

Conhecimento, Percepções de Indivíduos em Relação à Leishmaniose Visceral Humana Como Novas Ferramentas de Controle

Knowledge, Perceptions of Individuals Regarding to Human Visceral Leishmaniasis as New Control Tools

Josiane Marcia de Castro^a; Suely Maria Rodrigues^a; Savio Tarso^b; Flavio de Lacerda Costa^c; Ana Clara da Costa Piazzarollo Rodrigues^c; Lucas Duarte Ferreira Vieira^c; Marlucy Rodrigues Lima^c; Gulnara Patrícia Borja-Cabrera^{*a};

^aUniversidade Vale do Rio Doce, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território. Faculdade Pitágoras Ipatinga.

^bFaculdade Pitágoras Ipatinga.

^cUniversidade Vale do Rio Doce.

*E-mail: gulnaraborja@yahoo.com.br.

Resumo

O Brasil sofre atualmente um sério problema de saúde pública quanto à leishmaniose visceral humana (LVH). Surtos frequentes são registrados, inicialmente, em áreas rurais, mas, hoje, devido ao processo urbanização, encontram-se em expansão para grandes centros, fazendo com que o agravo encontre-se entre as seis endemias consideradas prioritárias no mundo. No leste de Minas Gerais, a macrorregião de Governador Valadares - GV possui diversos casos de LVH, inclusive com ocorrência de óbitos. A dificuldade em combater a doença, entre vários fatores, se deve ao fato de muitas vezes serem ignorados o conhecimento, as atitudes e as percepções da população acerca da patologia. Objetivou-se com este estudo analisar o conhecimento, as percepções e as atitudes sobre a LVH dos residentes da área urbana do município citado e o modelo de processo da saúde-doença prevalentes em suas percepções. Tratou-se de um estudo observacional, descritivo, com abordagem qualitativa, em que foram entrevistados 20 indivíduos, embasado em um roteiro semiestruturado. Para análise dos dados, utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. O estudo revelou que a maioria dos entrevistados não possui informações sobre a doença e focam o modelo biomédico, contribuindo para a endemicidade do agravo. O estudo requer maior atenção das autoridades no tocante à implantação de políticas públicas humanizadas, capazes de preparar os indivíduos para decidirem quais as estratégias mais apropriadas de prevenção e controle do agravo, para que possam saber como agir e assim ajudar a reduzir e, posteriormente, eliminar os focos de transmissão.

Palavras-chave: Percepção. Leishmaniose Visceral Humana. Controle.

Abstract

Brazil suffers a serious public health problem regarding human visceral leishmaniasis (HVL). Frequent outbreaks are recorded initially in rural areas, but nowadays, due to the urbanization process, they are expanding into large urban centers, so the injury is among the six prioritized endemic disease in the world. In eastern Minas Gerais, the macro-region of Governador Valadares - GV has several cases of HVL, including occurrence of deaths. The difficulty in combating the disease, among other factors, is due to the fact that the population often ignores the knowledge, attitudes and perceptions about the disease. The objective of this study is to analyze the knowledge, perceptions and attitudes about HVL of residents of the urban area of the municipality and the health-disease process model prevalent in their perceptions. This was an observational, descriptive, with qualitative approach research in which 20 individuals were interviewed, based on a semi-structured script. For data analysis it was used the technique of Bardin Content Analysis. The study revealed that the majority of respondents do not have information about the disease and focus the biomedical model, contributing to the endemicity of this disease. This study requires greater attention from the authorities regarding the implementation of humanized public policies, which are able to prepare individuals to decide the most appropriate strategies for prevention and control of this disease, so that they will know how to act and thus help reducing and subsequently eliminating the transmission foci.

Keywords: Perception. Visceral Human Leishmaniasis. Control.

1 Introdução

A Leishmaniose Visceral Humana -LVH é uma doença crônica, grave, potencialmente fatal para o homem quando não se institui o tratamento adequado. É causada pela *Leishmania chagasi*, cuja transmissão ocorre principalmente pela picada de fêmeas de flebotomíneos da espécie *Lutzomyia longipalpis*, em cujo cão é o principal reservatório. Endêmica em cinco continentes, com casos humanos relatados em cerca de 50 países localizados em regiões tropicais e subtropicais. Mais de 90% dos casos mundiais ocorrem em Bangladesh, Índia, Sudão, Sudão do Sul, Etiópia e Brasil. A incidência anual estimada da doença é de cerca de 200.000 a 400.000 novos

casos. Infelizmente, esses dados são subestimados, uma vez que a afecção não é de notificação compulsória em todos os países em que ocorre, e muitos deles não realizam vigilância ou outras investigações e não possuem um sistema de armazenamento de dados (ALVAR *et al.*, 2012; WHO, 2012).

Mesmo com grande parte dos casos sendo subnotificados, o Brasil é, atualmente, responsável por cerca de 90% dos casos da América Latina. Somente no ano de 2012 foram notificados 3.038 casos da doença em humanos, com uma incidência da ordem de 1,57 casos/100.000 habitantes e uma taxa de letalidade de 7,1%. Até uma ou duas décadas atrás, essa zoonose acometia indivíduos com condições socioeconômicas reduzidas, residentes em áreas rurais ou

semiáridas do Nordeste, que contava com cerca de 90% dos casos notificados no país (ALVAR; YACTAYO; BERN, 2006). Com o passar dos anos, os casos que se concentravam principalmente no Nordeste passaram a ser notificados com mais frequência nas regiões Norte, Centro-Oeste e Sudeste do Brasil, com uma expansão da doença observada em quase todo o território brasileiro, principalmente em municípios com crescente urbanização e alto índice de pobreza (CESSE *et al.*, 2001; CERBINO-NETO; WERNECK; COSTA, 2009).

De acordo com a distribuição espacial da doença no Brasil, os casos de LVH estão distribuídos em 22 unidades federadas atingindo as cinco regiões brasileiras, e acometendo o Nordeste em 47,5% do total de casos do país em 2009 (BRASIL, 2014).

No Brasil, ao longo da década de 90, houve grande expansão da distribuição geográfica da doença decorrente do processo de urbanização, levando à ocorrência de importantes epidemias em várias cidades da Região Nordeste – São Luís, Natal e Aracaju, Norte – Boa Vista e Santarém, Sudeste – Belo Horizonte e Montes Claros e Centro-Oeste - Cuiabá e Campo Grande (MARCONDES; ROSSI, 2014). Em Minas Gerais, observou-se no período de 2004 a 2008, um total de 2.374 casos de LVH, correspondendo a 68% dos casos registrados na Região Sudeste e 14% do país. Minas Gerais é o segundo estado com maior número de notificações da doença, onde a letalidade nesse período foi de 8,9% (BRASIL, 2009).

Em 2008, foram notificados os primeiros casos autóctones da LVH no município de Governador Valadares. Segundo a Gerência de Epidemiologia, a taxa de letalidade no município, no período de junho de 2008 a junho de 2010, atingiu um índice elevado de 18,03%, medindo desta forma a patogenicidade da doença. O município estava silencioso para LVH até 2008, necessitava de um conhecimento mais aprofundado sobre fatores clínico-epidemiológicos, como a procura do diagnóstico, as evoluções clínica e laboratorial, a escolha do tratamento e as comorbidades, além de intervenções na educação em saúde. Nos últimos anos, o Ministério da Saúde tem investido em pesquisas sobre diagnóstico laboratorial humano e canino, tratamento dos pacientes, avaliação da efetividade das estratégias de controle, bem como de novas tecnologias que possam contribuir na implementação das ações de vigilância e controle da LVH no Brasil (MAIA-ELKHOURY *et al.*, 2008).

