

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
MESTRADO EM GESTÃO INTEGRADA DO TERRITÓRIO

**ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS, CONHECIMENTO E PERCEÇÃO DE
INDIVIDUOS RESIDENTES EM AREA ENDEMICA DE LEISHMANIOSE
VISCERAL HUMANA**

JOSIANE MARCIA DE CASTRO

Governador Valadares
2016

JOSIANE MARCIA DE CASTRO

**ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS, CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO DE
INDIVIDUOS RESIDENTES EM AREA ENDEMICA DE LEISHMANIOSE
VISCERAL HUMANA**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação
em Gestão Integrada do Território Universidade
Vale do Rio Doce, como requisito parcial à obtenção
do Título de Mestre.

Orientadora: Prof. Dr^a. Gulnara Patrícia Borja
Cabrera

Governador Valadares

2016

C 355

Castro, Josiane Marcia de

Aspectos epidemiológicos, conhecimento e percepção de indivíduos residentes em área endêmica de leishmaniose visceral humana./ Josiane Marcia de Castro. UNIVALE: Mestrado em Gestão Integrada do Território, 2016.

120 f.: il; color; fotog.; 30 cm.

Dissertação Mestrado em Gestão Integrada do Território. UNIVALE – Universidade do Vale do Rio Doce, 2016.

Orientadora: Profa. Dra. Gulnara Patrícia Borja Cabrera

1 Leishmaniose - LVH. 2 Saúde Pública. 3 Animais – Controle. I.Título. Governador Valadares – MG. Título II. Prof.^a Dra. Gulnara Patrícia Borja Cabrera.

CDD 614.534

A Deus eterna fonte de amor. Minha luz,
meu guia.

Para meu Pai (*In memoriam*) e minha Mãe,
meus pilares. Irmão, Irmãos inventivos
sempre.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Gulnara Patrícia Borja Cabrera, por dividir comigo todos os seus conhecimentos. Pela paciência e dedicação. Por me ensinar a ser uma pessoa melhor. Grande mestre, obrigada.

Na pessoa da Profª. Suely Rodrigues meu agradecimento a todo corpo docente do GIT.
Aos meus familiares por compartilharem comigo deste sonho.

Às minhas grandes amigas Elaine e Mayara, por todo carinho e paciência. Vocês foram essenciais para o sucesso da minha caminhada.

A toda à equipe do Laboratório de Imunologia, sem vocês seria impossível colher tantos frutos.

Aos indivíduos entrevistados na pesquisa, essenciais ao trabalho.

Em especial agradeço aos meus pais, minhas irmãs e irmão, por serem meu maior suporte, o torcendo, ajudando e sonhando junto comigo.

A todos que direta e indiretamente estiveram ao meu lado me incentivando, não permitindo que caísse ou me ajudando a levantar, meu ponto de equilíbrio. Obrigada!

EPIGRAFE

Leva tempo para alguém ser bem sucedido,
porque o êxito não é mais do que a recompensa
natural pelo tempo gasto em fazer algo direito.

(Joseph Ross)

RESUMO

A Geografia da saúde busca analisar padrões de morbimortalidade de acordo com a distribuição da doença no espaço, considera a influência biogeográfica e antrópica, demonstrando a importância do meio geográfico no aparecimento e distribuição de doenças, visando fornecer bases seguras para os programas de saúde pública, como a Leishmaniose Visceral Humana (LVH). Essa é uma doença grave que atinge milhares de pessoas no mundo. É causada por protozoários, transmitidos por insetos vetores, podendo infectar tanto homens quanto animais. Em ambientes urbanos, o reservatório mais comum é o cão doméstico, se constituindo como população susceptível e importante fonte de infecção na transmissão do agravo. Tendo por base a abordagem geográfica da saúde, o objetivo deste trabalho foi analisar os aspectos epidemiológicos e identificar o conhecimento, percepção dos residentes da área urbana do município de Governador Valadares quanto ao ciclo epidemiológico da LVH. Para isso, tratou-se de um estudo observacional, descritivo para identificar as características das populações. Utilizou-se uma abordagem quantitativa e qualitativa. Dos 35 indivíduos integrantes do estudo, nove foram notificações de LVH na Vigilância Epidemiológica de Governador Valadares no período de 2008 a 2014 oriundos dos bairros endêmicos Altinópolis, Nossa Senhora da Graças, Mãe de Deus e Santa Helena e seus respectivos circunvizinhos. A análise quantitativa epidemiológica descritiva foi efetuada com fontes de dados secundários da Vigilância epidemiológica, e para obtenção dos dados primários foi utilizada uma entrevista a partir de um roteiro semiestruturado previamente validado, contendo perguntas para posteriormente serem processadas as respostas de acordo a Análise de Conteúdo de Bardin, seguindo o rigor da ética em pesquisas com seres humanos. Os resultados quantitativos mostraram uma maior incidência de LVH no ano 2009 com predomínio no gênero masculino e na faixa etária acima de 60 anos quando comparado com os outros anos. As análises qualitativas evidenciaram as seguintes categorias: Conhecimento sobre a LVH; Transmissão da doença; Significado da doença para os indivíduos, Sentimento ou reação ao ter seu cão recolhido. O estudo revelou que a maioria dos entrevistados compreende o processo saúde-doença, através do modelo biomédico e desconhecem o processual. A medida de eliminação do reservatório afeta o território simbólico, que possivelmente possa estar contribuindo para expansão da doença. Contudo, a identificação do conhecimento, percepções sobre a LV torna-se uma ferramenta importante para seu controle. Assim, o planejamento das ações de saúde em território, implica em considerar essas territorialidades de forma efetiva para o alcance de mudanças de atitudes e adoção de práticas saudáveis.

Palavras-chave: Território. Leishmaniose Visceral humana. Conhecimento. Percepção. Controle canino

ABSTRACT

The health Geography seeks to analyze patterns of morbidity and mortality according to the distribution of the disease in space, considers the biogeographical and human influence, demonstrating the importance of the geographical environment in the emergence and distribution of diseases, aiming to provide a secure basis for public health programs, Visceral Leishmaniasis as Human (LVH). This is a serious disease that affects thousands of people worldwide. It is caused by protozoa transmitted by insect vectors and can infect both men and animals. In urban environments, the most common reservoir is the domestic dog, constituting as susceptible populations important source of infection in the transmission of this disease. Based on the geographic approach to health, the objective was to analyze the epidemiological aspects and identify the knowledge, perceptions and attitudes of residents of the urban area of the municipality of Governador Valadares on the canine reservoir of LVH. For this, it is an observational, descriptive study to describe the population characteristics. We used a quantitative and qualitative approach. Of the 35 members of the study subjects were nine reports of LVH in Governador Valadares Epidemiological Surveillance from 2008 to 2014 originating from endemic districts Altinópolis, Our Lady of Graces, Mother of God and St. Helena and their surrounding. The descriptive epidemiological quantitative analysis was performed with secondary data sources of epidemiological surveillance, and to obtain the primary data was used an interview from a semistructured script previously validated, containing questions to be later processed the responses according to Analyze Content Bardin, following the rigor of ethics in human research. The quantitative results showed a higher incidence of LVH in 2009 predominantly in male and aged over 60 years compared with another years. Qualitative analysis showed the following categories: Knowledge about LVH; Disease transmission; Meaning of disease for individuals, feeling or reaction to having your dog collected. The study revealed that most respondents understand the health-disease through the biomedical model and unaware of the procedure. The reservoir elimination measure affects the symbolic territory, which could possibly be contributing to spread of the disease. However, the identification of knowledge, perceptions of the LV becomes an important tool for its control. Thus, the planning of health actions in the territory, implies considering these effectively territorialities to achieve changes in attitudes and adoption of healthy practices.

Key words: Territory. Visceral leishmaniasis human. Knowledge. Perception. Canine control.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição da incidência da leishmaniose no mundo em 2012	29
Figura 2 – Fêmea de flebotomíneo adulto engurgitada – foto ampliada	31
Figura 3 – Protozoários da Leishmaniose: A) forma aflagelada ou amastigota B) forma flagelada ou promastigota	32
Figura 4 – Desenvolvimento das leishmânias no vetor e infecção de hospedeiros	33
Figura 5 – A) Cão com LV: reservatório doméstico B) Marsupial didelfídeo: reservatório silvestre	34
Figura 6 – A) Cão com LV: reservatório doméstico B) Marsupial didelfídeo: reservatório silvestre	35
Figura 7 – Cão com Leishmaniose Visceral	36
Figura 8 – Imagens de microterritórios endêmicos	62
Figura 9 – Imagens de microterritórios endêmicos	63
Figura 10 – Imagens de microterritórios endêmicos	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição de casos de LVH por faixa etária e por ano, em Governador Valadares/MG, no período de 2008 a 2014	69
Tabela 2 – Soroprevalência canina versus processo judiciais Fonte. CCZ, Governador Valadares, 2016	71

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição de casos de LVH por gênero, em Governador Valadares/MG, no período de 2008 a 2014	65
Gráfico 2 – Distribuição de casos de LVH por bairro, em Governador Valadares/MG, no período de 2008 a 2014	66
Gráfico 3 – Distribuição de casos de LVH por faixa etária ao ano, em Governador Valadares/MG, no período de 2008 a 2014	67
Gráfico 4 – Incidência da LVH de 2008 a 2014, em GV/MG	68

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CCZ – Centro de Controle de Zoonoses
CE – Ceará
CONAMA – Conselho Nacional de Meio Ambiente
DSS – Determinantes Sociais em Saúde
ELISA – Enzyme Linked Immunosorbent Assay
ESF – Estratégia Saúde da Família
GEPI – Gerência Epidemiológica
GV – Governador Valadares
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LV – Leishmaniose Visceral
LVA – Leishmaniose Visceral Americana
LVC – Leishmaniose Visceral Canina
LVH – Leishmaniose Visceral Humana
LT – Leishmaniose Tegumentar
MG – Minas Gerais
MS – Mato Grosso do Sul
NOB – Normas Operacionais Básicas
OMS – Organização Mundial de Saúde
PA - Pará
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCLV – Programa de Controle da Leishmaniose Visceral
PSF – Programa Saúde da Família
RIFI – Reação Imunofluorescência Indireta
RJ – Rio de Janeiro
SINAN – Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SP – São Paulo
SUCEN – Superintendência de Controle de Endemias

SUS – Sistema Único de Saúde

TDR – Territorialização, Desterritorialização e Reterritorialização.

TO – Tocantins

UBS's – Unidades Básicas de Saúde

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura.

Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território - GIT

**ATA DA BANCA EXAMINADORA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE
JOSIANE MARCIA DE CASTRO**

Matrícula Nº 72.087


Aos vinte nove dias do mês de junho de dois mil e dezesseis (29/06/2016), às 16h (dezesseis horas), na sala 13 do Bloco PVA da Universidade Vale do Rio Doce, reuniu-se a Comissão Examinadora da Dissertação de Mestrado intitulada "LEISHMANIOSE VISCERAL HUMANA EM GOVERNADOR VALADARES: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, ATITUDES, CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO", Linha de Pesquisa: Território, Saúde e Sociedade, elaborada pela aluna **Josiane Marcia de Castro**. A comissão julgadora foi composta pelas professoras Doutoras, Gulnara Patrícia Borja Cabrera (orientadora) – UNIVALE, Marileny Boechat Frauches Brandão – UNIVALE e Lucia Alves de Oliveira Fraga – UFJF/GV. Abrindo a sessão, a presidente da Comissão, Prof.^a Dr.^a Gulnara Patrícia Borja Cabrera após dar a conhecer aos presentes o teor das Normas Regulares do Trabalho Final, passou a palavra a mestranda Josiane Marcia de Castro para apresentação de sua Dissertação. Logo após a arguição dos examinadores, a Comissão se reuniu, sem a presença da mestranda e do público, para julgamento e expedição do resultado final. Concluída a reunião, os membros da Comissão Examinadora consideraram por unanimidade a Dissertação aprovada, fazendo as seguintes observações:
Revisar o título e fazer adequações de acordo com as sugestões da banca.

Em seguida o resultado foi comunicado publicamente a candidata pela presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a reunião e lavrou-se a presente Ata que será assinada por todos os membros da comissão Examinadora.

Governador Valadares, 29 de junho de 2016.


Prof.ª Dr.ª Gulnara Patrícia Borja Cabrera
Orientadora


Prof.ª Dr.ª Marileny Boechat Frauches Brandão
Examinadora


Prof.ª Dr.ª Lucia Alves de Oliveira Fraga
Examinadora

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 REVISÃO BIBLIOGRAFICA	19
2.1 A GEOGRAFIA DA SAÚDE E O PROCESSO SAÚDE DOENÇA.....	19
2.2 A GEOGRAFIA DA SAÚDE NO BRASIL	22
2.3 GEOGRAFIA DA LEISHMANIOSE VISCERAL HUMANA	28
2.3.1 Ciclo Epidemiológico da Leishmaniose Visceral Humana	31
2.3.2 Classificação e Sintomas.....	35
2.3.3 Tratamento	37
2.3.4 Aspectos Epidemiológicos	38
2.3.5 Medidas de Controle e as Políticas Públicas no Combate a LVH.....	41
2.3.6 Território Simbólico e Identidade das Comunidades Afetadas	47
3 PROBLEMA DE PESQUISA	55
4 OBJETIVOS	55
4.1 GERAL	55
4.2 ESPECÍFICOS.....	55
5 METODOLOGIA.....	56
5.1 ABORDAGEM.....	56
5.2 MODELO/TIPO DE ESTUDO	56
5.3 CAMPO DE INVESTIGAÇÃO	57
5.4 POPULAÇÃO/AMOSTRA.....	58
5.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	58
5.6 COLETA DE DADOS	58
5.7 PROJETO PILOTO	60
5.8 ASPECTOS ÉTICOS	61
5.9 TRATAMENTO DE DADOS	61
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	64
6.1 DADOS QUANTITATIVOS	64
6.2 DADOS QUALITATIVOS	76
6.2.1 Categoria1: Conhecimento sobre a LVH	76

6.2.2 Categoria 2: Transmissão da Doença	81
6.2.3 Categoria 3: Significado da Doença	84
6.2.4 Categoria 4: Sentimento ou Reação Ao Ter Seu Cão Apreendido	88
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	97
9 ANEXOS	118
9.1 DECRETO Nº 51.838, DE 14 DE MARÇO DE 1.963	118
9.2 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	119

1 INTRODUÇÃO

Este estudo surge a partir da disseminação descontrolada de doenças transmitidas por vetores, como é caso da Leishmaniose Visceral Humana (LVH), devido à negligência das políticas públicas, que consideram a geografia da saúde somente em sua abordagem materialista, cartográfica, biomédica e suas relações de poder, em detrimento da abordagem humanística que visa às questões psicológicas, subjetivas, afetivas, advindas das relações entre os indivíduos e o meio em que vivem (BENSABATH, 2014), requerendo ir além de uma análise superficial, buscando uma mudança de paradigma, com um olhar baseado na interação dos indivíduos com o meio, subsidiado por um diálogo interdisciplinar (SILVEIRA, 2011).

A Geografia da Saúde tem sido pouco explorada (MENDONÇA, 2015), por alguns autores são considerados entes indissociáveis, e por outros, fenômenos totalmente distintos. Identifica-se aí uma primeira tensão entre aqueles que definem saúde a partir do conceito de doença - a saúde sendo a ausência de doenças - e aqueles que consideram que saúde e doença são objetos distintos e, por conseguinte, devem ser tratados separadamente (BARBOSA, 2013).

A interação entre a Geografia e a Saúde, na perspectiva de uma ciência social se dá, por meio de vários fatores, na conceituação e operacionalização da concepção contra hegemônica de que o processo saúde-doença é essencialmente um fenômeno determinando socialmente e não apenas biologicamente como historicamente o setor saúde buscou explicar/intervir. Essa concepção entende que nos Determinantes Sociais em Saúde (DSS), definidos como os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e ambientais, estão à base das influências na ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (ANDRADE; BAPTISTA, 2016).

A partir disso, podem ser destacados elementos que envolvem a divulgação midiática, por parte da Organização Mundial da Saúde (OMS), de conhecimentos acerca do surgimento e da prevenção de determinados riscos relacionados à saúde das populações, em especial, aqueles ligados a epidemias de doenças transmitidas por vetores. Tais estratégias de informação agem no sentido de produzir significados culturais no que se refere ao controle desses riscos em momentos nos quais as dinâmicas espaciais oportunizam o aumento e a aceleração dos agravos à saúde, como o observado na Leishmaniose Visceral Humana (LVH). As dinâmicas espaciais, associadas aos fatores de riscos para o contágio dessa doença

provocam a emergência de novos estudos interdisciplinares para a gestão desses problemas (SOUZA, 2014).

No Brasil este processo é ainda incipiente, prova disso é o desconhecimento geral da existência dessa disciplina até mesmo entre os geógrafos mais novos (FURTADO et al., 2015). Neste sentido, a proposta de realização deste tipo de pesquisa visa entre outras, resgatar esse conhecimento na Geografia brasileira, no intuito de contribuir na compreensão dos mecanismos que levam a endemicidade de doenças negligenciadas como é o caso da LVH. As doenças negligenciadas são responsáveis por cerca de 11% da carga global de agravos e são reconhecidas como incapacitantes e deformantes (WHO, 2012; RIGOTTO; SANTOS, 2011).

