicina Preventiva da Unifesp. Coordena a disciplina de Antropologia e Saúde do Curso de Especialização em Saúde Indígena da Unifesp/Universidade Aberta do Brasil.

TÍTULO	<i>Atlas de Dermatologia em Povos Indígenas</i>
AUTORES	Douglas A. Rodrigues, Jane Tomimori, Marcos C. Floriano e Sofia Mendonça
PRODUÇÃO	Adriana Garcia
EDITORACÃO DE TEXTO	Aristóteles Angheben Predebon
REVISÃO DE TEXTO	Renato Potenza
PROJETO GRÁFICO	Fabio Kato
EDITORACÃO ELETRÔNICA	Henrique Lourenço
CAPA	Adriana Garcia
SECRETARIA EDITORIAL	Fernanda Dias de Godoi Ornaghi
DIVULGAÇÃO	Mariana Forones
FORMATO	18 x 25,5 cm
TIPOLOGIA	Minion Pro 10,5 / 15,5 pt
PAPEL	Couché fosco 90 g/m ² (miolo) Cartão Supremo 250 g/m ² (capa)
NÚMERO DE PÁGINAS	160
TIRAGEM	1 000
IMPRESSÃO E ACABAMENTO	Prol Gráfica



Universidade Federal de São Paulo

Reitor Walter Manna Albertoni
Vice-reitor Ricardo Luiz Smith
Pró-reitores Miguel Roberto Jorge (Graduação)
Arnaldo Lopes Colombo (Pós-graduação e Pesquisa)
Eleonora Menicucci de Oliveira (Extensão)
Vilnei Mattioli Leite (Administração)



Fundação de Apoio à Universidade Federal de São Paulo

Presidente Durval Rosa Borges
Vice-presidente Luiz Roberto Ramos
Diretor Administrativo Conceição Vieira da Silva Ohara
Diretor de Ensino Sylvia Helena Souza da Silva Batista
Diretor de Pesquisa Afonso Celso Pinto Nazário
Diretor Financeiro Akira Ishida