Isso fez com que o movimento de luta pela reforma sanitária no Brasil se caracterizasse pela reivindicação de outro conceito de saúde que, para além do biológico, incluísse também a dimensão social na análise do processo saúde-doença. Na atualidade, está estabelecido que para melhor entender o processo em qualquer comunidade, faz-se necessário entender o ser humano no seu meio físico, biológico, social e econômico. Esses meios são considerados fatores determinantes e condicionantes desse processo, estabelecendo a ocorrência e a prevalência das doenças

infectoparasitárias nas paisagens terrestres, bem como seus comportamentos que são influenciados por esses fatores. O agente infeccioso é, na verdade, apenas uma das causas para a ocorrência das endemias (TEIXEIRA *et al.*, 2000).

Baseado nesse modelo, o Sistema Único de Saúde, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), organiza a gestão dos serviços de saúde, com base em uma delimitação espacial previamente determinada. Esse espaço político-administrativo comporta uma dinâmica de interação entre uma população específica, que vive em um determinado tempo e espaço, com suas particularidades de conhecimentos, práticas e percepções. Cada território é composto por problemas de saúde específicos, e traçar seu perfil epidemiológico é fundamental para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

A Organização Mundial de Saúde - OMS, como ferramentas de controle, preconiza três medidas principais, como: destruição do inseto vetor, tratamento dos casos humanos e eliminação dos reservatórios (cães sintomáticos e soropositivos) (MALAQUIAS *et al.*, 2007). Porém, observa-se que as ESF não têm desenvolvido campanhas sistemáticas de educação em saúde em relação às ferramentas preconizadas, o poder público pouco investe em educação e esclarecimento à população sobre as formas de prevenção e controle. Contentam-se em matar cães, não permitem o tratamento dos animais e sempre alegam questões financeiras para o investimento necessário no controle dessa endemia, gerando conflitos entre a sociedade e os gestores. Para o desenvolvimento das ações educativas, sobretudo, é preciso que a população tenha informações necessárias para que possam realizar práticas corretas que permitam esclarecer eventuais dúvidas, capazes de promover uma mudança de comportamento da população.

Além disso, a Carta de Ottawa indica que a promoção da saúde demanda uma ação coordenada entre governo, setor de saúde e outros setores sociais e econômicos para estabelecer estratégias que devem refletir as necessidades locais e as diferenças socioeconômicas e culturais para a construção de políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis, reforçar a ação comunitária na direção dos assuntos de saúde, desenvolver habilidades pessoais através da divulgação de informação, educação para a saúde e reorientar os serviços de saúde para a promoção da saúde com a participação da comunidade e de outros setores. (BRASIL, 2011, p.158-159).

A educação em saúde e a participação comunitária são vistas como a forma mais importante de se combater a doença; a colaboração da população torna-se fundamental para o êxito da campanha de combate à LVH. Seja pelos meios de comunicação de massa, como TV, rádio ou jornal, seja por meio dos profissionais de saúde, com visitas domiciliares ou palestras, a população deve ter acesso às informações sobre a doença, sobre o vetor e sobre as medidas de prevenção e controle para que possam saber como agir para ajudar a reduzir e, posteriormente, eliminar os focos de transmissão

(BUENO, 2001).

De acordo com a política de saúde vigente em nosso país, o controle da leishmaniose é de responsabilidade do Sistema Único de Saúde - SUS. Vale ressaltar que a educação em saúde no contexto da descentralização administrativa e participação social é um dos princípios do SUS que ainda carecem de maior instrumentalização. A definição do município como microterritório de implementação das políticas públicas no Brasil, embora possua sua lógica formal, dado que o município é a esfera de maior proximidade com os problemas sociais, acabou por reforçar as desigualdades regionais do país, por não ser acompanhada dos instrumentos necessários para garantir a efetividade dessa estratégia de controle de doenças negligenciadas, como a LVH.

2 Material e Métodos

Esta pesquisa caracterizou-se como um estudo qualitativo, observacional, descritivo. Adotou-se a abordagem qualitativa devido à complexidade do campo da saúde e à natureza do objeto de estudo, uma vez que não houve preocupação, neste estudo, de enumerar e/ou medir os eventos estudados e sim de captar a realidade do fenômeno. Como destaca Minayo (2007), essa modalidade de pesquisa admite averiguar os significados atribuídos pelos sujeitos ao fato de suas práticas, além de visar ao aprofundamento no mundo dos significados, conhecimentos, relações humanas, atitudes, crenças e valores. Nessa abordagem, segundo a autora, não há preocupação em quantificar, mas, sim, em compreender e explicar a dinâmica do fenômeno (GOLDENBERG, 2004).

O cenário do estudo é o município de Governador Valadares que constitui um polo econômico da mesorregião do Vale do Rio Doce e à microrregião de mesmo nome, exercendo significativa influência sobre o leste e nordeste de Minas Gerais e municípios do estado do Espírito Santo. Situa-se a 324 quilômetros de Belo Horizonte - MG. Segundo contagem do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, possui 260.396 habitantes, que se encontram distribuídos em bairros da região urbana e distritos em áreas da zona rural (IBGE, 2010). Entrevistou-se um grupo de 20 indivíduos residentes em bairros endêmicos, de diversas faixas etárias, sexo, condições socioeconômicas, grau de instrução, a fim de obter um conjunto de informadores-chave no contexto da investigação.

Desta forma, essa população foi a mais indicada para fornecer dados exploratórios e preliminares, a fim de identificar questões importantes nesta pesquisa, e contribuir no alcance dos objetivos propostos. A definição da amostra qualitativa não foi realizada com base em amostragem probabilística, mas delimitada pela saturação dos discursos. O fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo

considerado relevante persistir na coleta de dados. Noutras palavras, as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados (BAUER; AARTS, 2002).

Utilizou-se uma entrevista semiestruturada, guiada pelas seguintes perguntas: Você sabe o que é a Leishmaniose visceral humana? Como se pega essa doença? O que significa Leishmaniose visceral humana para você? Qual seria sua reação caso tivesse seu cão recolhido pela zoonose.

As entrevistas foram realizadas no domicílio do entrevistado, pois permite a avaliação do contexto em que o indivíduo está inserido. O estudo contou com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Rio Doce/MG, observadas todas as recomendações da Resolução nº 466, de 12/12/2012 - Conselho Nacional de Saúde para Pesquisa Científica em Seres Humanos. O consentimento da participação foi obtido pela leitura, esclarecimento e assinatura do termo, a fim de garantir o anonimato dos sujeitos da pesquisa, as entrevistas foram numeradas de acordo com a sequência em que ocorreram.

Para análise qualitativa das entrevistas foi realizada a Análise de Conteúdo de Bardin (2009), agrupando os dados em categorias para avaliação, dentro dos temas identificados. Os textos não sofrerão correções linguísticas, preservando o caráter espontâneo das falas. Esta técnica consiste em um processo sistemático de avaliação de mensagens, que objetiva a descrição do conteúdo e inferências de conhecimentos sobre a produção e recepção dessas mensagens, de acordo com os seguintes passos: Os discursos coletados são, inicialmente, transcritos mantendo-se a forma original de expressão dos respondentes; pré-análise, na qual se faz uma leitura flutuante, da qual emergem impressões e orientações, de forma a identificar as grandes categorias discursivas abordadas pelos respondentes; leituras exaustivas dos conteúdos, para a organização e sistematização dos conteúdos, permitindo o agrupamento deles em grandes categorias.