A LVH é uma séria ameaça à saúde de cerca de 350 milhões de pessoas. Sua incidência mundial vem aumentando de forma clara e preocupante, e sua distribuição geográfica também se vem ampliando (DESJEUX, 2004; WHO, 2012). O agravo pode ser de longa duração ou fatal quando não tratada. Seu tratamento é antigo, tóxico e difícil de gerir (MARCONDES; ROSSI, 2014). É uma doença infecciosa causada por protozoários do gênero *Leishmania*, cuja transmissão em humanos se dá pela picada da fêmea de insetos flebotomíneos infectados.

A literatura aponta que os dados de incidência e prevalência da LVH são subestimados em virtude da falta de sistemas de vigilância e da subnotificação dos casos nos países em que elas ocorrem (ALVAR et al., 2012). O Brasil, além de ser um dos países com maior incidência e prevalência de LVH, é um dos principais produtores de conhecimento científico sobre essa doença (SANTOS; MARCHI; SILVA, 2016). Com o intuito de participar ativamente do delineamento de estratégias para o desenvolvimento de tecnologias de prevenção ou tratamento, o país tem investido em pesquisas básicas, mas os resultados desse investimento ainda não estão claros quanto a sua efetividade (BRAGA, 2016).

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, 2011). Em Minas Gerais, observou-se, no período de 2004 a 2008, um total de 2.374 casos de LVH no estado, correspondendo a 68% dos casos registrados na região Sudeste e 14% no país. Minas Gerais é o segundo estado com maior número de notificações para a doença, onde a letalidade nesse período foi de 8,9% (BRASIL, 20). Em 2008, foram notificados os primeiros casos autóctones da LVH no município de Governador Valadares, e, até setembro de 2010, foram confirmados vários casos. Segundo a Gerência de Epidemiologia, a taxa de letalidade no município, no período de junho de 2008 a junho de 2010, atingiu o índice de 18,03%, realçando a gravidade da doença (GEPI/ SMS-GV, 2010)

Dessa forma, este trabalho objetiva analisar aspectos epidemiológicos e identificar o conhecimento, percepção e o significado para os residentes da área urbana do município de Governador Valadares quanto ao reservatório canino da LVH, a luz dos conceitos territoriais de forma a propiciar subsídios para novas estratégias nas políticas públicas para o controle do agravo.

2 REVISÃO BIBLIOGRAFICA

2.1 A GEOGRAFIA DA SAÚDE E O PROCESSO SAÚDE DOENÇA

A Geografia da Saúde vem sendo desenvolvida como área de conhecimento desde o século XIX. É *“uma antiga perspectiva e uma nova especialização que se ocupa da aplicação do conhecimento geográfico, dos métodos e técnicas na investigação em saúde, na perspectiva da prevenção de doenças”* (PAREJA et al., 2016). Destaca-se, entre seus objetivos, proporcionar novos conhecimentos e desenvolver uma proposta teórico-metodológica para o estudo das relações espaciais do processo saúde-enfermidade, produzindo resultados de valor prático às investigações epidemiológicas, à administração de saúde e, em geral, à racionalidade das ações de melhoramento do bem-estar da população (BENSABATH, 2014).

O primeiro trabalho considerado como relevante, em sentido estrito, de “Geografia Médica” foi escrito por Leonard Ludwig Finke em Leipzig (1792), considerada uma das obras mais importantes pela sua abrangência, conteúdo e pela influência que teve em muitos autores que o seguiram ao longo do século XIX, como Schnurrer, Bourdin, (1843), e por isso alguns os citam como o primeiro trabalho de Geografia Médica e não o de Finke, que é anterior (GUIMARAES, 2005; GUIMARAES, 2008).

Ao longo da história das sociedades a concepção de saúde e doença refletiu os vários conjuntos de crenças e valores hegemônicos em cada grupo social. À medida que as populações criaram novas relações entre si e com o meio, gerando desequilíbrios ambientais e uma natureza transformada, produtora de novas enfermidades, criou-se a necessidade de estudos que levassem em consideração o ambiente como produtor dos processos de saúde e doença (BARCELLOS et al., 2002).

As concepções e explicações para a ocorrência das doenças humanas tiveram diferenciadas bases e concepções ao longo da história das sociedades. Segundo Guimarães (2011) para o homem primitivo as mudanças de tempo e a falta de alimentos, dentre outros, eram considerados fatos relacionados ao mágico, ao religioso e ao sobrenatural; da mesma forma concebiam os problemas relacionados à saúde humana, ou seja, a manifestação de doenças consistia numa deliberação divina.

Ao colocar a doença como uma designação divina, testemunho da vontade de Deus sobre os homens, e que somente através da igreja cristã é que se podia adquirir a cura, os avanços no conhecimento tanto sobre o corpo humano quanto sobre as formas para se controlar a dor e as doenças foram marcantes no processo saúde - doença. Por séculos as doenças tornaram-se fatos inexplicáveis com os argumentos humanos, e adquiriram, em grande proporção, a condição de manifestações divinas sobre a sociedade, na maior parte das vezes um castigo divino que se curava somente com a ação de religiosos (GUIMARAES, 2005).

Posteriormente, na Grécia Antiga, que surgiu a chamada medicina (pré) científica, baseada na busca pela compreensão e explicação racional para as doenças. Pode-se destacar que haviaM duas concepções fundamentais: a) uma afirmando que as doenças diferentes poderiam ter causas e sintomas iguais, e a outra, b) preocupada com prognósticos, na qual o doente passou a ser o foco principal da atenção. Foi também naquele contexto que o estabelecimento de relações entre os problemas da saúde humana e os elementos do meio começaram a ser evidenciados (MENDONÇA, 2014).

Durante vários séculos, acreditou-se que a doença existia fora do corpo e nele penetrava dependendo das condições naturais, ou do ambiente natural; a saúde era tratada a partir da Teoria Miasmática segundo a qual a doença era um castigo de forças exteriores, ou seja, que um miasma adentrava ao corpo, pois se acreditava que as doenças eram causadas por gases advindos de decomposição de cadáveres, ou também que o mal estava no ar – onde surge o termo malária (AMARO, 2013).

Há que se assinalar que até esta fase da história a perspectiva da compreensão de uma geografia das doenças, ou topografias médicas, não constituía um conhecimento sob o domínio da geografia ou dos geógrafos, até mesmo por que o status de conhecimento científico adquirido pela geografia somente aconteceu em final do século XIX. As interrogações acerca da influência, ou determinação, do meio natural sobre a saúde das populações estava fortemente circunscrita ao campo de médicos e biólogos. No caso

brasileiro, os exemplos tomaram destaque com os profissionais das faculdades de medicina do Rio de Janeiro e de Salvador, principalmente, a partir do final do século XIX, mas que tomou relevância no início do século XX como resultado da adoção do “higienismo” como medida para conter as doenças transmissíveis notadamente na capital do país (ROJAS, 2003).

Tanto os estudos de “levantamentos médico-geográficos” quanto os de “topografias médicas” no início do século XX, mostraram que o fluxo contínuo de mercadorias e pessoas entre os continentes, requeriam um controle permanente dos navios estrangeiros e áreas portuárias para evitar as epidemias da época. As florescentes cidades comerciais eram as mais vulneráveis, principalmente aquelas ligadas aos portos. O legado da LVH, no Brasil, se deu possivelmente através de colonizadores que trouxeram cães infetados contribuindo para disseminação do agravo no homem (MATSUMOTO; DE LIMA; CASAGRANDE, 2013).

Medidas foram instituídas como a quarentena e o isolamento de áreas (cordão sanitário) para proteger as cidades do contágio de doenças vindas do exterior. Estas medidas, por mais drásticas que fossem, eram as únicas disponíveis, já que pouco se sabia efetivamente da etiologia das doenças e seus mecanismos de transmissão. De fato, até o início do século XX a teoria dos “miasmas” era o paradigma médico/sanitário dominante (CZERESNIA; RIBEIRO, 2000).

Até meados do século XIX a Geografia Médica foi, portanto, um campo de conhecimento construído por médicos que desconheciam os agentes etiológicos microbianos das doenças. Estes profissionais da saúde buscavam informações no ambiente físico como o clima, temperatura, relevo, vegetação, etc., para as suas práticas diagnósticas e terapêuticas. A partir do aparecimento da teoria dos microrganismos, a relação ‘saúde e ambiente’ passou a ser vista sob uma perspectiva predominantemente determinista, estabelecendo relações lineares de causa e efeito com o meio físico. A designação da doença conhecida como malária, leishmaniose, por exemplo, foi fruto dessa perspectiva (SILVA, 2010).

No limiar do século XX, a Epidemiologia e a Geografia Médica ganham uma perspectiva social, que acaba por perder importância pouco depois, com a hegemonia da Teoria Bacteriana, onde a crença na unicausalidade das doenças desvia o foco da epidemiologia para a Biologia, arrefecendo também o desenvolvimento da Geografia Médica, que atravessa um longo declínio até a década de 1930. Paralelamente, no campo das Ciências da Saúde, e em particular da Epidemiologia, o debate entre as correntes ecológicas preocupadas com a relação saúde/ambiente e as correntes “biologicistas” que pregavam a

primazia do biológico na determinação das doenças, acirrou-se, acabando por predominar a visão biologicista (MENDONÇA, 2015).

A partir da nova corrente imperante, ocorreu um crescente distanciamento entre a prática médica convencional e, a visão ecológica das doenças. A temática saúde/ambiente ficou confinada a algumas categorias profissionais como sanitaristas e alguns epidemiologistas que, inseridos no campo da Saúde Pública, procuraram e ainda procuram construir uma ponte sólida entre a prática médica, os processos saúde-doença coletivos e o conhecimento sobre o ambiente (SILVA, 2010).

Com o fortalecimento da corrente neopositivista do pós-guerra na Geografia, os modelos ecológicos clássicos da Geografia Médica sofrem novo revés. No processo de renovação e introdução de novos métodos e temas pelos geógrafos, a Geografia da Saúde vai procurar desenvolver os modelos teóricos de difusão, os que melhor se adequavam aos novos paradigmas científicos, adaptando-se perfeitamente à investigação da transmissão de patologias infecciosas no espaço. Procurava-se identificar regularidades nos modos de propagação de doenças no tempo e no espaço (MARCOS THEIS; GALVÃO, 2012).

Assim, epidemiologistas e geógrafos ligados à área da saúde passam a investir maciçamente no desenvolvimento e aplicação dessas técnicas, análise espacial e geoprocessamento, obtendo avanços no campo da geografia da saúde e da Epidemiologia, o que exige dos geógrafos da saúde um treinamento em disciplinas como Matemática e Estatística Avançada. Entretanto, a euforia inicial da aplicação e desenvolvimento destas novas técnicas e ferramentas levou a um menor ímpeto no desenvolvimento de estudos teóricos em Geografia da Saúde, quadro que só recentemente começa a ser revertido (SERPA, 2011).

Uma das mais importantes premissas da geografia da saúde é que a doença não pode ser tratada isolada do contexto físico, social e cultural (BARCELLOS et al., 2002; FONSECA, 2013). A outra é que os padrões de mortalidade e morbidade, bem como a distribuição dos sistemas de atenção à saúde não ocorrem de forma aleatória, mas obedecem a algum nível de determinação política, social, cultural, ambiental, que pode ser a chave para a compreensão dos processos saúde-doença em um determinado lugar e momento histórico.

2.2 A GEOGRAFIA DA SAÚDE NO BRASIL

Em meados do século XX a contribuição de um brasileiro, médico com doutorado em

geografia humana, impulsionou sobremaneira a análise da causalidade das doenças humanas. Trata-se da contribuição de Josué de Castro que, ao estudar a subnutrição e a fome, e os problemas a elas associados, desnuda a crença de sua gênese como um fenômeno natural (FREIRE, 2014). Ao colocar em evidência a Geografia e a geopolítica da fome, no Brasil e no mundo, ele dá uma contribuição decisiva para a compreensão geográfica da manifestação das doenças, posto que se observe a passagem de uma concepção hegemônica de Geografia médica (com atenção, sobretudo à espacialidade das doenças) para uma perspectiva de Geografia da saúde (MORAIS, 2007).

Na atualidade a Geografia da Saúde encontra-se dividida em dois grandes campos de interesse: a) Nosogeografia, e b) a abordagem dos Serviços de Saúde. A Nosogeografia é considerada a abordagem mais tradicional, a que se propõe à identificação e análise de padrões de distribuição espacial das questões de saúde e doença como um todo nas relações tempo-espaciais, tratando diretamente dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença de populações (MENDONÇA et al., 2014).

Assim, as abordagens interdisciplinares se colocam como necessárias no trato da saúde pública e coletiva; a Geografia, que articula elementos espaciais nas análises dos problemas de saúde, contribui para o avanço da perspectiva interdisciplinar no campo da saúde. A Geografia da Atenção Médica, considerada mais recente, dedicada à distribuição e planejamento dos componentes infraestruturais e dos recursos humanos do Sistema de Atenção a Saúde, vem ganhando espaço nas pesquisas e de certa maneira, complementando os estudos voltados a Nosogeografia (PAIXÃO *et al.*, 2013).

O abandono da base positivista deu lugar a novas abordagens que ressaltaram o engajamento da geografia nos movimentos sociais voltados à justiça social; a Geografia da Saúde passa, então, a focar os problemas como decorrentes do contexto de iniquidades inerentes ao capitalismo.

As marcantes desigualdades sociais, no Brasil, têm forte expressão territorial, indicando a importância de políticas públicas mais integradas, assim como da adoção de abordagens abrangentes sobre a questão. Isto aponta para a necessidade do fortalecimento da dimensão territorial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), visto que a saúde analisada pela ótica geográfica expressa as condições de existência do ser humano no território. É nesta acepção que a categoria território se mostra pertinente, tanto no que diz respeito ao alcance social dos bens produzidos pela sociedade moderna, quanto para a investigação das realidades sociais mais deploráveis (LEMOS; LIMA, 2002, REIS, 2016).

O território, cenário das relações sociais, é imprescindível para analisar a apropriação do espaço e sua relação com a saúde, além de ser essencial para o planejamento de ações que permitam diminuir os impactos dessa apropriação na vida das pessoas (FARIA; BORTOLOZZI, 2009; DUTRA, 2011).

Diante desta assertiva, torna-se evidente a necessidade de uma discussão mais arraigada deste conceito e, posteriormente, discorrer a respeito dos critérios estabelecidos para a definição dos territórios da saúde e sua importância no âmbito das políticas públicas de saúde. O termo saúde perpassa pela existência geográfica que nos remete a ação da geografia da saúde em seu núcleo de interpretação e objeto de estudo, pois agrega fenômenos naturais e antrópicos buscando a melhoria da qualidade de vida (KOGA; NAKANO, 2006).

No Brasil, antes das Normas Operacionais Básicas (NOB), o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), os municípios não possuíam autonomia para gerenciar integralmente o seu território, e, conseqüentemente, a intervenção sobre este não respeitava suas particularidades. Com a NOB, há uma tentativa de definição de critérios populacionais para a destinação de recursos e estímulo às implementações de inovações como o Programa Saúde da Família (PSF), hoje denominado ESF, que representou um avanço no fortalecimento da gestão municipal, com a identificação e resolução de problemas de saúde no território (TEIXEIRA et al., 2000; SOUZA, 2014).

Esses avanços foram conseqüências de experiências vividas dos vários modelos do processo saúde – doença. No modelo médico assistencial que é do tipo biomédico, a saúde é vista como ausência de doença e é dada ênfase à assistência médico-hospitalar enquanto que no modelo assistencial sanitário que é do tipo processual, o foco são as campanhas, programas especiais e ações de vigilância epidemiológica e sanitária, com atuação sobre o risco. No modelo sistêmico, a saúde decorre de várias causas (fatores intrínsecos e extrínsecos), e o todo deveria ser considerado, ou seja: célula, órgão, indivíduo, família e sociedade (BRAGA, 2007).

Atualmente a definição de espaço é essencial ao entendimento das transformações nas sociedades humanas e relação do processo saúde-doença, pilares do SUS.

Eis o espaço geográfico, a morada do Homem. Absoluto, relativo, concebido como planície isotrópica, representado através de matrizes e grafos, descrito através de diversas metáforas, reflexo e condição social, experienciado de diversos modos, rico em simbolismos e campo de lutas, o espaço geográfico é multidimensional (CORRÊA, 2011, p.44 apud CORSO, 2015).

Baseado no modelo sistêmico, o SUS, por meio da ESF, organiza a gestão dos

serviços de saúde, partir de uma delimitação espacial previamente determinada. Este espaço político-administrativo comporta uma dinâmica de interação entre uma população específica, que vive 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; MONKEN et al., 2008).

A Geografia da Saúde desde a perspectiva do SUS observa e interpreta os determinantes sociais da saúde, em diversas escalas. Estuda também o comportamento e a disseminação de doenças infecciosas ou não, a partir de sua incidência. Para tal, a localização geográfica torna-se imprescindível, a fim de que se realize o mapeamento da distribuição de determinados agravos e implantação das ações governamentais ao estabelecimento de programas preventivos e controle das endemias (LEMOS; LIMA, 2002; BARBOSA; SILVA, 2016).

De acordo com Lacaz (1972) apud Amaro (2013), homem e ambiente são inseparáveis, pois é no ambiente vivido que todas as relações são estabelecidas. Segundo este autor,

Na Geografia Médica, o estudo do enfermo torna-se inseparável do seu ambiente, do biótopo onde se desenvolvem os fenômenos de ecologia associados à comunidade a que ele pertence. Quando se estuda uma doença, principalmente metaxênica, sob o ângulo da Geografia Médica, devemos considerar ao lado do agente etiológico, do vetor, do reservatório, do hospedeiro intermediário e do homem suscetível, os fatores geográficos representados pelos fatores físicos (clima, relevo, distribuição e densidade de população, padrão de vida, costumes religiosos e culturais, meios de comunicação) e os fatores biológicos (vida vegetal e animal, parasitismo humano e animal, doenças predominantes, grupo sanguíneo da população, etc.) (LACAZ, 1972, p. 1).