3 Resultados e Discussão

Nesta investigação, as categorias analisadas foram: conhecimento sobre a LVH; transmissão da doença; significado da doença para os indivíduos, sentimento ao ter seu cão recolhido.

3.1 Categoria conhecimento sobre a LVH

Quando perguntado a respeito do seu conhecimento sobre a LVH, a maioria dos entrevistados demonstraram desconhecer o agravo, o que pode ser justificado pelo fato de que as ações de comunicação e educação podem estar priorizando somente informações simplistas ou de difícil entendimento (RANGEL, 2008), como mostram as falas:

Ao certo não. (Entrevistado 3)

Não! Sei não. (Entrevistado 5)

Ah eu vejo falar disso daí, um mal provocado pelos animais né? (Entrevistado 1)

A visceral que [...] prejudica fígado, rins, prejudica tudo, os órgãos internos todos né? Igual fiquei, passei um sufoco, ofende demais o meu fígado entendeu? Graças a Deus fui atendido a tempo ainda e deu pra pra mim (*sic*) recuperar bem, Graças a Deus, se não, não tava aqui pra contar história. (Entrevistado 2)

Não faço a mínima ideia. (Entrevistado 13)

Ah eles fala que é do cachorro, qualquer uma criação que tiver doente e você ficar mexendo com aquela criação é perigoso né! (Entrevistado 9)

A falta de informação e de atitudes preventivas são alguns dos principais fatores relacionados à expansão das doenças infecciosas e parasitárias no Brasil. No caso das leishmanioses, na maioria das áreas onde a doença é endêmica, o conhecimento restringe-se, muitas vezes, a indivíduos que já tiveram a doença ou casos na família ou vizinhos (UCHÔA *et al.*, 2004). Mesmo em áreas com alto grau de endemicidade, a desinformação sobre aspectos relacionados à transmissão, ao tratamento e à prevenção é alta, dificultando o estabelecimento das estratégias de controle (MOREIRA *et al.*, 2002).

A educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientadas para a prevenção de agravos e promoção da saúde. Trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado por profissionais da área, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde (ALVES, 2005). A efetiva participação da população como agentes multiplicadores da informação em ações de prevenção e controle de doenças, no caso específico a LVH, já foi comprovada (UCHOA *et al.*, 2004; BORGES *et al.*, 2008; GENARI, 2012; DOS SANTOS LOBO *et al.*, 2013). Atuando, dessa maneira, como forma alternativa e auxiliar ao modelo assistencial de saúde ainda vigente no Brasil, centrado no tratamento de doenças. Estudos demonstram que qualquer conhecimento sobre a LVH é considerado fator de proteção para o indivíduo exposto, uma vez que a informação é capaz de minimizar o risco de ocorrência de LVH em até 2,24 vezes (BORGES *et al.*, 2008). Tal estatística é relevante ao considerarmos o fato de que o agravo é 100% letal quando não tratado. De maneira mais abrangente, ao se tornar consciente da LVH, a população pode contribuir ativa e permanentemente na fase inicial de ocorrência da enfermidade na cidade, proporcionando a consolidação das ações de vigilância e controle locais. A própria OMS reconhece a educação em saúde como forma de intervenção e recomenda aplicação constante no sistema de atendimento da saúde (DE BRITO, 2015).

O fundamental objetivo da participação da comunidade no controle do LVH é a redução do número de casos, além do desenvolvimento de atitudes e práticas saudáveis (CAVALCANTE; PORTO; TAUIL, 2007). Experiências demonstram que a comunidade tem um papel fundamental nos

programas de controle e prevenção de epidemias, entretanto, campanhas informativas, utilizando os meios de comunicação como rádio e televisão, palestras comunitárias por agentes de saúde, demonstram limitada efetividade, se um conhecimento prévio das concepções populares não for conhecido (SOUZA *et al.*, 2012).

Para Lenzi *et al.* (2000) o acesso à educação, entre outros fatores, colabora para a melhoria do nível de saúde da população. A efetiva participação dependeria de um maior grau de compreensão e de interpretação das informações relacionadas à LVH.

O problema de assimilação e compreensão das informações relativas à LVH pode estar baseado no caráter não permanente de divulgação e na forma pela qual elas são elaboradas e passadas à população – fragmentadas, incompletas e, de modo predominante, por meios de comunicação de massa que impossibilitam a discussão e a possibilidade de eliminação de dúvidas, gerando assim uma compreensão parcial do problema e miscelânea de interpretações. Entretanto, a televisão e o rádio, em virtude de serem bens aos quais a maioria da população tem acesso, poderiam ter papel relevante nas campanhas de saúde, pela possibilidade de promover programas de caráter interativo, divulgando permanentemente informações mais completas e criando um espaço de discussão entre os ouvintes. (LENZI *et al.*, 2000, p.853).

Uma proposta de mudança de informar a sociedade sobre determinado agravo, de forma a implicar novas práticas institucionais do campo da saúde, requer estudos de novas linguagens e vontade política para a introdução de abordagens diferenciadas, mais próximas da antropologia visual e da saúde, devendo respeitar e dialogar com as culturas, a subjetividade e a cidadania, desenvolvendo estéticas audiovisuais (narrativas e imagéticas) como práxis educativa no campo da saúde coletiva (PIMENTA; LEANDRO; SCHALL, 2007). Fica claro nas falas acima que o modelo predominante do processo saúde-doença é biomédico, entendido como a crescente e elevada dependência dos indivíduos e da sociedade para com a oferta de serviços e bens de ordem médico-assistencial e seu consumo cada vez mais intensivo. Essa prática incessante da tecnologia médica passa a considerar doença todos os problemas, dos mais diversos (situações fisiológicas, problemas cuja determinação é, em última análise, fundamentalmente de natureza econômico-social), como tal demandando, para sua solução, procedimentos médicos.

As narrativas focam uma concepção de modelo assistencial reducionista evidenciando que para a construção de um novo modelo é fundamental o desenvolvimento de novas racionalidades. Entre os princípios e diretrizes do SUS, admite-se ser o da integralidade aquele que confronta racionalidades hegemônicas no sistema – tais como o reducionismo e a fragmentação das práticas, a objetivação dos sujeitos e o enfoque na doença e na intervenção curativa. A relevância deste princípio para a reorientação do modelo assistencial pauta-se sobre as práticas de educação em saúde no contexto do PSF. O que muitas vezes cruzavam os serviços e as práticas de saúde atropelando as necessidades específicas

e reais da população assistida. Neste nível, a assimilação da integralidade na organização dos serviços e das práticas refletiria na identificação dos problemas de saúde a serem enfrentados pelas equipes de saúde com base no horizonte da população atendida. Esta perspectiva está de acordo com o princípio da vigilância da saúde e sustentado em três pilares básicos: o território processo, os problemas de saúde e a intersetorialidade (MENDES, 1996); o princípio da vigilância da saúde contribui para a reorientação do modelo assistencial à medida que orienta uma intervenção integral sobre momentos distintos do processo saúde-doença (ALVES, 2005).

Nesta categoria, o modelo que se evidencia é o biomédico, focado no tratamento, vinculado ao corpo, sobre disseminação de doenças nas coletividades, na forma mais grave e fatal. Desconsiderando o espaço no contexto do desenvolvimento técnico-científico-informacional do setor de saúde, entendendo a doença apenas como o resultado da presença de vírus e bactérias (análise unicausal), e não como resultado de uma dinâmica social complexa. Vê-se que uma compreensão ampliada do conceito de saúde é fundamental para abranger, abordar e planejar ações assistenciais envolvendo a LVH.

3.2 Categoria transmissão da doença

Quanto à categoria transmissão, quando se aborda como se pega a LV, alguns entrevistados responderam:

[...] uma doença do mosquito que pica a pessoa [...].(Entrevistado 4)

[...] uma doença transmitida pelo cachorro.(Entrevistado 6)
Talvez seja pelo contato com o animal infectado.(Entrevistado 12)

As falas demonstram a necessidade de olhar ampliado para questões que vão além da biologia, patologia e tratamento da LV (modelo reduzido do processo saúde/doença). Desta forma, torna-se importante que se desenvolvam relações horizontais entre profissionais e usuários dos serviços de saúde para que as ações sejam efetivas no controle do agravo. Enquanto outros disseram:

Tem que tomar cuidado com a parte higiênica, prevenir.(Entrevistado 1)

Assim parte higiênica da gente, alimentação e coisas velhas, a gente nunca deve usar ne? É só é só jogar fora prevenir eh.(Entrevistado 6)

Percebe-se a preocupação com a prevenção, o que remete ao modelo processual de processo saúde/doença. Quando abordados sobre os sinais e sintomas da patologia, a maioria dos entrevistados nesta categoria respondeu:

Eu tô com 78 kg, cheguei pesar 48, por isso fiquei fraco né?(Entrevistado 2)

[...] a barriga tava muito inchado e a cor dele muito amarelo.(Entrevistado 5)

O reconhecimento de sinais inespecíficos da doença não é valorizado pela população que não procura por um atendimento precoce, retardando o manejo clínico mais efetivo da doença, a notificação do caso e a possibilidade

de prevenção e controle de novos casos. Vale ressaltar que, apesar do desconhecimento, há uma conscientização, por parte dos entrevistados, de que animais e a falta de medidas higiênicas transmitem doenças aos seres humanos. O que constitui um fator importante, pois ao saber que pode adquirir alguma doença de um animal as pessoas preocupam-se em preveni-la (LIMA *et al.*, 2010).

Essa definição de doença remete-nos a outra questão: existe a consciência de que pouca higiene e animais representam risco à saúde, mas ao mesmo tempo observamos resistência à eutanásia, temos aí, um processo significativo a ser invertido. O animal receberia muito mais cuidados se o proprietário conhecesse os sintomas. O dono passaria a vincular esse conhecimento a algo vital para o futuro da sua relação com o animal. Portanto, a informação e o conhecimento seriam mais que mera instrução para se tornar parte da afetividade que unem proprietários e cães.

O modelo tradicional presente nas narrativas foca a doença e a intervenção curativa, fundamentado no referencial biologicista do processo saúde-doença. As estratégias desta prática educativa em saúde incluem informações verticalizadas que ditam e impõem comportamentos a serem adotados para a manutenção da saúde. Os usuários são tomados como indivíduos carentes de informação em saúde. Enquanto o modelo emergente de educação em saúde pode ser referido como modelo dialógico que visa à construção de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado que capacite os indivíduos a decidirem quais as estratégias mais apropriadas para promover, manter e recuperar a saúde de uma população, ele permite novos sentidos e significados individuais e coletivos sobre o processo saúde-doença-cuidado e renovação dos vínculos de compromisso e de corresponsabilidade entre os serviços e a população assistida (ALVES, 2005)

Atualmente, sabe-se que em várias cidades animais circulam livremente pelas ruas e praças públicas, sejam errantes ou domiciliados conduzidos por seus proprietários, e no momento da defecação, caso esteja com alguma enfermidade, pode contaminar o solo com formas evolutivas infectantes de endoparasitos, aumentando assim o risco da população adquirir algumas zoonoses parasitárias (GUIMARÃES *et al.*, 2005).

Percebe-se que a rua, o bairro são parte do território simbólico das comunidades carentes. Isso é um fato muito distinto de outras camadas da população com maior poder aquisitivo que não se apropriam de seu espaço, pois deslocam-se com veículos e frequentam diversos lugares de serviços e de lazer. Para o cão e seu proprietário de regiões periféricas, sua comunidade é seu microcosmo.

Deste modo, torna-se evidente a realização de medidas informativas contínuas em um processo gradativo de esclarecimento e assimilação de conceitos básicos sobre a transmissão do agravo e a posse responsável de cães para a população desses locais específicos.

Pode-se dizer que é na localidade que se materializam os

processos socioambientais que resultam na ocorrência de um agravo. As localidades são estruturas únicas que apresentam especificidades decorrentes de uma história singular, propagando, em cada momento, possibilidades distintas que podem ou não viabilizar a transmissão da doença. Contudo, os lugares de transmissão de uma antropozoonose não podem ser definidos apenas pelo número de casos, pois a incidência de uma doença como a LVH depende também de um conjunto de dados circunstanciais relacionados a fatores biológicos e sociais que influenciam diretamente na dinâmica da população de vetores e reservatórios. Desse modo, o modelo ampliado do processo saúde/doença é o mais apropriado no controle desse agravo, pois por meiodede é possível o diálogo interdisciplinar, discutir acerca dos diferentes processos de produção de doenças, e contribuir na formulação de propostas adequadas de intervenção ao controle dessa enfermidade (KAWA *et al.*, 2010).

3.3 Categoria significado da doença

Quando questionados sobre o significado da doença, a maioria associou a morte, como revelam as falas abaixo:

Ah é uma doença que mata. (Entrevistado 11)
 Como assim que se fala? Ah! Doença terrível né? Igual a morte. (Entrevistado 2)
 Igual a morte, igual, perdi minha filha, né, que era tudo pra mim. (Entrevistado 9)

Souto (2006) argumenta que o indivíduo infectado está sempre preocupado com as consequências da infecção e/ou do seu tratamento sobre sua aparência e saúde físicas, convivendo permanentemente com o medo e com a insegurança acerca do que poderá lhe acontecer. É possível que o sujeito também sofra com a imagem do que poderá significar e representar sua infecção.

O diagnóstico, portanto, altera a identidade desse sujeito, transformando-o em outra pessoa. Associam essa mudança a algo negativo que tem a capacidade de distanciar as pessoas entre si, produzindo, assim, um desarranjo social do indivíduo. Segundo Souto (2006), a enfermidade altera o encaixe social das pessoas e é responsável também por mudanças nos sentimentos dos pacientes. Portanto, os laços interpessoais dos enfermos sofrem revisão e assumem novos significados.

De acordo Souto (2006), quem sente o desejo de adiar a morte ao confrontar-se com ela é porque não tem uma verdadeira consciência desse fenômeno. Isso pode representar, no inconsciente desse sujeito, que a morte provocada por esta infecção não é uma morte natural e, portanto, deve ser evitada. A atitude de resistir a uma morte não natural, ao que chamou de pulsão de vida, é uma presença inconsciente em todo ser existente. Tudo aquilo que existe caminha para o fim, porém determinado pelo próprio processo que define o ciclo normal de existência em nascer, crescer e morrer. Assim, a morte é parte desse processo e sua consequência natural. Morrer de uma forma alheia ao fenômeno da existência é o mesmo que interromper a existência antes que seja concluída.

Esses autores mostraram, pois, que desejar que a morte se apresente como um fenômeno natural representa uma busca pela plenitude da existência.