Para Teixeira et al. (2000), a territorialização do sistema municipal de saúde, deve ser a primeira ação a ser executada pelos profissionais de saúde para elaborar o planejamento das ações das políticas públicas. O processamento das informações e a sua projeção em mapas permite a identificação de vários territórios superpostos e delimitação de micro áreas em função das condições de vida. Outra possibilidade seria mapear os principais problemas que atingem grupos populacionais e até grupos de famílias específicos em determinadas ruas e bairros, como observados em doenças negligenciadas.

Interpretando as microáreas dentro da vastidão a realidade brasileira, devemos inter-

relacionar os aspetos humanos e geográficos para delimitar o que estamos chamando de território sistêmico da saúde (CLAVAL, 2001). Estudos em Geografia da Saúde no Brasil, no contexto da chamada medicina tropical tem enfocado as endemias prevalentes, em especial as transmitidas através de vetores, como esquistossomose, doença de Chagas, filariose, malária, Leishmaniose Visceral Humana, etc. Segundo Pessoa (1978, p.151) apud Mendonça et al. (2014):

“O meio geográfico cria, indiscutivelmente, condições constantes e necessárias para a incidência e propagação de inúmeras moléstias reinantes nos trópicos e, principalmente, em relação às doenças metaxênicas, isto é, àquelas que exigem para sua transmissão vetores biológicos, como por exemplo, a leishmaniose, malária, a febre amarela, as filarioses transmitidas por mosquitos, a esquistossomoses por moluscos. O desenvolvimento dos vetores bem como a multiplicação do agente patogênico nestes hospedeiros está estritamente ligado ao meio geográfico e especialmente às condições climáticas” (PESSOA, 1978, p.151).

Para Santos (2014) o território é entendido a partir das relações de poder que são projetadas no espaço pelas pessoas que apesar do conhecimento da causa das doenças insistem na relação de territorialidade ajudando na endemicidade do agravo. Dessa forma, as doenças refletem de algum modo, os mecanismos que operam a mobilidade social. Raffestin (1993) afirmou que o território se forma quando um indivíduo se apropria de um espaço concreta ou abstratamente, por exemplo, pela representação e percepção.

O território da endemicidade, portanto, é antes de tudo esse espaço de apropriação que posteriormente sofre a intervenção das políticas públicas como observado em algumas doenças negligenciadas como LVH. Porém essa apropriação se dá de modo distinto, pois há uma diferença substancial entre espaço e território (LEMOS; LIMA, 2002, CARVALHO; SOUZA-SANTOS, 2005; SANTOS, 2016).

A diferença entre espaço e território é abordada por Haesbaert e Limonad (2007) que consideraram que o território é mais amplo que o espaço geográfico, esse entendido como uma construção social e histórica, marcado por relações de poder, construído por três linhas de abordagem, jurídico-política, cultural e a econômica, território visto como produto espacial do embate entre classes sociais e da relação capital-trabalho. Haveria também uma dimensão material e ou natural do espaço, mas esta não deveria ser sobrevalorizada (ALVES, 2005; BARBOSA, 2013; BARBOSA, 2016).

A implantação do SUS seria um exemplo de reformulação territorial na saúde, com movimentos de fixos e fluxos, atendendo os movimentos de urbanização, mudança climática e comércio e deslocamento humano, poluição, uso do solo, armazenamento de água e irrigação

dentro de um território são aspectos da mudança global que podem influenciar a incidência e distribuição global de doenças transmitidas por vetores (SANTOS, 2011, LACERDA; DA SILVA, 2016).

O processo saúde-doença representa de maneira sintética as relações variantes que produzem, otimizam e/ou condicionam os estados de saúde ou doença nas populações. O elemento territorial torna-se essencial para a análise e o entendimento dessa relação, o que foi tratado pelos geógrafos humanistas com o significado de espaço vivido (SILVA, 2012).

Nesse sentido, o homem é considerado como foco dessa questão e o espaço passa então a ser concebido a partir dos sentimentos e experiências do homem habitante desse espaço. O espaço era considerado, segundo os geógrafos humanistas, o *locus* do sentimento a partir das experiências vividas pelo homem. O conceito espaço pode ser, nas correntes humanista e cultural, mítico, sagrado ou profano, local de manifestações culturais e sociais (FÉRNANDEZ et al., 2010).

O movimento de luta pela reforma sanitária no Brasil caracterizou-se, sobretudo, por uma crítica às práticas consagradas da Saúde Pública e pela reivindicação de outro conceito de saúde que, para além do biológico, incluísse também a dimensão social na análise do processo saúde-doença (DE CAMPOS, 2008). Na atualidade, está estabelecido que para melhor entender-se o processo saúde-doença em qualquer comunidade, faz-se necessário entender o ser humano no seu meio físico, biológico, social e econômico. Estes meios são considerados como fatores determinantes e condicionantes, que quando desequilibram, desencadeiam a ocorrência e a prevalência das doenças, bem como seus comportamentos que são influenciados por estes fatores (DIAS-LIMA, 2014).

Com o processo de Reforma Sanitária Brasileira e a idealização do Sistema Único de Saúde emerge uma discussão a respeito do funcionamento dos serviços de saúde e, por consequência, de base territorial na qual estes serviços estão estabelecidos (CARLOS, 2007). Tal fato implicou numa maior atenção a gestão territorial em diversas regiões, para implementação de políticas públicas que pudessem ser pensadas a partir de necessidades emergentes no território (CONFALONIERI, 2015). A percepção das conexões realizadas na dinâmica cotidiana dos territórios é de fundamental importância para que o Estado pense em respostas que priorizem situações de risco, vulnerabilidades e exclusões pessoais e sociais, bem como o controle de epidemias de doenças negligenciadas (KOGA; NAKANO, 2006; BEZERRA, 2010).

O território do distrito sanitário ou do município representa muito mais do que simplesmente o espaço político operativo do SUS. Ele é caracterizado por uma população específica, que vive em tempo e espaço determinados, com riscos à saúde distinta e que interage com os gestores das diferentes unidades prestadoras de serviços de saúde (FIGUEIREDO, 2013). Esse espaço abrange deste modo, além de uma extensão geométrica, um perfil demográfico, social, cultural, tecnológico, político, administrativo e epidemiológico que o caracteriza como um território em permanente construção (MONKEN; BARCELLOS, 2008; FRAGA, 2012).

O território seria, portanto, a base da análise que possibilita uma visão totalizadora dos determinantes, fatores de risco, agravos e danos à saúde. Vale ressaltar que a atuação em uma base territorial no campo da saúde exige a adaptação de equipes que estejam organicamente vinculadas às comunidades e famílias, com um novo olhar sobre os processos de saúde e doença, como o que é proposto pelo SUS. Uma melhor compreensão deste conceito pode interferir na possibilidade de alcançar maior efetividade nas ações do campo da atenção às doenças que se encontram em franca expansão como a LVH (FONSECA, 2013).

Na atualidade a Geografia da Saúde se ocupa tanto de temas referentes à influência dos fatores geográficos nas doenças como na gestão dos recursos de saúde. Trata-se, portanto, de “uma antiga perspectiva e uma nova especialização, se distingue por localizar-se nas fronteiras da geografia, da medicina, da biologia ou das ciências sociais, físicas e biológicas, e por ser essencialmente transdisciplinar” (DESJEUX, 2004; ROJAS, 2003; BEZERRA, 2010; REIS, 2016).

2.3 GEOGRAFIA DA LEISHMANIOSE VISCERAL HUMANA

A concepção geográfica das doenças infecto parasitárias passou a ter um maior impulso desde que as comunidades primitivas deixaram de ser nômades e passaram a fixar suas moradias tornando-se sedentárias. A partir daí o ambiente passou a ser alterado em escala contínua, interferindo na interação Sociedade/Meio/Agente/Vetor (HERZLICH, 2005; HEIDRICH, 2008; DE ANDRADE, 2015). Esta interferência faz com que a Geografia da Saúde passe a ter grande relevância nos estudos das endemias e das epidemias que possuem um reservatório e um vetor transmissor de doenças, no qual se realiza uma das fases do ciclo

evolutivo do agente etiológico, como também aquelas que necessitam apenas de um ambiente favorável para a sua proliferação (OLIVEIRA; PIMENTA, 2014).

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 (SANTOS; SANTOS, 2011, SANTOS et al., 2012). 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, CATÃO; GUIMARÃES, 2011).

No Brasil, têm sido registrados surtos frequentes. Inicialmente, essa ocorrência esteve limitada a áreas rurais e a pequenas localidades urbanas, mas, hoje, encontra-se em franca expansão para grandes centros, atualmente, é considerada uma das seis endemias prioritárias no mundo (BOELAERT et al., 2000, BARATA, 2005; AMARO, 2012). Fatores socioeconômicos fazem com que parte da população rural migre para a periferia dos grandes centros, onde as condições sanitárias e de habitação são precárias, favorecendo o aparecimento de doenças negligenciadas que têm modificado a geografia da Saúde global (BOTELHO, NATAL, 2009, BRAZUNA et al., 2012).

O Brasil enfrenta atualmente a expansão e urbanização da LVH e canina em vários territórios, como no leste de Minas Gerais, na macrorregião de Governador Valadares que possui diversos micros territórios com casos de LVH e canina, considerados endêmicos, inclusive com ocorrência de óbitos, o primeiro caso foi notificado em junho de 2008, em um total de 14 casos no ano (BARATA et al., 2013), tendo que a Vigilância Epidemiológica ser acionada para implementação das medidas de controle.

Estudos anteriores descreveram as características epidemiológicas da LVH em Gov. Valadares pelo crescente número de casos, no período de 2008-2010. Foram investigados todos os casos confirmados e suspeitos de LV humana, realizadas visitas domiciliares, e os residentes foram convidados a responder a um questionário pré-codificado que continha questões relacionadas às características demográficas, sociais e epidemiológicas da doença. Foram notificados 14 casos de LV em 2008, com três mortes (4,9%). Em 2009, o número dobrou, atingindo 30 pacientes com oito mortes (13,1%) e reduzindo para 17 casos em 2010, totalizando 61 casos confirmados entre os 93 notificados. A faixa etária mais acometida foi a de até 9 anos. Todos os participantes eram residentes de áreas urbanas, e 45 deles (73,7%)

eram do sexo masculino. A renda familiar foi de até 2 salários mínimos (86%), 41,5% eram trabalhadores, e 26,8%, estudantes. Em relação à escolaridade, 76,3% dos pacientes tinham ensino fundamental incompleto, 80,8% moravam em casas com quintal, 58,8% tiveram contato com animais, dos quais muitos eram cães com taxa de positividade de 65% para LV canina. Entre os cães positivos, apenas 76,9% foram submetidos à eutanásia pelo CCZ/SMS/GV, entre 1 e 6 meses após o diagnóstico canino. Para o controle do vetor, observou-se que 42,8% dos entrevistados, apresentavam o hábito de estar fora da casa no horário das 18 às 22 horas, e 72,3% desses indivíduos não faziam uso de repelentes (OLIVEIRA FRAGA et al, 2013).

A complexidade que envolve os estudos no controle da LVH requer maior atenção das autoridades no que diz respeito à gestão territorial da saúde. Por isso, elementos que antes não eram levados em consideração para a complementaridade desses estudos, como índices baixos de desenvolvimento humano (SILVA et al., 2016), a desnutrição, a ausência ou precariedade de saneamento básico e qualidade da água consumida, perfil epidemiológico, além do desmatamento e da urbanização acelerada e não planejada das grandes cidades, questões culturais e sentimentais, hoje são relevantes e primordiais, para que deem conta de respaldar a implantação das políticas públicas de saúde efetivas e resolutivas (SCHNEIDER; TARTARUGA, 2004, SAQUET, 2007, SILVA, 2013).

A urbanização pode estar associada, dentre outros fatores, à preferência da população por residir nas cidades, principalmente nas áreas centrais, onde existe a facilidade de se conseguir emprego nas indústrias e no comércio. Ademais, há a busca por acesso aos denominados serviços essenciais, como meios de transportes públicos, hospitais, clínicas especializadas, escolas, cursos de capacitação e atualização profissional e outros serviços necessários ao desenvolvimento das sociedades. Por isso, torna-se desejável residir no perímetro urbano, e com isso, pode-se observar a expansão da malha urbana nas grandes cidades, de forma geral (RÜCKERT, 2005, SOUZA, 2012).

O processo de urbanização pode ter contribuído para a dispersão geográfica da LVH no Brasil, implicando o movimento dos reservatórios entre áreas endêmicas e não endêmicas, e mudanças na ecologia do vetor. O vetor da LV está disseminado pelo Brasil e encontra-se adaptado para colonizar o meio ambiente modificado pelo homem no processo de urbanização. Isso significa que a introdução de cães infectados em áreas não endêmicas, onde existam potenciais vetores, podem resultar em um novo foco da doença nas áreas

urbanas (LEMOS; LIMA, 2002, D' ANDREA et al., 2012, SILVA NUNES; MENDES, 2012).

É nesse novo espaço geográfico que se desenvolvem as interações entre os diferentes segmentos das sociedades humanas e destas com a natureza. Se as interações não forem harmoniosas podem surgir ou reemergir doenças apesar da implementação de medidas de controle como é o caso da LVH (ARAUJO, 2013).

Várias dificuldades concernentes à implementação do Programa de prevenção e combate a LV, vem sendo descritas, como insuficiência de recursos humanos, materiais e financeiros (DOS SANTOS LOBO et al., 2013) e a descontinuidade das ações (LIMA, 2012), além da pratica da eutanásia do reservatório urbano, que é o item mais criticado do programa e enfrenta limitações como o longo intervalo entre o diagnóstico e a remoção; sensibilidade e especificidade dos exames menor que a ideal; a não aceitação dos proprietários em submeter seus cães à eliminação.

2.3.1 Ciclo Epidemiológico da Leishmaniose Visceral Humana

As leishmanioses é uma infecção causada por protozoário do gênero *Leishmania* que podem ser do tipo: tegumentar (LT) e visceral (LV) que constituem um grupo de agravos de grande importância em saúde coletiva. Os agentes etiológicos causadores da LV são protozoários do gênero *Leishmania*, sub-gênero *Leishmania*. A espécie responsável pela infecção é a *Leishmania (Leishmania) infantum* no Velho Mundo, as espécies responsáveis são *Leishmania (Leishmania) infantum* e *Leishmania donovani* (BRASIL, 2006).

A forma visceral, onde há dois tipos de LV, que diferem em suas características de transmissão: a antroponótica, transmitida de seres humanos para vetores e novamente para humanos e ou zoonótica, transmitida de algum animal reservatório para os vetores e, na sequência, para seres humanos, em área urbana, o cão doméstico é o reservatório da *Leishmania (L.) infantum*, sendo a principal fonte de infecção para os insetos vetores. Os vetores são insetos flebotomíneos de ampla distribuição no território brasileiro. As espécies implicadas na transmissão são *Lutzomyia longipalpis* e *Lutzomyia cruzi* (COSTA, 2011) popularmente conhecido por mosquito palha (Figura).



Figura 1: Fêmea de flebotomíneo
Fonte: Brasil, 2014

A zoonose se inicia quando inseto se contamina com as formas amastigotas, picando um cão infectado. No intestino da fêmea se transforma na forma promastigota, que na sua forma infectante metacíclica, atinge a proboscide do inseto vetor, que entra em contato com a pele do hospedeiro inoculando este parasita, ocorrendo assim a internalização, por meio de células dendríticas e macrófagos. Nestes o parasito perde o flagelo e transforma-se em amastigota (Figura 2).

Este vetor se adaptou aos ambientes urbanos, em periferias de grandes centros, principalmente na Região Sudeste, podendo ser encontrados no peridomicílio, em galinheiros, chiqueiro, canil, paiol, entre outros ambientes e também no intradomicílio. Esses insetos são pequenos, medindo de um a três mm de comprimento. Possuem o corpo revestido por pêlos e são de coloração clara ou cor de palha. São facilmente reconhecíveis pelo seu comportamento, ao voar em pequenos saltos e pousar com as asas entreabertas. Estes insetos na fase adulta estão adaptados a diversos ambientes, porém na fase larvária desenvolvem-se em ambientes terrestres úmidos e ricos em matéria orgânica e de baixa incidência luminosa. Ambos os sexos necessitam de carboidratos como fonte energética e as fêmeas alimentam-se também de sangue para o desenvolvimento dos ovos (BRASIL, 2006, BRASIL, 2015).

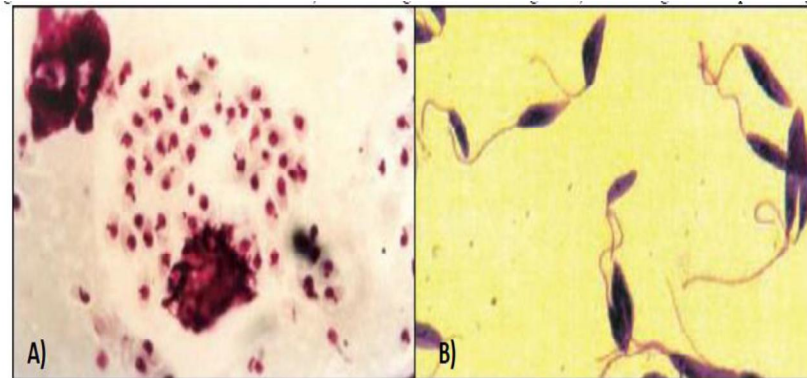
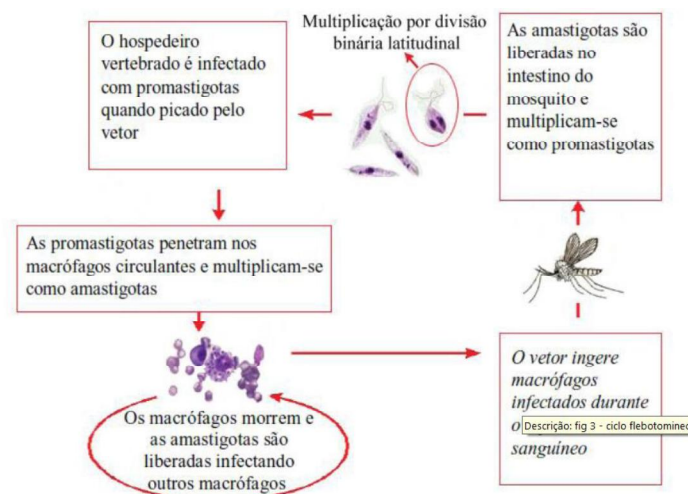


Figura 2: Protozoários da Leishmaniose:
 A) forma amastigota B) forma promastigota.
 Fonte: Brasil, 2014

No homem, os amastigotas localizam-se em órgãos linfoides, como medula óssea, baço, fígado e linfonodos. Quando o flebotomíneo pica o hospedeiro vertebrado parasitado, pode ingerir com o sangue, monócitos e macrófagos infectados. Após a ingestão, as formas amastigotas tornam-se flageladas, passando novamente a promastigotas (SOUZA, 2008).

Para que a LVH de fato ocorra é preciso que este vetor tenha ingerido parasitas infectados. Este processo ocorre no momento do repasto sanguíneo, através da atividade hematófaga da fêmea. Quando o vetor ingere protozoário, estes se reproduzem e, quando há novamente o repasto sanguíneo, o parasito pode infectar o hospedeiro vertebrado. A Figura 3 elucida um esquema de desenvolvimento da *Leishmânia* no vetor *Lutzomya Longipalps* e demonstra como se dá a infecção nos hospedeiros.

Figura 3: Desenvolvimento da leishmânia no vetor e infecção de hospedeiros.



Fonte: Brasil, 2014

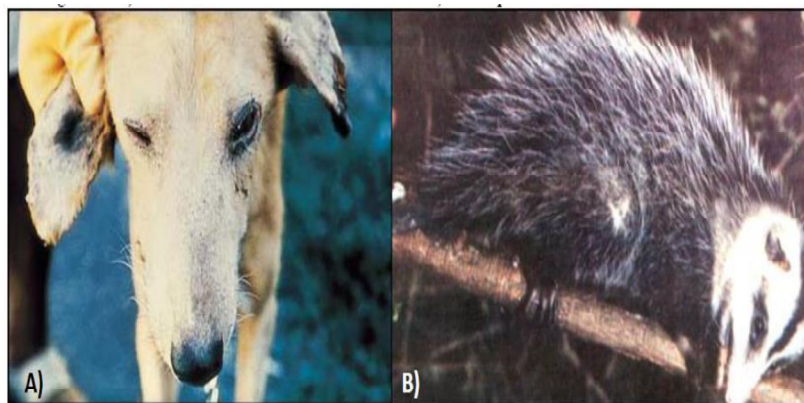
Neste ciclo, a fêmea possui atividade crepuscular e noturna, no intra e peridomicílio. É encontrada, principalmente, próximas a uma fonte de alimento, apresentando hábitos ecléticos, podendo picar várias espécies de animais vertebrados, inclusive humanos. Em áreas urbanas, o cão é a principal fonte de alimentação no ambiente doméstico (SCHWANKE et al., 2014, BRASIL, 2014).

Animais são infectados com *Leishmania* de diferentes espécies, mas *L. infantum* é a mais difundida entre os cães domésticos. Os cães são muito suscetíveis a este parasita e podem apresentar uma síndrome complexa e fatal. Esse fato tem direcionado esforços na identificação de animais considerados positivos, visando à interrupção do ciclo de transmissão, onde as medidas adotadas à prevenção e controle da LVH são voltadas ao vetor, ao reservatório, incluem orientações relativas à educação em saúde que devem ser aplicadas de forma conjunta (BRASIL, 2006).

No século XVIII, estudos sobre a ecologia animal passaram a ser valorizados, explicando, de modo mais completo, a inter-relação entre a vida animal e o ambiente. Neste momento foi possível associar a causa de doenças relacionadas aos animais e não mais como superstições, como maldições ou castigos (AMARO, 2012).

Entende-se por reservatório o organismo que oferece, em condições naturais, alojamento ou subsistência a um agente infeccioso. O reservatório mais comum da LV em ambientes urbanos é o cão doméstico (Figura 4). Em ambientes silvestres, marsupiais (*Didelphis albiventris*) e a raposa (*Dusicyon vetulus* e *Cerdocion thous*) são os animais mais comumente descritos na transmissão da doença (BRASIL, 2014).

Figura 4: A) Cão com LV: reservatório doméstico
B) Marsupial didelfídeo: reservatório silvestre



Fonte: Brasil, 2014.

2.3.2 Classificação e Sintomas

A evolução da infecção ocasionada pela *Leishmania* é lenta, podendo decorrer de forma assintomática até as manifestações graves as quais evoluem ao óbito. Uma das dificuldades para o diagnóstico precoce da LVH está relacionada às manifestações clínicas semelhantes à de outras enfermidades infectocontagiosas que podem acometer cães e humanos (GOMES; MENEZES, 2009, GOMES et al., 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde, a LVH, apresenta cinco classes, conforme sintomatologia e a evolução: 1) Inaparente: paciente sem manifestação clínica, porém com resultados sorológicos ou parasitológicos positivos; 2) Oligossintomática: apresenta quadro intermitente de febre baixa, prostração física e discreta esplenomegalia, quando detectada; 3) Aguda: apresenta manifestação súbita, com a febre sendo o primeiro sintoma, observando-se hepatoesplenomegalia, prostração física, emagrecimento e hemorragia; 4) Clássica: (Figura 5) paciente com quadro clínico prolongado, apresentando comprometimento do estado nutricional, palidez mucocutânea, hepatoesplenomegalia acentuada, edema de membros inferiores, astenia, prostração e caquexia, além de exames laboratoriais evidenciando leucopenia, plaquetopenia, hiperglobulinemia e hipoalbumemia; 5) Refratária: é a evolução da manifestação clássica, a qual não responde ou responde parcialmente ao tratamento (BRASIL, 2006, BRASIL, 2011, BRASIL, 2012).

Figura 5: Leishmaniose Visceral humana



Fonte: WHO, 2009.

As complicações mais frequentes decorrentes da LV são de natureza infecciosa bacteriana que, senão tratadas com antimicrobianos, o paciente poderá desenvolver um quadro séptico com evolução fatal (BRASIL, 2010). A alta letalidade da doença é caracterizada principalmente pelo

retardo no diagnóstico e tratamento tardio, relacionados às condições de doença negligenciada (BRASIL, 2011).

A doença pode levar ao óbito 95% dos casos não tratados e 10% quando não se institui o tratamento adequado (CARNEIRO, 2014). Segundo Leite e Araújo (2013), a gravidade das manifestações clínicas da LVH pode estar relacionada à idade, ao estado nutricional e às características imunogenéticas dos indivíduos acometidos pela doença. Para Santos et al. (2011), a associação de co-morbidades como a desnutrição, o diagnóstico tardio da doença e a presença de complicações, como as infecções bacterianas e as hemorragias convergem para o aumento da letalidade por esse agravo.

Nos casos caninos, a sintomatologia se apresenta em três formas clínicas: sintomática, oligossintomática e assintomática. Na forma sintomática os cães apresentam sinais clínicos típicos, tais como: lesões cutâneas, alopecia generalizada ou localizada, descamação, eczema em focinho e orelhas, pelos opacos, ulcerações nas orelhas, focinho, cauda e articulações, desnutrição e anorexia, perda de peso e do apetite, linfadenopatia localizada ou generalizada, lesões oculares, dermatite facial, cerato conjuntivite bilateral, uveíte, glaucoma, epistaxis, anemia, falência renal, diarreia crônica, onicogribose, coriza e edema das patas, apatia e sonolência intensas, neuralgia, poliartrite, polimiosite, rachaduras no coxim plantar, úlceras interdigitais, crescimento exagerado das unhas, lesões ósseas ou periostite proliferativa (BORGES et al., 2008, BORGES et al., 2014, BRASIL, 2014). Alguns sintomas clínicos podem ser observados na Figura 6.



Fonte: BRASIL, 2014

Cães que apresentam a forma oligossintomática exibem sinais clínicos pouco característicos como presença de adenopatia linfóide, pequena perda de peso e pêlo opaco e a sorologia, em geral, resulta em títulos baixos ou borderline (linha de borda – impreciso/neutro). Estes cães podem evoluir para a cura espontânea ou desenvolver a doença (BRASIL, 2006, BRASIL, 2009).

Na forma assintomática os cães não apresentam sinais clínicos, porém os exames sorológicos e parasitológicos são reagentes. Quando o cão está contaminado pode haver longos períodos de remissão da doença, seguidos pelo reaparecimento. Não obstante, freqüentemente a infecção progride lentamente para a morte (BRASIL, 2002, BRASIL, 2006, BRASIL, 2008).

“Por ser uma doença de notificação compulsória e com características clínicas de evolução grave, o diagnóstico deve ser feito de forma precisa e o mais precocemente possível” (BRASIL, 2012, p. 470). As rotinas de diagnóstico e acompanhamento, tanto em casos humanos como em casos caninos, devem ser implantadas e, quando já houver, devem ser implementadas, obrigatoriamente, em todas as áreas com transmissão ou em risco de transmissão (JULIÃO *et al.*, 2007, MACHADO; SILVA; VILANI, 2016).

2.3.3 Diagnóstico e Tratamento

Em humanos, deve haver obrigatoriamente o tratamento e o acompanhamento do paciente. Em cães, não existe tratamento cientificamente comprovado, favorecendo a prática da eutanásia (BRASIL, 2012).

De acordo com Marodin (2011) os exames laboratoriais utilizados para a confirmação dos casos de LVH, constituem de exame parasitológico, o chamado padrão ouro, que consiste na observação direta de formas amastigotas do parasito em esfregaços de aspirado de linfonodo, baço e fígado, e, exames sorológicos, os quais são recomendados pelo Programa de Controle da Leishmaniose Visceral (PCLV) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002; BRASIL, 2006), que tem por objetivo a redução das taxas de letalidade e o grau de morbidade através do diagnóstico e tratamento precoce dos casos humanos, bem como da diminuição dos riscos de transmissão mediante controle da população de reservatórios e vetores (BRASIL, 2002, BRASIL, 2014).

Dentre os testes sorológicos, a Reação de Imunofluorescência Indireta (RIFI) e *Enzyme Linked Immunosorbent Assay* (ELISA) são os mais utilizados (SCHWANKE *et al.*, 2014) e recomendados pelo PCLV; no entanto Santos *et al.* (2010), identificam a possibilidade de erro no diagnóstico de LVH utilizando-se apenas a RIFI como exame confirmatório, assim como Oliveira *et al.*(2010), observam a incidência de reações cruzadas com o *Trypanosoma cruzi*, nos exames sorológicos para LVH na RIFI, reforçando a

necessidade da confirmação diagnóstica por outras técnicas. Marodin (2011) sugere que em áreas endêmicas, os resultados de RIFI não devem servir de indicadores da infecção, sendo necessária a realização de outro método diagnóstico para a confirmação dos casos devido à possibilidade de reação cruzada de outros agravos causados por tripanosomatídeos.

No Brasil, nos últimos anos tem se introduzido o teste imunocromatográfico. (BRASIL, 2014). Os estudos de validação de testes para diagnóstico rápido da leishmaniose visceral, em formato de fitas imunocromatográficas com antígenos recombinantes, tais como o rK39, em população sem infecção pelo HIV, demonstraram sensibilidade e especificidade, variando de 93,8 a 100% e de 96 a 100%, respectivamente. Esses testes foram adquiridos pelo Ministério da Saúde e estão disponíveis para uso na rede pública (MAYA-ELKHOURY et al., 2008, LAURENTI, 2009, BRASIL, 2014).

Em respeito ao tratamento, a única fórmula disponível, no Brasil, é o antimoniato N-metil glucamina, que vem sendo distribuída pelo MS em ampolas de 5 ml, contendo 405mg de Sb+5 (1 ml = 81mg de Sb+5). Recomenda-se para a LVH a dose de 20mg de Sb+5 kg/dia, com aplicação endovenosa-E.V ou intramuscular-I.M, por no mínimo 20 e no máximo 40 dias, utilizando-se o limite máximo de 2 a 3 ampolas/dia do produto com bons índices de cura (BRASIL,2015).

O diagnóstico e tratamento dos pacientes devem ser realizados precocemente e sempre que possível à confirmação parasitológica da doença deve preceder o tratamento. Em situações onde o diagnóstico sorológico e/ou parasitológico não estiver disponível ou na demora da liberação dos mesmos, o início do tratamento não deve ser postergado (BRASIL, 2014).

2.3.4 Aspectos Epidemiológicos

Estudos tem revelado que a enzootia canina deve ter precedido o aparecimento em casos humanos (D'ANDREA et al., 2012). A participação de outros animais vertebrados (galináceos, bovinos, equinos, caprinos, ovinos, suínos, felinos, etc.) na transmissão da LV parece estar associada à capacidade de atração dos vetores ao peridomicílio ou a atuação como reservatórios do parasito (BATISTA et al., 2014).

Em áreas rurais é frequente a alimentação dos vetores da LV por diversas espécies, enquanto que em áreas periurbanas e urbanas, o vetor tem demonstrado interesse por galinhas, sendo estas consideradas refratárias, amplificando as condições para existência de flebotomíneos, facilitando a possibilidade de sua colonização. As fêmeas, acompanhadas por alguns machos, são, em princípio, atraídas pelo odor e, posteriormente, por feromônios (BRASIL, 2014).

A concentração de fêmeas de *L. longipalps* em galinheiros é de considerável importância epidemiológica, uma vez que não é habitualmente feita a borrifação desses locais com inseticidas (CASAGRANDE et al., 2013). Em estudo de análise univariada entre a presença de animais e o risco de LV, Borges (2014) concluiu que a presença de galinhas aumenta o risco de ocorrência da doença em humanos em 1,57 vezes.

A doença é característica de área de clima seco com precipitação pluviométrica anual inferior a 800 mm, e de áreas compostas por vales e montanhas, onde se encontram os chamados “boqueirões” e “pés-de-serra”. Contudo, com a urbanização da LV, principalmente, nas periferias dos grandes centros urbanos, há áreas conhecidas de terra firme nas diferentes regiões e em faixas litorâneas do nordeste, onde a doença tem se afixado de forma endêmica (GARCIA, 2014, GALVÃO, 2015). As alterações no ambiente, provocadas pela migração humana atrás de melhoria econômica ou social, a pauperização consequente, devido às distorções na distribuição de renda, o processo de urbanização crescente e, as secas periódicas acarretam expansão das áreas endêmicas e o aparecimento de novos focos. Este fenômeno leva a uma redução do espaço ecológico da doença, facilitando a ocorrência das epidemias (ALVARENGA et al., 2010; GALATI et al., 2015).

O ambiente mais propício para a ocorrência da LVH é aquele com baixo nível socioeconômico, em zona rural e nas periferias das grandes cidades. Porém, essas características vêm sofrendo modificações ao longo dos anos, principalmente nas cidades das Regiões Sudeste e Centro Oeste, onde o agravo se encontra urbanizado (BOTELHO; NATAL, 2009, MARZOCHI et al. 2009).

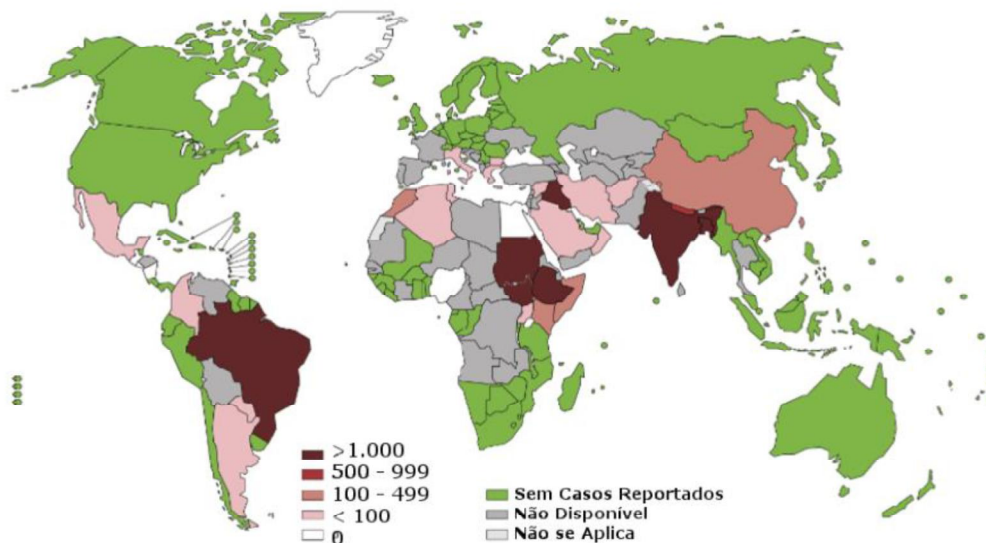
Estudos epidemiológicos tem demonstrado que as populações mais carentes, podem ser mais vulneráveis a doença (LOPES et al., 2010, LAURELL, 2016). A dinâmica da LVH em um espaço geográfico possui múltiplas escalas e inúmeros processos que se interrelacionam singularmente, que vão de grandes centros urbanos até as periferias com suas próprias características, como as condições sócio- demográficos indicadores de saúde, fatores de risco,

infraestrutura dos serviços de saúde, diferenças ecossistêmicas, e as gestões das políticas públicas (CATÃO; GUIMARÃES, 2009, CATÃO; GUIMARÃES, 2011).