Souto (2006) relata que o fato do indivíduo estar doente significa uma quebra na continuidade vital do sujeito, apresentando-se como incompreensível. É mórbido aquele vivenciar que emerge na vida do indivíduo, quebrando sua continuidade, sua maneira de agir e comportar-se, sua forma de sentir e pensar. E esta quebra não encontra justificativa em sua circunstância vital imediata. A pessoa começa a entrar num processo de ruptura com sua realidade habitual, mostrando-se cada vez menos adaptada às exigências de seu contexto.

A esse respeito, Souto (2006) argumentou que o imaginário da eternidade é um recurso que usamos contra a angústia de morte inerente à existência. Como a morte é certa, uma forma de nutirmos esse imaginário é projetá-lo em nossos descendentes que continuarão vivos depois que morrermos. Contudo, o autor acrescentou, ainda, que esse desespero proporciona ao sujeito uma possibilidade para definir o seu “poder-ser”, o qual ele inclui em seu projeto. Nesse estágio, a angústia de morte é uma presença marcante que pode ser minimizada quando é percebida “como uma forma de pôr mais atenção à vida”, fazendo com que o verdadeiro significado da vida passe a residir não no quanto se vive, mas no como se vive.

Cada relato remete a situações em que o indivíduo se envolveu em interação com outras pessoas, com situações ou fato da vida, reflete as crenças que adquiriu em seu grupo, se ancora temporalmente aos eventos que fizeram notícia e qualificaram a época, sobre epidemias, sobre acidentes e crimes. A vida “privada” constitui o testemunho de um tempo coletivo, e o psicólogo social pode remontar, com base em práticas da privacidade, para o contexto social do qual se nutrem e que elas ajudam a definir. Neste contexto, a psicologia estabelece zonas de transição e de interdisciplinaridade com a história e as outras ciências sociais.

Diante disso, essas representações desfavoráveis se devem as falhas dos sistemas de comunicação social e políticas públicas humanizadas, as quais, de fato, têm grande capacidade de intervenção sobre o imaginário coletivo. Tranquilizar a imaginação do doente, mediante acolhimento, para que ao menos ele não tenha de sofrer, como tem acontecido até agora, entender que os atores sociais deveriam pensar sobre a doença, prevenção e promoção, e não sobre a doença em si. Para contribuir com o “inconsciente coletivo” diríamos sobre a importância de se fixar valores como a necessidade de reagir a tudo aquilo que se interpõe dentro do processo natural de vida e morte. Ou seja, os sujeitos históricos passam a ter uma reação coletiva contra a epidemia de uma maneira mais consciente da necessidade de evitar seus agravos.

3.4 Categoria Sentimento ao ter seu cão recolhido

Na categoria sentimento ao ter seu cão recolhido, identificou-se alívio e tristeza como mostram as falas:

Foi de alívio, por que todo mundo dentro de casa tava correndo o risco de se contamina. (Entrevistado 4)

Uai a gente fica chateado, mas não tem jeito entendeu? Ai teria que sacrificar né?(Entrevistado).

Ah eu procuraria um método de tratar, eu talvez tenha algum tratamento por cachorro, não deixar matar de primeira.(Entrevistado 14)

Ficaria com dó mais tinha que levar né! (Entrevistado 15)

Deixaria levar, uma doença assim que, no meu ver não tem solução né! (Entrevistado 12)

Aceitar né! Ah eu ia ficar muito triste né, já perdi um por causa disso, teve um aqui que teve, perdi ela, fiquei muito sentido com isso. (Entrevistado 16)

Aqui o sentimento de identidade está sendo tomado no seu sentido mais superficial. Isto é, a representação que uma pessoa adquire ao longo da vida. “O elo afetivo entre a pessoa e o lugar ou ambiente físico, ou um objeto, ou um ser [cão]” (TUAN, 1980, p.106).

O estreitamento no relacionamento homem-animal, e das novas dimensões que ele tomou, no qual cão passa a ocupar um papel de destaque na sociedade e em casos extremos é considerado um membro da família, os estudos buscam respostas para os fenômenos causadores dessa aproximação geradora de novas formas comunicacionais, bem como suas causas e efeitos (BUENO, 2009).

Mediante a análise dos processos simbólicos se percebe como se criam os laços de pertencimento entre os membros de uma mesma sociedade, como e por que a memória coletiva pode unir e separar indivíduos de uma mesma sociedade ou grupo social, como e porque o imaginário social reforça certas representações de mesma situação, mesmo quando as condições materiais para que elas existam já tenham desaparecido (BONNEMAISON, 1980).

A relação entre os seres humanos e o seu território faz dos costumes ou usos tradicionais uma cultura profundamente enraizada no solo. Tem assim uma identidade profunda entre o homem (a doença) e o cachorro (território), e deste modo, com os fundamentos bastante fortes da ideologia territorial. Esta articulação com o reservatório canino, que fixa o sentimento dos seres humanos, é um “território mágico”, e tem repercussões sociais importantes. A apropriação desse território, neste caso, representa mais que a propriedade, ou mais exatamente, a identificação entre os seres humanos com esse espaço, faz com que os indivíduos tenham uma ligação afetiva com esse ser vivo que não é seu pelo sangue (BONNEMAISON, 1980).

No decreto do Senado Federal Brasileiro nº 51.838, datado de 14 de março de 1963, que rege o controle da doença considerada uma endemia rural, destaca-se o artigo 10, que esclarece que o combate às leishmanioses tem por objetivo a interrupção da transmissão da doença do animal ao homem, e/ou inter-humana, e os artigos 30 e 90 determinam o sacrifício dos animais domésticos doentes. No contexto de legislações estaduais e municipais definiu-se que além dos animais doentes, os soropositivos também devem ser sacrificados (PEREIRA, 2010).

Contudo, em estudos realizados por Costa (2012), o sacrifício de cães tem sido uma estratégia muito questionada na literatura dada a complexidade de fatores envolvidos no processo de transmissão e a própria operacionalização da medida. O controle da LVC pela estratégia de eliminação de apenas cães sintomáticos tem sido discutido pelos pesquisadores como uma melhor medida, devido aos custos e fatores éticos envolvidos no sacrifício de cães. A fim de verificar em qual cenário essa estratégia seria eficaz, foram utilizados dois testes diagnósticos com sensibilidade e especificidade de respectivamente 80% - 80% e 90% - 90%. Nesses dois cenários a transmissão da doença não foi interrompida. A transmissão só pode ser impedida quando as ações de controle corresponderam aos seguintes valores: 90% dos cães rastreados, desse conjunto 83% diagnosticados, e 86% dos cães, com diagnóstico positivo, eliminados. Ao analisar os mesmos cenários com base no cálculo da prevalência mensurada, nem mesmo com os valores referentes a uma melhor estratégia das ações de controle seria impedida a transmissão da doença eliminando apenas cães sintomáticos.