Embora a interação das escalas seja difícil de prever, estima-se que até 2030, 5 bilhões de pessoas viverão em áreas urbanas em todo o mundo, e essa intensificação do crescimento da população urbana é susceptível de aumentar os surtos de doenças transmitidas por vetores, como a LVH. Estima-se que ocorra mais de 2 milhões de novos casos de leishmaniose todos os anos no planeta, e ainda que 350 milhões de pessoas vivam em territórios de risco da doença. Por tratar-se de doença que afeta tipicamente populações pobres e até pouco tempo quase exclusiva do meio rural, a LVH não tem chamado a atenção das políticas governamentais de saúde, assim como dos programas de controle, prevenção e de tratamento (BOELAERT et al., 2000, SILVA et al., 2015).

Na esfera econômica, percebe-se que a LVH produz um impacto substancial, uma vez que a doença afeta as pessoas economicamente ativas, comprometendo a sua produção. (SANTOS, 2011, CAVALCANTI; VALE, 2014).

Figura 1: Distribuição da incidência da leishmaniose no mundo em 2012.



Fonte: WHO, 2012

Atualmente a LVH afeta 88 países, dos quais 72 são classificados como em desenvolvimento, incluindo 13 dos menos desenvolvidos (PORTELLA et al., 2009; OLIVEIRA et al., 2010, MORAIS, 2015). Dentro das doenças transmitidas por vetores a LVH é endêmica em cinco continentes, em regiões tropicais e subtropicais. Mais de 90% dos

casos mundiais ocorrem em Índia, Brasil, Bangladesh, Sudão, Sudão do Sul, Etiópia (BERN et al., 2005, GUSMÃO; BRITO; LEITE, 2015). A incidência anual estimada da doença é de cerca de 200.000 a 400.000 novos casos (Figura 1). Infelizmente, esses dados são subestimados, uma vez que a afecção não é de notificação compulsória em todos os países em que ocorre, e muitos países 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 de LVH 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% (MARZOCHI, 2009, MARCONDES; ROSSI, 2014).

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, que tem sofrido modificações territoriais com inversão do perfil que era predominante na região nordeste com mais dos 80% dos casos para 2013 aproximadamente 60%, enquanto a região sudeste apresentou um incremento significativo conseqüentemente ao processo de urbanização modificando a geografia da doença (WANDERLEY; DIAZ; TELES, 2013, RODRIGUES, 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 para a doença, onde a letalidade neste período foi de 8,9% (BRASIL, 2009). Conforme análise dos dados disponíveis no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), o Brasil registrou uma taxa de letalidade por LV de 6,52%, em média, no período entre 2000 e 2009. No mesmo período, a taxa média em Minas Gerais atingiu uma média acima da média nacional destacando-se o ano de 2004 (MORAIS et al., 2015).

2.3.5 Medidas de Controle e as Políticas Públicas no Combate a LVH

O controle da LVH depende do dialogo da Saúde com a Geografia uma vez que estuda as interações entre os indivíduos de forma a estabelecer um contato direto entre o espaço habitado e alterado pelo homem com a Medicina, uma vez que as doenças se disseminam em

um espaço habitado qualquer. Preocupa-se se em observar e interpretar os determinantes sociais da saúde (CARDOSO, OLIVEIRA, FURLAN, 2016), os quais interagem nos estados de saúde e doença que podem afetar as populações humanas, em diversas escalas. Para isso, é imprescindível a localização geográfica, a fim de que se realize o mapeamento da distribuição de determinadas enfermidades e verificação das ações governamentais, além de pesquisas sobre disponibilidade dos serviços de saúde para o atendimento à população (LEMOS; LIMA, 2002, KAWA et al., 2010, FREITAS; FEITOSA, 2014).

De acordo com a política de saúde vigente em nosso país, o controle das leishmanioses é de responsabilidade do SUS (DARSIE, 2011). Inicialmente era de responsabilidade do governo federal, com o processo de descentralização das endemias, as ações passaram a ser executada pelos níveis estadual e/ou municipal, e para cada uma de suas instâncias as atribuições estão estabelecidas na Portaria nº 1399 de 15 de dezembro de 1999 (BRASIL, 2008). De acordo com o PCLV, as medidas de controle são: a eliminação de reservatórios infectados, o controle vetorial e a educação em saúde.

Silva (2013) afirmou que a centralidade do território para as políticas públicas reside justamente no seu potencial de criar estratégias onde diferentes setores são interligados em busca de um objetivo resultante. Nessa perspectiva, o conceito de intersetorialidade torna-se um elemento essencial para que as ações do poder público consigam alcançar um grau satisfatório de aderência e incidir de maneira mais eficiente nas dinâmicas próprias dos territórios (GROS, 2010). Segundo a autora:

Intersetorialidade consiste em uma estratégia de gestão que se apresenta em diversos níveis da implementação e que se define pela busca de formas mais articuladas e coordenadas das políticas e setores governamentais, pautada pela necessidade de uma abordagem mais abrangente sobre a pobreza e as condições de sua produção e reprodução social. A construção da gestão intersetorial e do governo multinível, em suas formulações mais densas, exigem a alteração de estruturas institucionais e organizacionais ou a adoção de estratégias de gestão integradas (SILVA, 2013, p.60).

De acordo com Do Lago (2014) a eliminação de reservatórios urbanos, com o sacrifício de cães sororeagentes, gera polêmica entre a população, no entanto, esta estratégia é recomendada pela OMS e é executada pelos municípios.

O controle vetorial é realizado com a borrifação domiciliar (intra e peridomicílio) de inseticida residual da classe dos piretróides, o qual tem efeito repelente e inseticida (BRASIL, 2003, BRASIL, 2006). Geralmente as borrifações domiciliares são realizadas concomitantes à eutanásia dos cães (WERNECK, 2010).

Como medida complementar para o controle da LVH, tem sido utilizado a coleira impregnada com deltametrina a 4% (piretróide), a qual possui efeito protetor contra a picada de insetos e redução da taxa de alimentação dos flebotomíneos nos animais. Estudos realizados no interior do estado de SP e em países endêmicos para LVH têm demonstrado resultados promissores no controle da LVH utilizando estas coleiras como medidas complementares (FERROGLIO et al., 2008).

Para direcionar adequadamente medidas de controle é fundamental considerar heterogeneidades espaciais da distribuição de vetores e outros fatores de risco, como variações na susceptibilidade das populações e diferenças intra-urbanas no contato do vetor com o hospedeiro. Deve-se considerar que a efetividade das medidas de controle pode ser influenciada por fatores como o nível de transmissão, o número de indivíduos susceptíveis, o tamanho das populações de cães e vetores, o nível socioeconômico, e às características do domicílio, peridomicílio e espaço físico (microclima, vegetação, altitude, relevo, etc) (WERNECK, 2010).

Os métodos convencionais utilizados para controlar a doença mostraram-se ineficazes para deter sua expansão. A disseminação cada vez maior da LVH e a ocorrência de novos casos em áreas anteriormente não afetadas apontam para a necessidade de conhecer melhor as particularidades de cada área de transmissão para direcionar medidas de controle mais efetivas (MOURA et al., 2012).

Até o momento poucos estudos foram conduzidos com o objetivo de avaliar a efetividade das estratégias do PCLV em áreas endêmicas para LV no Brasil, (WERNECK, 2010). Os estudos realizados com esse objetivo, geralmente, utilizavam intervenções experimentais comunitárias para comparar, por exemplo, áreas que receberam apenas controle químico do vetor, áreas onde foi realizado apenas controle do reservatório canino, áreas em que o controle do reservatório canino foi associado ao controle químico do vetor e áreas sem intervenções (RIBEIRO, 2010, RAYMUNDO, 2011, ORTIZ, 2015).

A educação em saúde e a participação comunitária são vistas como a forma mais importante, como tem sido as campanhas para combater o mosquito da LVH (SANTOS FRAGA; MONTEIRO, 2014), seja através dos meios de comunicação de massa, como TV, rádio ou jornal, ou por meio dos profissionais de saúde, através de 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 da LVH (BRASIL, 2006; AVILA, 2012).

Vale ressaltar, que os fatores fundamentais para a abordagem territorial da LVH como a descentralização administrativa e participação social - princípios do SUS - 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 desta estratégia de controle de doenças negligenciadas, como a LVH (ALVES, 2005; BARBOSA et al., 2016), sendo necessário a busca de novas abordagens.

Diferentemente da educação sanitária que tem como concepção que o indivíduo tenha que cuidar de sua própria saúde, vista apenas como ausência de doença, a educação em saúde visa não apenas o repasse de informações, mas a transformação de saberes existentes, sem a imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas, sim, pela sua compreensão de saúde (ALMEIDA; MOUTINHO; LEITE, 2016).

Com isso, a educação em saúde se apresenta, como uma não tão nova ferramenta de controle utilizando a comunicação dialógica, capaz de preparar os indivíduos para decidirem quais as estratégias mais apropriadas para que ele possa promover, manter e recuperar sua saúde. Embora representem concepções totalmente diferentes, a educação sanitária e a educação em saúde continuam a coexistir, de modo simultâneo, nas ações desenvolvidas por profissionais com variadas formações (SOUZA; JACOBINA, 2009).

“Com esse raciocínio, é frequente encontrarmos atividades baseadas nas palestras prescritivas de hábitos e condutas, tratando a população usuária de forma passiva, transmitindo conhecimentos técnicos sobre as doenças e como cuidar da saúde, sem levar em conta o saber popular e as condições de vida dessas populações. Muitas vezes, a culpabilização do próprio paciente por sua doença predomina na fala do profissional de saúde, mesmo que este conscientemente até saiba dos determinantes sociais da doença e da saúde” (SOUZA; JACOBINA, 2009, p.625).

As políticas públicas de saúde tiveram no século XX, significativos avanços com a discussão de que a promoção à saúde vai além dos cuidados com a saúde. A importância do estilo de vida (comportamento) como foco principal, ao lado da biologia humana e fatores ambientais são as principais causas de morbimortalidade (DE CARVALHO BUENO; DE LIMA, 2014). Destacam-se, neste período, a Declaração de Alma-Ata para a Atenção Primária à Saúde, de 1978, e a Carta de Ottawa, em 1986, que ampliou o conceito de promoção da saúde para além de um estilo de vida saudável, indicado como pré-requisitos básicos para alcançar saúde: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (DE SOUZA, 2016).

As dimensões socioeconômicas, políticas e culturais incidem sobre as condições de saúde, não sendo, assim, responsabilidade exclusiva do setor saúde (BRASIL, 2014).

“Além disso, a Carta de Ottawa indica que a promoção da saúde demanda uma ação coordenada entre governo, setor 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, 2014, p.158-159).

A compreensão da relação estabelecida na coexistência do sanitário junto com a educação para a saúde no processo de construção do Estado territorial, na perspectiva da teoria de Sack, incluiria o controle dos fluxos de pessoas, de vetores, reservatórios, elementos essenciais para o estabelecimento de novas endemias como a observada na LVH. Os limites do território estatal e as barreiras não tarifárias que demarcam o mercado nacional passam a coincidir e a se confundir (DORFMAN et al., 2015).

Para Sack o conceito de território em um nível mais concreto, é resultado de uma construção social, e seus limites se alteram de acordo com as estratégias de apropriação, controle e delimitação do espaço. Nesse sentido, o território constitui expressão de um espaço dominado por um grupo de pessoas que fazem uso deste domínio para manter controle e influências sobre o comportamento de outros, exercendo relações de poder (SILVA, 2013). Ou seja, não basta estabelecer medidas de controle da LVH, se os atores sociais envolvidos não se apoderarem da questão, é preciso considerar as territorialidades de uma sociedade (SEN; KLIKSBERG, 2010).

No Brasil, anualmente se eliminam até 23.000 cães por ano soropositivos para LVC, medida que tem afetado a relação homem-cachorro num território simbólico, evidenciando pertencimento e aumentando o risco de transmissão da zoonose (BONNEMAISON, 1980). Neste sentido, o conceito de território é tratado pelos geógrafos humanistas com o significado de espaço vivido (PEREIRA, 2010). O homem é tido como centro dessa questão, e o espaço passa então a ser concebido a partir dos sentimentos e experiências do homem residente desse espaço. O conceito espaço pode ser, nas correntes humanista e cultural, mítico, sagrado ou profano, local de manifestações culturais.

Tuan (1980) ajuda a entender essas relações geradas entre o hospedeiro humano e o reservatório canino, quando apresenta o espaço como um termo que relaciona subjetividades, ou seja, o espaço pode assumir diversos significados, se for levada em consideração a gama

de possibilidades temáticas como as percepções e atitudes dos indivíduos, levando em consideração os atores sociais e seu cotidiano.

Nesse contexto, o conceito espaço como visto na Geografia Humanista torna-se adequado à pesquisa, uma vez que parte do princípio de que o espaço precisa ser estudado e analisado em conjunto com os processos e acontecimentos sociais, para que possa ser melhor compreendido. Contudo, nos estudos em Geografia da Saúde, no que tange a expansão de doenças, como é o caso da LVH, não é possível compreender os fenômenos envolvidos no processo saúde-doença sem levar em consideração o conceito espaço como tratado por esta nova Geografia (FERREIRA et al, 2014)

A perspectiva da Geografia Cultural é importante para compreender muitos aspectos geográficos da saúde da população, especialmente, quando se trata de manifestações em pequenas comunidades e em grupos étnicos circunscritos a um território, que apresentam identidade cultural própria, envolvendo aspectos tanto da vida material como imaterial (LEMKE; SILVA, 2010), no intuito de favorecer a compreensão da dinâmica social, econômica e política dos segmentos sociais (DUTRA, 2011, DIAS-LIMA, 2014).

A relação entre os seres humanos e o seu território faz dos costumes ou usos tradicionais de uma cultura profundamente enraizada no solo. Tem assim uma identidade profunda entre o sangue (o parentesco) e a terra (território), e deste modo, com os fundamentos bastante fortes da ideologia territorial. Esta articulação com a terra que fixa a cultura e os seres humanos é um 'território mágico' que tem repercussões sociais importantes (PORTELLI, 1996; HEIDRICH, 2008). A apropriação do território nesse caso, o vínculo entre o homem e o cão, representa mais que a propriedade do solo, ou mais exatamente, a identificação entre os seres humanos com esse espaço, faz com que os indivíduos, tenham uma ligação afetiva entre o patrimônio que não é o seu pelo sangue (BONNEMAISON, 1980, RAMMINGER, 2008).

A "vilanização" do cão leva a percepções e práticas equivocadas sobre a doença, tais como a crença de que há contágio direto a partir dos cães, assim como é necessário optar entre ter animais ou crianças, favorecendo ao aumento do abandono de animais supostamente infectados, e que assim as pessoas estão a salvo da leishmaniose, embora os flebótomos sigam no ambiente. Práticas como do sacrifício de animais adultos infectados como forma de controle acompanha-se da reposição por animais mais jovens, muitas vezes mais vulneráveis a contrair a doença (AUGUSTO, 2007; COSTA, 2012).

2.3.6 Território Simbólico e o significado do reservatório do canino às Comunidades Afetadas

A OMS recomenda o sacrifício como medida ideal de controle a LVH e proibido o tratamento, conforme decreto vigente de número 51.838, de 14 de março de 1963 (Anexo 1), preconiza a notificação compulsória e a eliminação dos cães infectados, porém reconhece os obstáculos dessa prática quando cães de alto valor afetivo são infectados e posteriormente exterminados. Porém, é notória a “humanização” dos animais de estimação, fazendo que a questão apareça como um grave problema em vista da decisão da eutanásia (ANDRE et al., 2013).

Essa situação é caracterizada por fortes emoções, devido à importância do cão no ambiente familiar, e a determinação da “sentença de morte” para um “membro da família” são crescentes e, as ocorrências de recusa em entregar o animal podem contribuir para a expansão da doença (BRUINELLI, 2009, CHALFLUN, 2010).

Neste sentido podemos entender que o território da LVH, tem a ver com poder, mas não apenas ao tradicional “poder político”. Ele diz respeito tanto ao poder no sentido mais concreto, de dominação, quanto ao poder no sentido mais simbólico carregado das marcas do “vivido”, do valor de uso, o segundo mais concreto, funcional e vinculado ao valor de troca (SOUZA, 2000, SOUZA, 2014, TOLEDO, 2016).

O uso reaparece em acentuado conflito com a troca no espaço, pois ele implica “apropriação” e não “propriedade”. Ora, a própria apropriação implica tempo e tempos, um ritmo ou ritmos, símbolos e uma prática. Tanto mais o espaço é funcionalizado, tanto mais ele é dominado pelos “agentes” que o manipulam tornando-o unifuncional, menos ele se presta à apropriação como se observa nas práticas de controle da eutanásia canina (ANDRADE, 2007; CAPONI, 2012).

O questionamento vem à mente a todo instante pelo dono do reservatório canino o porquê da prática para eles injusta?. Porque o Estado se coloca fora do tempo vivido de aquele dos usuários, tempo diverso e complexo. Portanto, todo território é, ao mesmo tempo e obrigatoriamente, em diferentes combinações, funcional e simbólico, pois exerce domínio sobre o espaço tanto para realizar “funções” quanto para produzir “significados” (HAESBAERT, 2005). Considerando esse conceito de Território, percebe-se como as pessoas de diferentes experiências, antecedentes socioeconômicos e aspirações, avaliam a relação

homem-animal e à medida que a sociedade e a cultura evoluem com o tempo, podem mudar a atitude até inverter-se (BUENO, 2009, ALBUQUERQUE; DE MEDEIROS, 2016).

A carência de alternativas leva muitos proprietários dos reservatórios caninos, a não prosseguirem no diagnóstico, ao sentirem medo da confirmação do agravo, acabam não realizando os exames laboratoriais, ou então, quando o diagnóstico é realizado e a suspeita confirmada, muitos proprietários adquirirão novos cães e/ou removem seus animais para outros ambientes. Às vezes não atingidos pelo agravo, provocando, dessa forma, um foco de dispersão do agente; ou acarretando ações judiciais envolvendo cidadãos e poder público. (ARTACHO, 2009, ASENSI, 2010).

A relação homem-animal é secular e significativa, devido aos vários benefícios que resultam desta interação. Os animais de estimação, principalmente os cães, tornaram-se, em muitas situações praticamente membros da família. Diante disso, a promoção do bem-estar animal e a prevenção de doenças estão estritamente relacionadas com proteção à saúde coletiva. (LANGONI et al., 2011).

A Humanidade desde a sua gênese, dependeu da interação que conseguiram estabelecer com outras espécies, de maneira diversificada e condicionada pelas necessidades manifestadas no decorrer da sua evolução, caracterizava-se por uma relação de predação. Posteriormente, por relações de domesticação, o que iniciou há centenas de gerações e foi sendo realizada por meio do controle da reprodução, da organização territorial e da alimentação dos animais a domesticar (COSTA, 2011). Apesar de vários animais fazerem parte deste processo, o cão provavelmente foi um dos mais remotos animais a ter sido domesticado, sendo já utilizado na guarda das aglomerações humanas e na ajuda em tarefas de caça (BONELLA, 2013).

Nestas circunstâncias, um ser social como é o homem, quando está separado das condições ideais para o seu desenvolvimento e bem estar, torna-se vulnerável ao desequilíbrio entre o seu psicológico e físico, surgindo condições de stress, ansiedade, falta de segurança e de relações interpessoais de qualidade que estão na origem, muitas vezes, do aparecimento de diversas patologias, como a depressão. Por todos esses motivos, percebe-se alterações significativas no comportamento do homem em relação aos animais, coexistindo um aumento gradual de atitudes de simpatia para com estes e para com o ambiente (SILVEIRA; CUSTÓDIO, 2011).

Atualmente observa-se a um acentuado desejo de possuir um animal de companhia, de tal maneira que os empreendimentos relacionados com a satisfação destas múltiplas necessidades encontram-se em franca ascensão, assim como proliferam as clínicas

veterinárias privadas especializadas nos cuidados com os animais de estimação. Esta ligação crescente baseia-se no fato de serem seres vivos, cheios de movimento e vivacidade que, para além de ativos, interagem com a espécie humana (SPAREMBERGER; LACERDA, 2016).

Os animais possuem um conjunto de qualidades particulares, de especificidades de onde se destaca ‘o amor incondicional e espontâneo que manifestam em relação ao homem’. Além disso, os animais são capazes de ouvir o indivíduo sem o interromper, sem o ‘criticar ou censurar’ com inúmeras questões, não se sentindo na obrigação de partilhar as suas opiniões (VELDEN, 2009).

Segundo Lima e Sousa (2004), o animal tem a ‘capacidade de fazer o ser humano sentir-se amado, respeitado, aceito, seguro e digno de atenção’. A presença do animal de companhia proporciona momentos lúdicos, fazendo com que os indivíduos se sintam menos aborrecidos e assumam uma atitude mais ativa nas tarefas cotidianas. Outros benefícios que são apontados por diversos autores relacionam-se com o fato de que a presença do animal faz decrescer a ansiedade e reduzir o sentimento de solidão. De igual forma, animal permite ao indivíduo experimentar um contato físico, seguro e apropriado, que irá facilitar o estabelecimento de relações interindividuais (QUEIROZ, 2014).

Desde muito cedo, os jovens aprendem a evitar o toque que, pela sua natureza, proporciona ao indivíduo uma sensação de calma e segurança, principalmente perante situações de stress ou grande ansiedade. Neste sentido, segundo Miranda et al. (2000), o toque com o animal conduzirá a um estado de equilíbrio, permitindo, de alguma forma, saciar esta necessidade intrínseca da espécie humana.

O reconhecimento de que a interação com o animal torna os indivíduos mais motivados para interagir, comunicar, expressar necessidades, informações e sentimentos deu origem à utilização de animais de estimação para a promoção da saúde – fato que assumiu relevância por volta dos anos 1960. Mas, o uso sistematizado dos animais, quer como auxílio de indivíduos com diversos tipos de incapacidades, quer como complemento terapêutico, tem vindo, nos últimos anos, a tomar a forma de uma área do conhecimento específica que abrange a participação de várias áreas de conhecimento (MARLET, 2010; MARQUES, 2015).

Em suma, os cães de assistência têm um impacto positivo na saúde dos indivíduos, do bem-estar psicológico, das interações sociais, desempenho de atividades e participam em vários papéis da vida da pessoa com deficiência, em casa, como em todos os outros contextos. Todavia, para que tudo isto possa se materializar é necessário que a comunidade e o estado

estejam preparados para aceitar a presença deste tipo de cão em locais públicos, nomeadamente em transportes, hotéis, restaurantes, supermercados, sem ser necessário, para os indivíduos envolvidos, argumentar sistematicamente sobre a importância de se fazer acompanhar pelo seu cão de assistência (LIMA; SOUZA, 2004).

Os animais de companhia 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. A vida das pessoas idosas é frequentemente desorganizada por perdas e mudanças; nesses casos, animais de companhia podem aliviar os efeitos das perdas e trazer conforto nos momentos estressantes de transição, como a aposentadoria (COSTA et al., 2009).

Em relação à interação crianças e o cão, são atribuídos benefícios físicos, emocionais e psicológicos para as crianças, bem como cognitivos e emocionais para os cães. Um dos benefícios para as crianças, é o incremento de interações sociais, que deve-se ao fato de os animais atuarem como catalisadores sociais a vida da criança. Trata-se do amor, no sentido de que um e outro indivíduo da espécie (criança-cão) têm uma conduta congruente que permite a ambos realizarem-se como seres vivos, legitimarem-se como partes de um sistema e o manterem com vida: a ele e a si mesmos. Nesses acoplamentos de terceiro grau, uma propriedade fundamental é aceitação do outro como legítimo outro. Desde este pressuposto, a biologia amorosa passa a ser o fundamento do social e, neste caso, do social interespecie (FARACO, 2008)

Animais de estimação são companhias íntimas que não oferecem competição e podem ser amados sem o medo da rejeição. Eles promovem experiências estimulantes e inspiram humor e brincadeira. A auto-estima em pessoas idosas pode ser aumentada ou restaurada pelo sentimento de que os animais que eles cuidam os amam em troca. Ademais, 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 idosas (CUSTODIO 2011).

No entanto, trata-se de uma interação cercada por conflitos, pois ao mesmo tempo em que se verifica um crescimento no número de animais de companhia tratados como quase pessoas, muitos ainda são explorados economicamente como objetos ou são vítimas de crueldade e abandono. Verifica-se então que não existe uniformidade na forma de pensar o animal (COSTA, 2006).

Segundo Queiroz (2014), esta forma de pensar e agir varia em função dos atributos físicos e comportamentais da espécie e com as características da pessoa que interage e pensa sobre o animal. Sexo, idade, escolaridade, grau e forma de contato com animais na infância, personalidade e nível de informação sobre o animal são importantes nesta interação. Religião, representação simbólica, hábitos culturais e outros fatores sociais também são relevantes para construir esta relação e moldar a maneira como toda uma sociedade lida com uma espécie (SOUZA, 2011).

Atualmente, existe ainda uma profunda carga simbólica atribuída aos animais, embora agora mais sutil e complexa. Este simbolismo possui raízes na história aqui brevemente descrita e também em novas percepções, com influências religiosas, hábitos culturais, características dos animais e das pessoas que com eles se relacionam (QUEIROZ, 2014). A interação entre estes fatores participa na construção social e nas atitudes direcionadas aos animais. A percepção antropomorfizada e carregada de moralidade, faz com estes seres representem valores e comportamentos qualificados ou não por nós (DELARISSA, 2003, RAYMUNDO, 2011).

“Cada grupo constituído pela reunião de uma ou de diversos clãs se encaixa num território. Entre o ser humano e a terra, a identificação é total; na ideologia do costume ou da tradição, o ser humano é como uma planta, biologicamente vinculado à terra. Ele deve viver e morrer ali onde eles nasceram e foram enterrados os seus ancestrais. A maior parte dos mitos, por outro lado, fazem ou narram que os seres humanos saíram das árvores, das rochas ou de animais situados em seu território de apropriação. Esta adequação entre os seres humanos e o seu território faz dos costumes ou usos tradicionais uma cultura profundamente enraizada no solo” (BONNEIMAISSON, 1980, p.8):

Assim, a sociedade classifica os animais não somente em termos de características biológicas (escala filogenética), mas também em relação a características morais (escala sociozoológica). Neste modelo, animais “bons” são aqueles que aceitam a situação de subordinação em que se encontram o que é o caso da maioria dos animais de companhia, animais de fazenda e animais de laboratório. Por outro lado, animais “maus” são aqueles cujo papel de subordinado é compreendido como incerto ou não aceito, como no caso das “pestes”, “vermes” e espécies com traços biológicos entendidos como monstruosos. Como eles são vistos como ameaças sociais, devem ser mortos ou ignorados (CUSTÓDIO, 2011).

Existem inúmeras narrativas sobre a trajetória da domesticação animal, produzidas por uma variedade de áreas do conhecimento (zoologia, ecologia, etologia, genética, paleontologia, história, antropologia, arqueologia, economia) bem como por diferentes grupos

de interesses, como movimentos de defesa animal, e seus naturais contrários, os grupos que dependem economicamente da reprodução industrial de animais de criatório. Nesse campo, cada vez mais conflituoso, em que se confrontam saberes, poderes, rotinas, direitos e sensibilidades, uma compreensão detalhada dos processos de coexistência entre humanos e animais só pode ser alcançada com sucesso por meio da colaboração intensa e sincera entre as diferentes áreas do conhecimento (RANGEL, 2008).

Se a história da convivência entre humanos e espécies domesticadas no contexto ocidental e, posteriormente, nas sociedades industriais modernas, pode ser explicada em termos do paralelismo entre os modos de organização social das comunidades humanas e as características que teriam desenvolvido em alguns animais uma "predisposição" para a convivência com humanos, a relação desses animais com formas radicalmente distintas de organização social e cultural requerem análises específicas (TESHEINER, 2016).

Assim, pode-se sugerir que se algumas sociedades não domesticaram animais, isso não foi devido a "falhas" ou "ausências" da parte seja dos animais, seja das comunidades humanas, mas tão-somente a modos cultural e socialmente singulares de desenhar e atualizar estas relações (BRUINELLI, 2009, TESHEINER, 2016).

Para o ser humano tradicional, o universo é único; ele não busca nem conhecer e nem dominar o que estiver fora de seu território, e nem mesmo se aventurar fora das rotas das alianças que lhe foram legadas. A relação com a sua terra e com os ancestrais lhe é suficiente em matéria de identidade. Para ele, o mundo encontra a sua explicação nos mitos locais e na relação quase carnal que ele mantém com o conjunto de lugares e objetos que estruturam seu território. Inversamente, ele não compreende e nem aceita de modo algum, que uma autoridade exterior venha interferir em seu mundo próprio para lhe dar leis diversas que aquelas que estão inscritas no coração de seu território (BONNEIMAISSON, 1980, p.8).

É fundamental que se reconheça, entre outras coisas, que não há uma humanidade que desenvolve, como um bloco, relações com os outros seres, mas tantas "humanidades" quantas forem as diferentes culturas humanas. Há um ponto importante a ser ressaltado: o de que os objetos reais componentes de nosso mundo tiveram o significado do seu "existir" mudado sempre que novas "conquistas psíquicas" surgiram, em decorrência da nossa subjetivação. Portanto, o lugar do animal enquanto um ente do mundo, as funções e os significados a eles atribuídos por nós mudaram de acordo com o desenvolvimento do processo de subjetivação (ORLANDI, 2014).

Isso se evidencia quando analisamos os pontos de vista etológico e psicanalítico sobre a interação homem-animal: num momento, o animal era companheiro tribal; noutro, passa a ser, sobretudo um ente com quem criamos um espaço potencial (TOLEDO, 2016).

Da mesma forma, a interação com um animal pode criar um espaço potencial, que pode ser notado quando brincamos com nosso cão: estamos alienados da realidade externa e nem estamos mergulhados na vida psíquica; estamos transitando pelo espaço potencial criado e mantido enquanto brincamos com nosso animal. Trata-se de um espaço “onde” podemos viver uma experiência criativa e revitalizadora (MACHADO; PAIXÃO, 2014).

Bernard e Demaret (1996, p. 03,) apud Delarissa (2003), apresentam as motivações individuais bem como as motivações próprias à espécie humana para que alguém mantenha um animal de estimação junto de si.

Dentre as motivações individuais, destacamos:

1. Um animal pode ser adotado para propiciar a reconstrução de um ambiente familiar para a infância.
2. Um animal é um objeto que satisfaz a necessidade de afeto. Quanto a esse aspecto,... que identificou funções desempenhadas por um animal que compensam essa falta e, portanto, com um efeito positivo sobre a saúde; são elas: atenuar a solidão, dar uma oportunidade para cuidar de “alguém mais”, fornecer uma ocupação, oferecer contato físico e sinais de afeto, ser sujeito de atenção, fornecer um sentimento de segurança, promover exercício físico.
3. Um animal pode favorecer contato social e recreação. Sob esse aspecto, estudos de observação em ruas e parques de Londres, verificaram se existia relação entre presença e ausência do cão e a quantidade de contatos sociais. Os resultados foram surpreendentes: 40% das pessoas do grupo que conduziam um animal tinham pelo menos uma conversa com alguém encontrado ao longo do trajeto, contra apenas 8% do grupo com bebê e 3% das pessoas desacompanhadas... por meio de quem a psicoterapia infantil e de adultos passou a ser mediada pela presença de um animal no consultório; que desempenha a função de substituir uma criança.
4. Para seus proprietários, os animais são crianças que nunca crescerão...observa que essa função de substituir crianças por animais é observada em casais com nenhum filho e também em famílias com uma, duas ou muitas crianças – nas quais ao animal é conferido o status permanente de criança mais nova.

Os conhecimentos produzidos pelas ciências são imprescindíveis, mas é um desafio desconstruir o enorme poder das narrativas biológicas, colocando-as no mesmo patamar das outras narrativas sobre os humanos e os demais seres com os quais partilhamos o mundo, e permitindo um diálogo comum entre distintos conjuntos de saberes (SANTOS, 2011). É forçoso reconhecer que a narrativa científica é apenas uma das possibilidades de se compreender o mundo, e que certamente ela acessa apenas uma parcela - e não necessariamente a mais rica – do imenso conjunto que chamamos de biodiversidade (NASCIMENTO, 2016).

Isso significa sugerir que, por exemplo, o cachorro domesticado, conquanto uma espécie única e singular apresente características diferentes segundo as modalidades de relação que estabelecem com os seres humanos, dependentes de universos simbólicos e práticas sociais culturalmente específicos de tratar os animais (NOIRTIN, 2010). Talvez, deste modo, possa-se compreender melhor as respostas dadas pelas mais diferentes criaturas às atividades onipresentes dos seres humanos, contribuindo, assim, para estratégias mais eficientes e mais solidárias - para com humanos e não-humanos - que visem a conter a exploração dos seres vivos, os maus tratos contra os animais, o desaparecimento de incontáveis espécies e a devastação da Terra (VELDEN, 2009; DIAS-LIMA, 2014).

Uma manifestação dessa propensão à erradicação da sujeira, em relação aos animais de estimação, pode ser encontrada na famigerada “carrocinha”, pela qual animais errantes, transmissores de doenças em potencial, devem ser afastados dos seres humanos e confinados num espaço para esse fim destinado – uma estratégia “antropoêmica” em relação aos animais, em que pese o prefixo *antropo-* aplicado a animais (PEREIRA, 2010).

Num relacionamento com um animal de estimação, a lealdade está subentendida. Ainda mais se o animal for um cão. Isso aparece em frases preferidas pelos simpatizantes de animais – quem ainda não ouviu que um cão é leal e é “o melhor amigo do homem”? Parece que há uma garantia implícita de que ao adquirir um cãozinho o proprietário terá lealdade bem como autenticidade. Talvez ter um animal de estimação funcione como uma forma compensatória para a certeza de lealdade e autenticidade nem sempre encontrada de forma satisfatória nas relações com um outro humano (ARTACHO, 2009).