Mas nem todos os entrevistados se comportam de forma passiva, alguns são resistentes à entrega dos seus cães, necessitando de intervenções judiciais, como mostram as narrativas abaixo:

Olha levaram a força né, a polícia veio e levou com o povo da prefeitura, eu não queria deixar não, era como um filho pra mim, nascido e criado aqui [...] até hoje escuto o latido dele, adorava esse tapetinho aqui, sofri demais vendo ele indo embora, por mim ele morria aqui. (Entrevistado 17)

nem te conto, escondi ele pro homi não levar, ele dormia comigo, só de contar me dá vontade de chorar [...] ele me entendia, não deixava ninguém chegar perto de mim. Onde eu ia ela tava. Eu lá da rua ele sabia que eu tava chegando e vinha correndo e pulando para mi encontrar ta?(Entrevistado 18)

Sabe sofro até hoje pela falta dele, ele era companheiro mesmo, peguei na rua pequeninho, era aquele trem pistiado. Cui-dei dele, ficou bonito que só, vistoso. Faltava pouco falar, entendia tudo. Pra outros de fora vim matar, é muita ruindade, tanta gente fazendo maldade nesse mundo e ele não fazia mal a ninguém, porque não deixou eu tratar? Gritei, xinguei, escondi ele aqui mas não teve jeito levaram ele. (Entrevistado 19)

Usaram de força e violência para levar meu bichinho. Doeuei demais, arrumei outro mas não é mesma coisa. Me faz muita falta, era minha alegria, podia brigar e ele tava sempre rindo, satisfeito. Chegou aqui porque minha neta mora em apartamento e pediu pra eu cuidar para ela. Peguei amor ao bichinho. Era melhor do que gente. A casa dele era aqui. Tem muita gente ruim nesse mundo, gente que não tem coração. (Entrevistado 20)

As narrativas descritas demonstram o valioso instrumento que é a memória oral. Muitas vezes a história se baseia em documentos oficiais e não consta as paixões individuais que escondem nesses depoimentos. O indivíduo livre de laços de afeto, de interesses políticos e sociais, tão necessitado de um sentido para sua vida, guarda lembranças e o resgate de uma memória e, assim, como de sua própria condição humana. A distância entre o homem e o cão não é apenas uma distância temporal, o caminho que separa esses atores é percorrido por

uma história que é sua, o sentido de pertencimento a um grupo, a uma história, garantindo sua existência (BOSI, 2003).

A compreensão comum dos símbolos e dos significados e a comunhão de noções que compartilhamos com os membros do grupo social definem o caráter social das memórias individuais. E este “sentimento de realidade” é a base para a reconstrução do passado. No ato de lembrar nos servimos de campos de significados – os quadros sociais – que nos servem de pontos de referência. A exemplo da relação homem e cão, em meio a tantos andares de pessoas, o animal consegue identificar por meio da audição quem é o seu dono. Isso pode acontecer com várias outras percepções, como o olfato, o tato e a audição. As noções de tempo e de espaço, estruturantes dos quadros sociais da memória, são fundamentais para a rememoração do passado na medida em que as localizações espaciais e temporal das lembranças são a essência da memória. Tonalidades distintas são dadas à memória-mensagem desses entrevistados relacionada à trajetória de vida de cada um. Mas esses tons diferentes acabam construindo um quadro que tematiza as mudanças sofridas ao longo dos anos (BOSI, 2003).

Todos esses momentos têm significados subjetivos bastante expressivos, esses indivíduos são testemunhas dessas transformações e seus depoimentos representam uma prova de que as políticas públicas precisam considerar essas mudanças no controle da expansão da LVH. Cabe destacar que esse tipo de intervenção na saúde pública, de maneira impositiva, como é a eutanásia, representa mais do que um cuidado, mas um controle do Estado sobre a população, o que pode resultar em resistências e conflitos. No Brasil, por exemplo, esse modelo, implantado com mais força a partir da Primeira República, com Oswaldo Cruz, resultou em importantes revoltas populares, como a “revolta da vacina”.

Reação da população à Lei da Vacina Obrigatória, promulgada em 31 de outubro de 1904, que permitia que brigadas sanitárias, acompanhadas de policiais, entrassem nas casas e aplicassem a vacina contra a varíola, mesmo que contra a vontade, em todos daquela residência. Foram duas semanas de intenso conflito nas ruas cariocas, até o governo declarar ‘estado de sítio’ e suspender a obrigatoriedade da vacina. No entanto, o movimento foi contido logo em seguida e a vacinação maciça e obrigatória da população (pobre) teve prosseguimento. (RAMMINGER, 2008).

Atenta-se que em nome da ciência houve a marginalização de diferentes segmentos sociais com a consolidação de práticas pecaminosas que, ao silenciarem considerações de ordem simbólica e histórica sob a ótica das condições de vida e saúde das populações, fazem crer que não existe uma escolha política, ideológica e ética nas práticas sanitárias, parece ser mais racional normalizar condutas do que transformar condições perversas de existência.

A humanização no trato com os animais de estimação surge como um grave problema de saúde pública e impasse jurídico, tendo em vista que o possível, porém, ilegal, tratamento de animais doentes tem motivado muitos proprietários a remover seus animais para outros ambientes, às vezes, não endêmicos

para a doença, além do grande volume de ações judiciais em prol da preservação e do tratamento de animais infectados (FEIJÃO *et al.*, 2001). Somam-se a esta problemática o reconhecimento da OMS acerca das limitações da prática da eutanásia de animais de alto valor afetivo e econômico, além, da contribuição de estudos de modelagem matemática que indicam que a eutanásia de cães soropositivos, em escala de importância, deveria ser a terceira medida a ser adotada (BONAMAISON, 1980; HASBAERT; LIMONAD, 2007).

As narrativas são criadas com um acervo de fotos esparsas, vindas de tempos e lugares diferentes e, quando decifradas, não se assemelham a nenhuma outra. Quem está narrando a história de seu cachorro o faz colocando muito de si mesmo no desenrolar dos fatos. O caminho de sua história reúne as peças de um quebra-cabeça que, ao se completar, tem a marca de seu dono. O caráter quase sagrado de cada fala se apresenta de várias formas, mas sintetizam o mesmo valor. Elas envolvem sentimentos e emoções reunidas em múltiplas facetas da vida, englobando-as, dando-lhes uma face mais completa, mais homogênea e menos passageira. Cada indivíduo é bem mais que isso: parte de uma vida mais longa, é um elo na cadeia de uma história que o contém e lhe dá transcendência, da qual as narrativas são a prova indiscutível. Diante dos depoimentos, espera-se daqueles que escutam sobre a situação de separação entre o homem e seu cão o apoio na decifração de um passado e o resgate deste passado por meio da lembrança de emoções e sentimentos despertados pelas histórias (BOSI, 2003).

A eutanásia de cães não é bem-vista pela sociedade, uma vez que esses animais são considerados mais do que animais de estimação, e para alguns, chegam a ser parte da família. Com isso, a relação entre homens e cães passa a ser mais emocional que racional. O ônus emocional para profissionais e proprietários precisa ser considerado na avaliação da eliminação canina como estratégia de controle, no programa de combate à LVH. A eliminação indiscriminada de cães com diagnóstico positivo não aumenta a efetividade do controle, pelo contrário, gera indignação da população resultando em menor participação dela e de profissionais de campo. É significativo o custo social e ético de programas de controle que utilizem testes mais sensíveis em detrimento dos mais específicos, ou que não considerem as questões políticas envolvidas no processo, como problemas orçamentários, escassez de técnicos adequadamente treinados, mudança de governos, entre outros, resultando na implementação do controle de forma descontinuada, afetando, possivelmente, a efetividade do sacrifício canino. Acredita-se que outras medidas devem ser pensadas e estudadas, a fim de ser reduzido o sofrimento de cães e da sociedade. A saúde pública não deve sobrepor aos valores culturais, éticos, mas procurar alternativas inteligentes, criativas e acima de tudo humanizadas para controlar e ou erradicar esse agravo na sociedade (COSTA, 2012).

Estudos de campo têm demonstrado que estratégias como o controle de vetores, com o uso de coleiras repelentes e

letais para os flebotomos, bem como a imunização de animais sadios, se adotadas de maneira sistemática, ou seja, com adequada cobertura da população canina suscetível, podem interromper a transmissão da doença (BORJA-CABRERA *et al.*, 2002). A base dessa discussão está subsidiada na questão da interdisciplinaridade do conhecimento, envolvendo questões que permeiam os campos da pesquisa, da política e do planejamento em saúde pública e das relações humanas no contexto da ética pessoal, profissional e legislação. Neste sentido, percebe-se que a efetividade do controle da leishmaniose no Brasil só será possível se os diversos atores envolvidos buscarem entrosamento. Cabe destacar, em particular, a importância do papel desempenhado pelo poder do Estado (RAFFESTIN, 1993), que ao legislar, elaborar e executar ações de controle de doenças tenha em mente a necessidade e obrigatoriedade de se alinhar aos contínuos avanços nos campos do conhecimento e desenvolvimento de novas atitudes.

É notório que animais em companhia do homem proporcionam significativa melhoria na qualidade de vida das pessoas, aumentando estados de felicidade, reduzindo sentimentos de solidão e melhorando as funções físicas e a saúde emocional. Como a vida das pessoas é frequentemente turbulenta, marcada por perdas e mudanças, os animais domésticos podem aliviar os efeitos das perdas e trazer conforto nos momentos estressantes. Além disso, animais de estimação podem funcionar como um “lubrificante social”, pois sua presença acaba funcionando como estímulo à conversa com outras pessoas. Assim, a ligação com animais de estimação influencia, positivamente, a saúde das pessoas (COSTA, 2012).

A casa, o terreno, o bairro são verdadeiros territórios funcionais e simbólicos onde a relação entre animal e ser humano se estabelecem. Incluir tal dimensão na política de prevenção à leishmaniose vai ao encontro de compreender em que propriedades e apropriações se dá o fenômeno para buscar formas de se evitar os traumas da separação entre dono e cão, que imediatamente pode-se entender como desestruturação da saúde. Sacrifica-se um cão de modo racional e compromete-se adiante a estabilidade emocional do ser humano.

O discurso médico-científico não contempla a significação mais ampla da saúde e do adoecer presente nesta categoria, pois ele é reducionista. A saúde não é objeto que se possa delimitar ou mensurar de maneira quantitativa; não se traduz em conceito científico, da mesma forma que o sofrimento que caracteriza o adoecer. A população percebe o fato das doenças e produções de sintomas não ter uma única causa definitiva, o que é muitas vezes negligenciado pelas políticas públicas. Nota-se que a saúde é algo que remete à dimensão social, existencial e ética, a uma trajetória própria referida a situações concretas, ao engajamento e comprometimento a serviço do que não é conhecido na busca da verdade, que emerge na experiência vivida. Ela não representa o mesmo para todos, dependerá da época, do lugar, da classe social, de valores

individuais, de concepções científicas, religiosas e filosóficas, enfim, de suas identidades.

4 Conclusão

Atualmente, a leishmaniose constitui um grave problema de saúde pública e representa um desafio para os profissionais da saúde. O estudo epidemiológico é fator decisivo para o planejamento efetivo de estratégias para o controle da LVH. Para isso é necessário um maior controle sobre a população canina positiva e estratégias de vigilância devem ser intensificadas. A perspectiva de controle efetivo da doença nos animais e no homem exige a adoção sistemática e simultânea nos diversos elos da cadeia epidemiológica. Esclarecimentos sobre a transmissão, a prevenção e os cuidados devem ser informados para a população humana.

O fato de os entrevistados não compreenderem o mecanismo de transmissão da doença completamente e simplesmente associá-la a um hábito específico, sem qualquer esclarecimento mais profundo, provoca uma descrença na doença e, por essa razão, diminui a colaboração da população no processo. Uma boa campanha de saúde deveria levar em conta o receptor como um ser humano complexo e com diferentes possibilidades de percepção da mensagem, e não admitir que a população possa ser treinada para um comportamento desejável. Há, portanto, a prova de que uma boa produção informativa não pode levar em conta apenas as formas para atingir uma mudança de comportamento, mas também um estudo profundo sobre qual o conteúdo necessário para provocar empatia e colaboração com a situação, fazendo com que se alcance o objetivo proposto.

No entanto, o que percebemos é que o processo saúde/doença está cada vez mais relacionado ao que é valorizado socialmente e não à experiência subjetiva e singular de cada ser humano. Os comportamentos de risco, a falta de conhecimento sobre a LVH em sua maioria remete à culpabilização e responsabilização exclusiva dos indivíduos por suas condições de vida, saúde e adoecimento, desresponsabilizando o Estado de suas funções. Pode-se avançar considerando que a saúde é prejudicada nem tanto pelos erros ou acaso, mas principalmente por condições de vida adversas perfeitamente evitáveis. Destaca-se que a aplicação do conceito ampliado de saúde não garante a transformação das práticas de saúde no que tange ao controle do agravo, mas a mudanças nas ações dos atores sociais. Uma medida normativa, como é a eutanásia nos cães soropositivos, pode ser pensada de forma unilateral, emancipada do sujeito, pois depende muito de como ela é valorizada e vivenciada. Uma norma como esta é dependente de uma apreciação e avaliação, em que o indivíduo tem o direito de instituir ou contestar as normas estabelecidas. A doença é aquilo que perturba os homens no exercício normal de sua vida e em suas ocupações e, sobretudo, aquilo que os faz sofrer, como é caso da separação entre o homem e o cão.

O sacrifício de cães deve ser precisamente planejado e implementado de forma responsável e nunca como uma

medida mecânica em larga escala. O fato é que não é possível adotar uma norma, mesmo que seja em benefício para a sociedade, se não partir da própria sociedade esta necessidade de ser reduzido o sofrimento de cães e da sociedade. A saúde pública não deve sobrepujar os valores éticos, mas procurar alternativas inteligentes e criativas para controlar e ou erradicar agravos da sociedade.

Diante do exposto, é emergente a construção de uma política pública humanizada de combate à LVH que não se prenda ao monopólio dos discursos biológicos e inclua as dimensões simbólica, ética e política na discussão sobre as condições de saúde da população, sendo a interdisciplinaridade sua marca registrada. Contudo, a identificação do conhecimento, as percepções sobre a LV torna-se uma ferramenta importante para o controle da doença.

Referências

ALVAR, J. *et al.* Leishmaniasis worldwide and global estimates of its incidence. *PLoS One*, v.7, n.5, p.35671, 2012.

ALVAR, J.; YACTAYO, S.; BERN, C. Leishmaniasis and poverty. *Trends Parasitol.*, v.22, n.12, p.552-557, 2006.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface*, v.9, n.16, p.39-52, 2005.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2009.

BAUER M.W.; AARTS, B. A construção do corpus: um princípio para a coleta de dados qualitativos. In: BAUER, M.; GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. Petrópolis: Vozes, 2002. p.39-63.

BONNEMAISON, J. Espace géographique et identité culturelle en Vanuatu (ex Nouvelles-Hébrides). *J. Soc. Océanistes*, v.36, n.68, p.181-188, 1980.

BORGES, B.K.A. *et al.* Avaliação do nível de conhecimento e de atitudes preventivas da população sobre a leishmaniose visceral em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.24, n.4, p.777-784, 2008.