A conscientização ecológica pressupõe cumplicidade para a manutenção da vida, como uma negativa à aniquilação. O que não significa que encerra em sua capacidade de amar, a consideração. É claro que esse passo é necessário, pois parece que temos que primeiramente “sentir na pele”, para depois assimilarmos algum aprendizado. Naturalmente, melhor seria se despertasse em cada indivíduo a consideração pelo outro. E sem verificar se esse outro é semelhante ou não, como indivíduo da sua espécie ou não. Em outras palavras, isso significa amar (SOTO, 2010).

A Psicologia felizmente surgiu para esclarecer muitas coisas que passam no nosso mundo psíquico, desvelar os fenômenos inconscientes, permitir a aquisição de um padrão de comportamentos mais adequados e funcionais, e no campo da interação homem animal busca desvelar uma faceta do emaranhado das inter-relações possíveis entre seres de espécies diversas, etc. E nesse campo, que abrange os afetos, podemos verificar os benefícios da

interação com o animal, por exemplo, nas visitas dos “terapeutas-animais” (FEIJÃO et al., 2001).

Dessa forma, seja em instituições que adotam programas de visitas periódicas de animais, ou naquelas que os mantêm permanentemente, seja em casa – desempenhando uma ou mais funções de um objeto transicional, os remédios nem sempre vêm em frascos, podendo vir sobre outra forma de apresentação: quatro patas (SILVEIRA; CUSTÓDIO, 2011).

3 PROBLEMA DE PESQUISA

Quais são os conhecimentos e percepções relacionadas à Leishmaniose Visceral Humana que possuem os indivíduos residentes em território endêmico, como o município de Governador Valadares e suas consequências para a expansão do agravo?

4 OBJETIVOS

4.1 GERAL

Analisar os aspectos epidemiológicos e identificar o conhecimento e percepção para os residentes da área urbana do município de Governador Valadares quanto ao ciclo epidemiológico.

4.2 ESPECÍFICOS

- Traçar o perfil sócio demográfico e epidemiológico dos casos notificados de LVH dos bairros delimitados no estudo no período de 2008 a 2014.
- Relacionar o conhecimento e percepções dos entrevistados sobre LVH e suas consequências para expansão do agravo.

- Identificar os modelos do processo Saúde/doença presentes nas narrativas dos entrevistados e relação com a endemicidade da doença em Governador Valadares.
- Identificar as dificuldades quanto à entrega do reservatório canino soropositivo como uma medida de controle da doença.

5 METODOLOGIA

5.1 ABORDAGEM

Este estudo utilizou tanto uma abordagem quantitativa como uma qualitativa. Os estudos quantitativos são métodos orientados à busca da magnitude e das causas dos fenômenos sociais, sem interesse para a dimensão subjetiva. São descritos como objetivos reprodutíveis e generalizáveis, sendo amplamente utilizados para avaliar programas que tenham um produto final estável e mensurável (MARCONI;2010).

A pesquisa qualitativa analisa o comportamento humano do ponto de vista do sujeito, utilizando a observação naturalista e não controlada; são procedimentos exploratórios, descritivos, indutivos, dinâmicos, holísticos e não generalizáveis. A combinação das duas abordagens pode produzir resultados de melhor qualidade, sem esforços excessivos adicionais e pode ser um meio eficiente de aumentar a compreensão do seu objeto de estudo (MARCONI; 2010).

5.2 MODELO/TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional, descritivo para apresentar as características das populações no que diz respeito a determinadas variáveis e os seus padrões de distribuição, bem como analisar sua incidência e inter-relação em um determinado momento (tempo, lugar, gênero e faixa etária) (MARCONI; 2010).

5.3 CAMPO DE INVESTIGAÇÃO

A coleta de dados foi realizada utilizando como campo de investigação o setor de Vigilância Epidemiológica e o setor de Zoonoses do município de Governador Valadares – MG, 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 e que se encontram distribuído em bairros da região urbana e distritos em áreas da zona rural, a população feminina está com aproximadamente 138.452 habitantes (52,5%), supera em número a população masculina (47,4%) (IBGE, 2010).

A Vigilância Epidemiológica é o setor responsável por medidas de ação na transmissão de doenças, medidas educativas, administrativas e vacinação. Ela compreende desde a detecção do caso, a sua confirmação, o registro de sua terapêutica, o registro das variáveis básicas, fluxo de atendimento e informação, cura, abandono e tratamento regular (HOLANDA, 2012).

Como define a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), a vigilância epidemiológica é o conjunto de atividades que permite reunir a informação indispensável para conhecer, a qualquer momento, o comportamento ou história natural das doenças, bem como detectar ou prever alterações de seus fatores condicionantes, com o fim de aconselhar oportunamente, sobre bases firmes, as medidas indicadas e eficientes que induz à prevenção e ao controle de determinadas doenças (BRASIL, 2014).

O Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) são unidades de Saúde Pública que têm como objetivo fundamental prevenir e controlar as zoonoses (como raiva, dengue, doença de chagas e as leishmanioses) desenvolvendo sistemas de vigilância sanitária e epidemiológica. O CCZ realiza seu papel de controle de populações de animais domésticos (cães, gatos, e animais de grande porte) e controle de populações de animais sinantrópicos (morcegos, pombos, ratos, mosquitos, abelhas, entre outros). Essa tarefa é fundamentada em trabalhos educativos, procurando esclarecer e contar com a colaboração e participação de toda a sociedade, complementada por ações legais e fiscais. É permitido também aos Centros de Controle de Zoonoses, praticar a eutanásia em animais soropositivos, desde que empregados métodos humanitários (BRASIL, 2014).

5.4 POPULAÇÃO/AMOSTRA

Como fonte de dados secundários e para a análise quantitativa, utilizamos a população total de 222 notificações do agravo no setor de Vigilância Epidemiológica do município de Governador Valadares, assim como também dados sobre o número de processos de indivíduos que recusaram entregar os cães para eutanásia da Promotoria Pública de Governador Valadares, e dados sobre prevalência canina do Centro de Controle de Zoonose de Governador Valadares de 2008 a 2014.

Para análise qualitativa, a amostra foi constituída de 35 indivíduos integrantes do estudo, nove foram notificações de LVH na Vigilância Epidemiológica de Governador Valadares no período de 2008 a 2014 oriundos dos bairros endêmicos Altinópolis, Nossa Senhora da Graças, Mãe de Deus e Santa Helena que apresentaram maior número de cães sacrificados por soro positividade a LVC (BARATA et al., 2013) e 26 foram seus respectivos circunvizinhos, que consistia nos moradores que residiam a 500m do domicílio notificado como revisado por Costa (2011).

5.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Incluem-se na amostra os indivíduos que se enquadram nos seguintes critérios:

- Residir em um dos bairros descritos acima;
- Ter sido notificado com o agravo ou residir num raio de 500 metros do domicílio notificado;
- Aceitar participar da pesquisa por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

5.6 COLETA DE DADOS

Como fontes de dados secundários foram pesquisadas as fichas de notificação do SINAN, processadas pelo Serviço de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Município de Governador Valadares, dos respectivos pacientes, no período a

ser estudado. Como fonte de dados primários foi utilizado um roteiro semiestruturado previamente validado, contendo as seguintes perguntas: Você sabe o que é a Leishmaniose visceral? Ou o que é/significa Leishmaniose visceral para você? Sabe como se pega essa doença? Qual sua reação/sensação de ter seu cão recolhido pela zoonose/carrocinha? para análises qualitativas.

Para a coleta dos dados, foi realizada, inicialmente, uma reunião com os Gestores - Secretário Municipal de Saúde e Coordenadores da Vigilância Epidemiológica e do Controle de Zoonoses – com o intuito de detalhar os objetivos e a metodologia utilizada no desenvolvimento do estudo, enfatizando o caráter voluntário, a segurança da confidencialidade de suas respostas, o direito de não identificação e a importância do estudo para a possível melhoria da implementação das Políticas Públicas. Foi reforçado que todos os participantes necessitariam de assinar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (BRASIL, 1996).

Na oportunidade, foi solicitada autorização para realização da pesquisa nos domicílios, a fim de identificar, os comportamentos e fatores de riscos para o desenvolvimento do agravo *in lócus*. Após autorização, em uma reunião com a médica veterinária responsável pelo serviço de zoonoses, propôs uma agenda para a realização das entrevistas. As datas, locais e horários das coletas de dados foram definidos de acordo com a conveniência dos entrevistados, optando-se pelos sábados e feriados, por ser nesses dias que provavelmente encontramos os indivíduos em suas residências.

As primeiras entrevistas foram acompanhadas pela veterinária, que realizava uma apresentação informal. Em seguida, indagava sobre a disponibilidade em participar da pesquisa. Se não houvesse disponibilidade naquele momento, agendava outro horário adequado, tudo isso seria uma garantia que para que não tivesse nenhuma intercorrência no processo e respaldo da Prefeitura municipal de Governador Valadares.

Os dados referentes à medida da eutanásia dos cães soropositivos foram obtidos no Serviço de zoonoses e as ações judiciais executados no período estudado, aos proprietários que resistem em entregar seus cães a zoonoses, na Procuradoria do município.

Um dos recursos amplamente utilizados para alcançar a compreensão do fenômeno, da realidade estudada, é a entrevista. Por meio dessa, o pesquisador pode explorar a experiência vivida e o sentido que o mundo vivido tem para o entrevistado ou entrevistados, e perceber como diferentes pessoas experimentam certa condição que é comum a elas. Utilizou-se a entrevista semiestruturada como uso de um guia de questões. Este tipo de entrevista “se

desenvolve a partir de uma relação fixa de perguntas, cuja ordem e redação permanece invariável para todos os entrevistados” (MARCONI;2010).

A opção pela entrevista semi-estruturada adveio por “esse tipo de entrevista está” vinculado à expectativa de que é mais provável que os pontos de vista dos sujeitos entrevistados sejam expressos em uma situação de entrevista com um planejamento relativamente aberto do que em uma entrevista padronizada (AMATUZZI, 2003).

Uma característica importante da entrevista semiestruturada como técnica de coleta de dados nas pesquisas qualitativas: o caráter de interação que a permeia, ou seja, nela a relação que se cria proporciona um ambiente de influência recíproca entre quem pergunta e quem responde, não existindo imposição de uma ordem rígida de perguntas a serem seguidas pelo pesquisador. O entrevistado discorre sobre o tema proposto de acordo com as informações que ele detém e também com base em suas impressões e valores sociais (MARCONI; 2010).

Para AmatuZZi (2003), os sujeitos são chamados de colaboradores, pois o autor entende que a pesquisa fenomenológica não lida com sujeitos que forneçam informações, mas colaboradores que, juntos, abordam o assunto. Parte-se da hipótese metodológica de que o colaborador é quem melhor sabe de sua experiência, ao passo que o pesquisador se propõe a aprender com quem já vivenciou ou vivencia a experiência sobre a qual ele quer aprimorar seus conhecimentos. Ambos saem transformados nessa troca.

Após a análise sistemática dos resultados, os mesmos foram transformados em informações sobre o conhecimento, percepções dos indivíduos sobre a Leishmaniose Visceral Humana no Município de Governador Valadares - MG. Emergiram as seguintes categorias a partir do processo de análise: Conhecimento sobre a LVH; Transmissão da doença; Significado da doença para os indivíduos, Sentimento ou reação ao ter seu cão recolhido.

5.7 PROJETO PILOTO

Visando verificar o modo de abordagem das questões e o tempo gasto com as perguntas do questionário, foi realizado um estudo piloto com 05 indivíduos residentes no bairro Altinópolis, observando os critérios de inclusão e exclusão. A escolha do local se deu pelo fato de ser um local endêmico da LVH, e os indivíduos apresentarem condições

socioeconômicas semelhantes aos participantes da pesquisa. Os dados obtidos nesta etapa não foram incluídos no estudo principal.

Marconi e Lakatos (2010) atribuem a importância na realização do estudo piloto à possibilidade que ele estabeleça a verificação da fidedignidade, validade e operacionalidade dos dados obtidos, além de fornecer uma estimativa sobre futuros resultados.

5.8 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo contou com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Rio Doce/MG, CAAE: 38946614.1.0000.5157, Número do Parecer: 916.721 (ANEXO 1), e serão observadas todas as recomendações da Resolução 466 de 12/12/2012 – Conselho Nacional de Saúde para Pesquisa Científica em Seres Humanos. Esta Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

O termo de consentimento foi formulado com o intuito de esclarecer a proposta do estudo, preservando o anonimato do entrevistado. O consentimento da participação foi obtido pela leitura, esclarecimento e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO 1).

5.9 TRATAMENTO DE DADOS

Para análise dos dados quantitativos foi construído um Banco de dados contendo o código dos indivíduos notificados, o gênero, a faixa etária e os bairros, para posterior determinação da incidência anual da doença e por gênero, assim como calculadas médias e IC 95%.

Para análise dos dados qualitativos foi realizada a Análise de Conteúdo de Bardin (2009) agrupando os dados em categorias dentro dos temas identificados. Tal processo segue os seguintes passos:

1. Os discursos coletados são, inicialmente, transcritos mantendo-se a forma original de expressão dos respondentes;
2. Pré-análise, na qual faz-se uma leitura flutuante, a partir da qual emergem impressões e orientações, de forma a identificar as grandes categorias discursivas abordadas pelos respondentes;
3. Leituras exaustivas dos conteúdos, para a organização e sistematização dos conteúdos, permitindo o agrupamento dos mesmos em grandes categorias;
4. Análises dos conteúdos das falas dos sujeitos, que serão reunidas por categorias, identificando unidades de significados, estabelecendo subcategorias e procedendo-se aos agrupamentos finais;
5. Análise e interpretação dos dados por subcategorias, possibilitando a descrição dos resultados e significados dos conteúdos que consolidam o tema.

As informações presentes nas entrevistas foram agrupadas em categorias relativas a cada item, e as falas analisadas dentro de cada tema. Os textos não sofrerão correções linguísticas, preservando o caráter espontâneo dos discursos. Esses são pontos de partida para a análise, sejam eles verbais, figurativas, gestuais ou diretamente provocadas, e expressam um significado ou um sentido para os sujeitos respondentes (MARCONI;2010).

Para registro das respostas será utilizado como recurso um gravador digital buscando uma fidelidade quanto à fala do entrevistado e viabilizando o retorno ao material sempre que se fizer necessário. Após a gravação da entrevista, um primeiro trabalho com o material, o da transcrição, representa a passagem da forma oral para a linguagem escrita, de modo fiel ao contido na gravação. As informações foram organizadas utilizando o programa *Microsoft word 2010*.

Os dados coletados foram submetidos à análise de conteúdo, visando atingir uma compreensão mais profunda do fenômeno, além do alcance descritivo do conteúdo. Considerou-se que tudo, em uma narrativa, tem significado. Nela, o sujeito oferece acontecimentos, explica-os, se expõe, retoma ideias e se contradiz, estruturando sua reflexão,

ao longo da fala. Por isso, por mais completa que seja uma análise do conjunto vertical do discurso, para ser eficiente, faz-se necessário realizá-la horizontalmente, uma vez que o sentido não está no fim da narrativa, ele a perpassa (CORDULA, 2015).

Marconi (2010), ainda traz as etapas que correspondeu a entrevista. A primeira etapa satisfaz à análise de cada entrevista, separadamente. Nessa etapa, o primeiro momento é o de leitura vertical, buscando o sentido global de cada uma, admitindo conhecer o "tom" da entrevista. Nesse momento, o investigador abrevia os assuntos tratados, em uma primeira aproximação dos conteúdos. Em um segundo momento da primeira etapa, intitulado "leitura horizontal", o texto de cada entrevista foi dividido em sequências numeradas em ordem crescente, num processo de "desconstrução" textual, desvelando-se os enunciados que apontam o campo de definições para a pessoa que fala em torno de cada objeto do discurso.

Na segunda etapa, cumpriu-se a "reconstrução" da entrevista, quando os objetos, explicações e pontos de vista do sujeito foram reagrupados, analisando-se o mesmo assunto abordado na totalidade do relato, para localizar, acompanhar e reportar o trabalho de categorização que o próprio entrevistado realizou. A reconstrução em torno dos objetos é indispensável, porque estes se encontram espalhados ao longo da fala, sendo o processo discursivo sempre de idas e vindas para apresentá-los e justificá-los.

A terceira etapa do trabalho versou, no primeiro momento, em encontrar o que é comum e discordante nas categorias explicitadas pelo conjunto de entrevistados, aprofundando a classificação dos significados explicitados sobre os objetos em foco, numa leitura chamada de transversal. Em um segundo momento, decorreu-se à teorização, na qual as categorias surgidas na análise das entrevistas foram aprofundadas por leituras e reflexões teóricas do pesquisador, admitindo o confronto com outros achados e teorias de outros pesquisadores (MARCONI; 2010).

Amatuzzi (2003) resume, de maneira clara, as etapas do tratamento de dados sob o olhar do método fenomenológico: "inicialmente, têm-se os dados brutos constituídos pelos protocolos de entrevista. Neste momento, este conjunto de protocolos funciona como uma descrição bruta. A tarefa de questionamento destes protocolos e a organização deste material em unidades compreensivas é, então, a redução. A redação de um texto final (...) é a interpretação".