BORJA-CABRERA, G.P. *et al.* Long standing protection against canine Kalaazar using the FML-Quila saponin vaccine in an endemic area of Brazil. *Vaccine*, v.20, p.3277-3284, 2002.

BOSI, E. *O tempo vivo da memória: ensaios de psicologia social*. São Paulo: Ateliê, 2003.

BRASIL. *Atenção Primária e Promoção da Saúde*. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório de letalidade de leishmaniose visceral. Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas*. Brasília: MS, 2014.

BRASIL. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. *Relatório de situação Minas Gerais*. Brasília: MS, 2009.

BUENO, F.G.C. Homem que não ladra, cão que não morde: a comunicação inter-espécies marcando a cultura pós-moderna. 108f. 2009. Dissertação (Mestrado em Comunicação e Cultura) – Universidade de Sorocaba. Sorocaba, 2009.

BUENO, W.C. A cobertura de saúde na mídia brasileira: os sintomas e uma doença anunciada. *Comunic. Soc.* n.35, p.187-210, 2001.

CAVALCANTE, K.R.J.L.; PORTO, V.T.; TAUIL, P.L. Avaliação dos conhecimentos, atitudes, e práticas em relação à prevenção de

dengue na população de São Sebastião-DF. Brasil, 2006. *Comun. Ciênc. Saúde*, v.18, n.2, p.141-146, 2007

CERBINO NETO, J.; WERNECK, G.L.; COSTA, C.H.N. Fatores associados à incidência da leishmaniose visceral em área urbana: um estudo ecológico em Teresina, Piauí, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.25, n.7, p.1543-1551, 2009.

CESSE, E.A.P. *et al.* Organização do espaço urbano e expansão do calazar. *Rev. Bras. S. Mat. Infan.*, v.1, n.2, p.167-186, 2001.

COSTA, D.N.C.C. Avaliação da eliminação canina como estratégia de controle de Leishmaniose Visceral Canina a partir de modelos teóricos de dinâmica de transmissão. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2012

DE BRITO, J.A. *et al.* Avaliação do conhecimento sobre a leishmaniose visceral antes e depois de intervenção educacional em proprietários de cães da cidade de Cruz das Almas, Recôncavo da Bahia. *Rev. Ciênc. Extensão*, v.11, n.2, p.104-114, 2015.

DOS SANTOS LOBO, K. *et al.* Conhecimentos de estudantes sobre Leishmaniose Visceral em escolas públicas de Caxias, Maranhão, Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.18, n.8, p.2295-2300, 2013.

FEIJÃO, A.M.M. *et al.* O significado do cachorro para a família: estudo qualitativo sobre a estratégia de eliminação de cães infectados com Leishmaniose para o controle do Calazar. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, v.34, p.230, 2001.

GENARI, I.C.C. Atividades de educação em saúde sobre leishmaniose visceral para escolares. *Vet. Zootec.*, v.19, n.1, p.99-107, 2012.

GOLDENBERG, M. *A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais*. Rio de Janeiro: Record, 2004.

GUIMARÃES, A.M. *et al.* Ovos de *Toxocara sp.* e larvas de *Ancylostoma sp.* em praça pública de Lavras, MG. *Rev. Saúde Pública*, v.39, n.2, p.293-295, 2005.

HAESBAERT, R.; LIMONAD, E. O território em tempos de globalização. *Rev. Eletr. Ciênc. Soc. Aplic.*, v.1, n.2, 2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo*, 2010.

KAWA, H. *et al.* A produção do lugar de transmissão da leishmaniose tegumentar: o caso da Localidade Pau da Fome na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.26, n.8, p.1495-1507, 2010.

LENZI, M.D.F. *et al.* Estudo do dengue em área urbana favelizada do Rio de Janeiro: considerações iniciais. *Cad. Saúde Pública*, v.16, n.3, p.851-856, 2000.

LIMA, A.M.A. *et al.* Percepção sobre o conhecimento e profilaxia das zoonoses e posse responsável em pais de alunos do pré-escolar de escolas situadas na comunidade localizada no bairro de Dois Irmãos na cidade do Recife (PE). *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.15, p.1457-1464, 2010.

MAIA-ELKHOURY, A.N.S. *et al.* Visceral leishmaniasis in Brazil: trends and challenges. *Cad. Saúde Pública*, v.24, n.12, p.2941-2947, 2008.

MALAQUIAS, L.C.C. *et al.* Serological screening confirms the re-emergence of canine leishmaniasis in urban and rural areas in Governador Valadares, Vale do Rio Doce, Minas Gerais, Brazil. *Parasitol. Res.*, v.100, n.2, p.233-239, 2007.

MARCONDES, M.; ROSSI, C.N. Leishmaniose visceral no Brasil. *Braz. J. Vet. Res. Animal Sci.*, v.50, n.5, p.341-352, 2014.

MENDES, E.V. O Sistema Único de Saúde: um processo social

- em construção. Uma agenda para a saúde. São Paulo: *Hucitec*, 1996.
- MINAYO, M.C.S. Técnicas de análise do material qualitativo. MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: *Hucitec*, 2007.
- MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas Health surveillance and territory: theoretical and methodological possibilities. *Cad. Saúde Pública*, v.21, n.3, p.898-906, 2005.
- MOREIRA, R.D.C.R. et al. Nível de conhecimento sobre Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) e uso de terapias alternativas por populações de uma área endêmica da Amazônia do Maranhão, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.18, n.1, p.187-195, 2002.
- PEREIRA, C.A.D. Leishmaniose Visceral Canina: controle da doença sob a ótica do pensamento complexo. *Saúde Coletiva*, v.7, n.46, p.294-295, 2010.
- PIMENTA, D.N.; LEANDRO, A.; SCHALL, V.T. A estética do grotesco e a produção audiovisual para a educação em saúde: segregação ou empatia? O caso das leishmanioses no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.23, n.5, p.1161-71, 2007.
- RAFFESTIN, C. *Por uma geografia do poder*. San Pablo: Ática, 1993.
- RAMMINGER, T. Entre a normatividade e a normalidade: contribuições de G. Canguilhem e M. Foucault para as práticas de saúde. *Mnemosine*, v.4, n.2, 2008.
- RANGEL, S.M.L. Dengue: educação, comunicação e mobilização na perspectiva do controle – propostas inovadoras. *Interface*, v.12, n.25, p.433-441, 2008.
- SOUTO, B.G.A. Contribuição ao entendimento da terapêutica da síndrome da imunodeficiência adquirida: a fenomenologia da aderência ao tratamento antiretroviral entre pacientes do Centro de Promoção da Saúde de Conselheiro Lafaiete, no ano de 2004. 2006. 250f. Tese. (Doutorado em Medicina) – Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2006.
- SOUZA, V.M.M.D. et al. Avaliação do conhecimento, atitudes e práticas sobre dengue no Município de Pedro Canário, Estado do Espírito Santo, Brasil, 2009: um perfil ainda atual. *Rev.Pan-Amazônica Saúde*, v.3, n.1, p.37-43, 2012.
- TEIXEIRA, C.F. et al. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Fundamentos da vigilância sanitária*, p. 49-60, 2000.
- TUAN, Y. Topofilia: um estudo da percepção, atitudes e valores do meio ambiente. São Paulo: Difel, 1980.
- UCHOA, C.M.A. et al. Educação em saúde: ensinando sobre a leishmaniose tegumentar americana. *Cad. Saúde Pública*, v.20, p.935-941, 2004.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. WHO, 2002.