6.0 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, serão apresentados os resultados e a análise obtida a partir da coleta de dados quantitativos e qualitativos referentes à percepção e conhecimento dos indivíduos sobre a LVH residentes em um território endêmico. Os resultados encontrados não podem ser generalizados para toda a população notificada com agravo do município de Governador Valadares. Porém, a amostra pode ser considerada suficiente para responder aos objetivos, tendo em vista a delimitação do estudo, focado em distintos microterritórios com indivíduos notificados no período de 2008 a 2014.

6.1 DADOS QUANTITATIVOS

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 doença (GEPI/SMS-GV, 2010). Segundo Werneck et al (2008), os variados cenários de transmissão oriundos das diferenças intra-urbanas apresentam maior ou menor semelhança com o padrão rural, formando um verdadeiro mosaico de realidades sócio cultural ambiental, que incidem na dinâmica da doença. Estes fatores favorecem o contato entre seres humanos, vetores e outros animais (Figuras 02, 03 e 04)

Figura 2: Imagens de microterritórios endêmicos



Fonte: Elaborado pela Autora

Para direcionar adequadamente medidas de controle é fundamental considerar heterogeneidades espaciais da distribuição de vetores e outros fatores de risco, como variações na susceptibilidade das populações e diferenças intra-urbanas no contato do vetor com o hospedeiro. Deve-se considerar que a efetividade das medidas de controle pode ser influenciada por fatores como o nível de transmissão, o número de indivíduos susceptíveis, o tamanho das populações de cães e vetores, o nível socioeconômico, e às características do domicílio, peridomicílio e espaço físico (microclima, vegetação, altitude, relevo, etc) (WERNECK, 2010).

Figura 3: Imagens de microterritórios endêmicos



Fonte: Elaborado pela Autora

Os métodos convencionais adotados para controlar a doença mostraram-se ineficazes para deter sua expansão. A disseminação cada vez maior da LVH e a ocorrência de novos casos em áreas anteriormente não afetadas apontam para a necessidade de conhecer melhor as particularidades de cada área de transmissão para direcionar medidas de controle mais efetivas (BARBOSA, et al., 2016).

O controle vetorial é dificultado por problemas operacionais, conhecimento limitado sobre ecologia e biologia do vetor em áreas urbanas, e a necessidade de um extenso sistema de vigilância entomológica para estimar a dimensão da população de vetores (MALAQUIAS et al., 2007; MAIA-ELKHOURY et al., 2008). O manejo ambiental proposto pelo Ministério da Saúde também é um importante pilar do PCLV, no entanto, é inviável sua realização nos quintais das residências pelo serviço público de saúde, o que limita a efetividade das estratégias de controle vetorial. É necessário contar com as atividades de educação em saúde, que têm efeito ainda limitado para sensibilizar a população a colaborar com o manejo ambiental de seus quintais (DA SILVA et al., 2015).

Figura 4: Imagens de microterritórios endêmicos



Fonte: Elaborado pela Autora

Em Governador Valadares durante o período de 2008 a 2014 foram registrados 149 casos de LVH. O maior número de casos foram registrados em 2009 (n=45) (Gráfico 1).

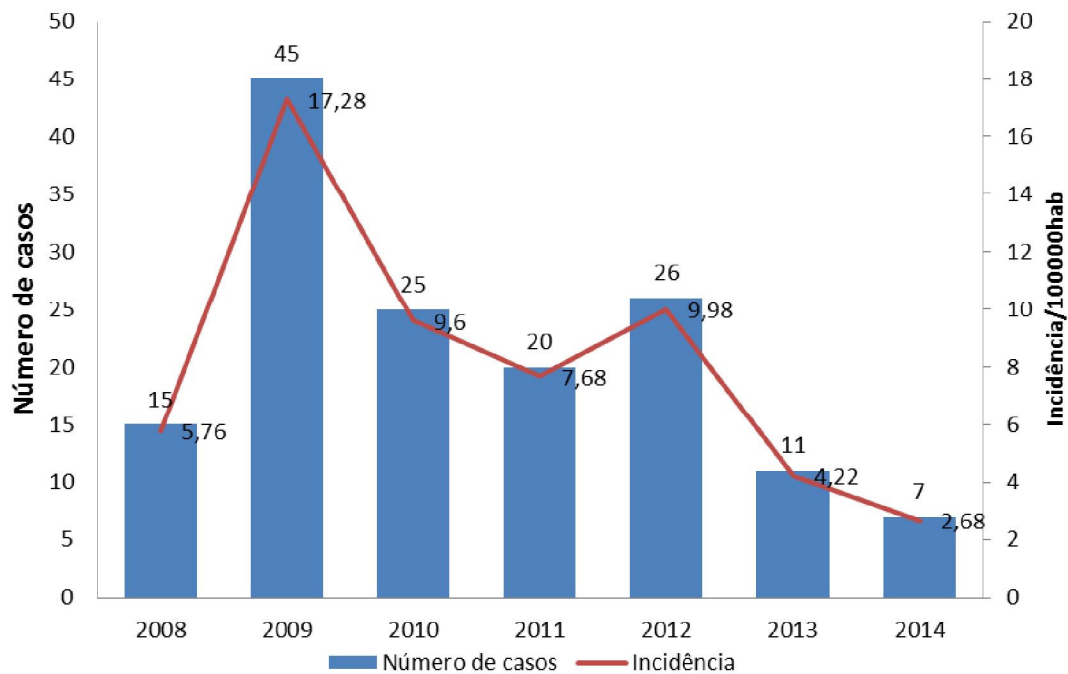


Gráfico 1. Incidência da LVH de 2008 a 2014, em GV/MG.

Fonte: Própria pesquisa

A incidência de LVH tem decrescido em Governador Valadares após o ano 2009 (Gráfico 1), com uma média no período de 8,2/100.000hab, IC95% de 3,9-12,5. No ano 2009, foi observada uma incidência de 17,3/100.000hab, resultados que está na ordem de 11 vezes a mais que a média nacional que apresentou 1,57 casos novos/100.000 habitantes e uma taxa de

letalidade de 7,1% (BRASIL, 2015). Segundo o estudo realizado por Barata et al (2013), o coeficiente de mortalidade do município no período de 2008 a 2011 foi de 16,2%, considerado muito acima da média nacional, podendo-se afirmar que trata-se de uma área hiperendêmica.

A reconhecida subnotificação de casos ainda obscurece a real dimensão do problema (COIRO et al., 2014). Por meio de análise da distribuição espacial da doença, pesquisas mostram que as taxas médias de incidência do agravo são maiores em zonas de intenso crescimento populacional. A dinâmica endêmico-epidêmica da LVH é associada à ocupação humana e transformação da paisagem nativa porque a adaptação de flebotomíneos aos domicílios e às áreas em seu entorno é favorecida pela presença de cães e humanos, ambos representando fontes acessíveis de proliferação do vetor, completando-se assim o ciclo epidemiológico ideal para se estabelecer a doença (MENEZES, 2014).

A LVH é considerada doença negligenciada e nos países endêmicos como no caso Brasileiro, não há investimento do setor privado no desenvolvimento de métodos mais eficientes de diagnóstico, nem tampouco da indústria farmacêutica no desenvolvimento de novos fármacos para tratamento (WHO, 2015). O setor público, apesar dos recursos escassos e infraestrutura inadequada e precária, é o órgão que concentra maior investimento no tratamento, diagnóstico e controle do agravo. Devido à expansão da doença e o aumento do número de casos, dentre as doenças tropicais, a LVH passou a ser considerada prioridade pela OMS (WHO, 2012).

As altas taxas de incidência no município estudado evidenciam a baixa efetividade das estratégias de controle sobre a circulação do parasito. Os tempos de intervenção do PCLV não impactaram na redução das taxas de infecção por *L. infantum* nas áreas como também discutido por alguns autores (MACHADO; SILVA; VILANI, 2016).

A eutanásia é considerada uma prática ilegal segundo o Código Penal brasileiro, sendo sua regulamentação objeto de discussão no processo de tramitação do novo Código Penal, e vai ao encontro aos princípios éticos da medicina humana praticada no Brasil. Porém, para não humanos, essa prática não se configura crime e é rotineiramente praticada em nome da saúde pública, à revelia da determinação constitucional, mesmo com evidências científicas validadas pelos pares, de livre acesso, como as descritas acima, comprovando a ineficácia desse método de extermínio (TOLEDO, 2016).

Essa prática que deveria servir como instrumento para diminuir a ocorrência de uma doença emergente no Brasil, como a LVH, parece influenciar mais na

estrutura da população canina do que no seu tamanho; as implicações epidemiológicas resultantes de uma população canina mais jovem podem ser graves. Portanto, programas de posse responsável de cães com enfoque na qualidade de vida dos animais, em consonância ao ordenamento jurídico do meio ambiente e os princípios de Direito Ambiental, configuram-se como mais adequados do que a técnica de controle populacional em áreas endêmicas para o agravo (MACHADO; SILVA; VILANI, 2016).

Ao mesmo tempo, a identificação de características no peridomicílio das áreas estudadas, que são importantes para a manutenção do ciclo de vida do vetor, permite que medidas de manejo ambiental sejam alternativas viáveis para a redução do contato do vetor com o homem. Associadas a essas ações, a educação em saúde torna-se um adequado instrumento preventivo de intervenção do Poder Público para orientar a população e reduzir a ocorrência de casos humanos de leishmaniose (MASIH, 2015, BRASIL, 2011).

Estudos anteriores realizados por Malaquias et al., 2006, em áreas urbanas e rurais de Governador Valadares, Minas Gerais, constataram a re-emergência da LV canina na região considerada até então uma área endêmica controlada. É importante notar que, os estudos de fatores de risco realizados por Andrade et al., (2009), em uma área urbana próxima de Belo Horizonte, Minas Gerais, estavam relacionados às condições das moradias, presença de cães e flebotômíneos (MORENO et al., 2005). Isso porque apesar de medidas dirigidas para a eliminação de caninos infectados e da proximidade de cães infectados com casos humanos, a incidência de doenças humanas continua a aumentar (AFONSO, 2013).

Ao ser analisada a distribuição da doença nos microterritórios de Governador Valadares, foi observada uma grande predominância de casos de LVH em bairros considerados de baixas condições socioeconômicas (Gráfico 2) como o bairro Altinópolis que apresentou 24 casos no período estudado. O agravo é tradicionalmente uma doença de caráter rural, entretanto, tem sido observada nas últimas décadas uma tendência de alteração no seu padrão (OLIVEIRA; PIMENTA, 2014).

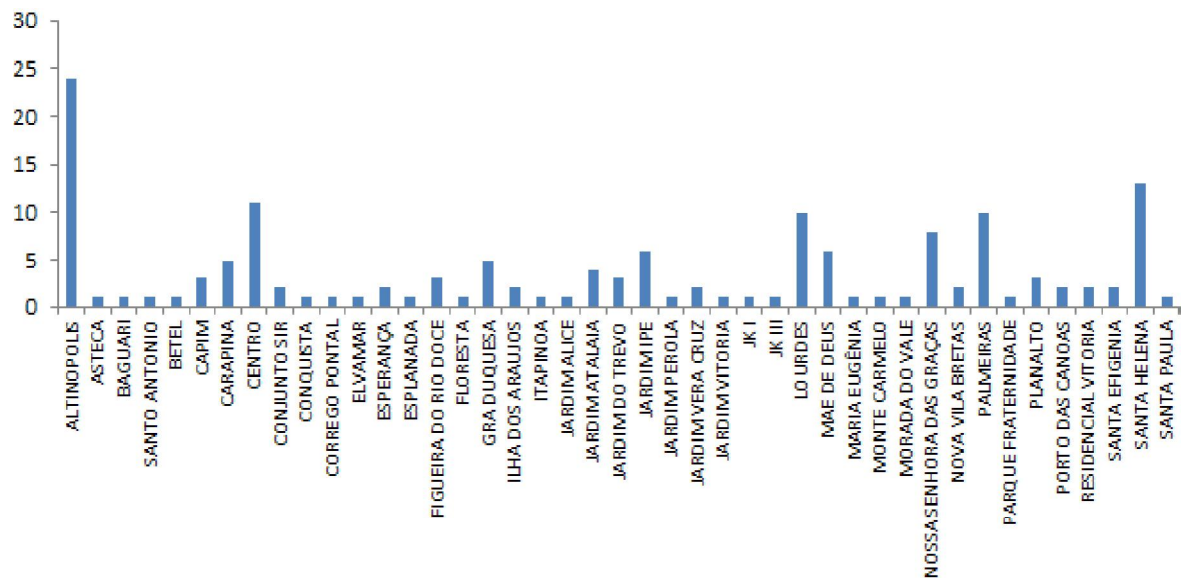


Gráfico 2: Distribuição de casos de LVH por bairro, em Governador Valadares/MG, no período de 2008 a 2014. Fonte: Própria Pesquisa

Os dados epidemiológicos têm revelado uma periurbanização e urbanização da doença, com registros de surtos nas cidades do Rio de Janeiro (RJ), Belo Horizonte (MG), Araçatuba (SP), Santarém (PA), Corumbá (MS), Teresina (PI), Natal (RN), São Luis (MA), Fortaleza (CE), Camaçari (BA), Três Lagoas (MS), Campo Grande (MS) e Palmas (TO) (CAVALCANTE; VALE, 2014; BRASIL, 2014). A mudança do perfil da LVH das áreas rurais para as áreas urbanas e periurbanas pode ser em razão do êxodo rural de famílias empobrecidas de camponeses que levam consigo cães infectados (CAVALCANTE; VALE, 2014).

Com relação à distribuição da LVH por gênero, houve diferença dos casos da doença ao longo do período estudado, verifica-se que em todo o período a doença tem maior notificação no gênero masculino (Gráfico 3) apresentando uma incidência média de 11,6/100.000hab., com um IC95% de 5,9-17,3, enquanto que o feminino com uma média de 4,8/100.000hab., com um IC95% de 1,5-8,1. A média do masculino está acima do IC95% do feminino.

A maior proporção de casos de LVH no gênero masculino durante todo o período estudado foi semelhante ao que foi encontrado no estudo realizado na cidade Palmas, no Tocantins, no período de 2007 a 2014. Esta diferença entre os gêneros provavelmente é em função de maior exposição aos vetores flebotômicos (DANESHVAR et al, 2009, JAYME et al, 2016), estudos relacionados a susceptibilidade associados ao fenótipo foram feitas em hamsters, onde demonstraram que animais tratados com testosterona aumentava o risco de

infecção, enquanto que o estradiol diminuía a infecção por *L. donovani*. (ANURADHA et al, 1990).

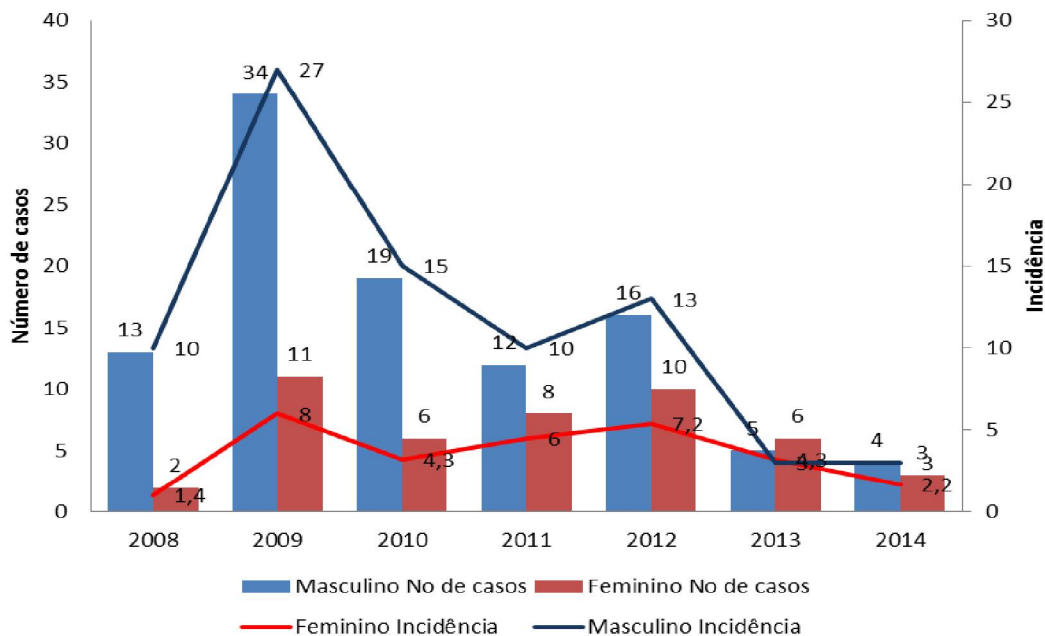


Gráfico 3: Distribuição de casos de LVH por gênero, em Governador Valadares/MG, no período de 2008 a 2015. Fonte Própria pesquisa.

No município estudado, as notificações aconteceram em várias faixas etárias (Tabela 1), chamando atenção para os menores de quatro anos (n= 42) e maior de 60 anos (n= 13).

Tabela 1. Distribuição de casos de LVH por faixa etária e por ano, em Governador Valadares/MG, no período de 2008 a 2014.

Ano	0 a 4	5 a 19	20 a 39	40 a 59	> 60	Total
2008	3	1	5	6	0	15
2009	11	11	9	8	6	45
2010	7	7	3	7	1	25
2011	10	2	2	4	2	20
2012	7	3	7	8	1	26
2013	1	2	1	5	2	11
2014	3	2	0	1	1	7
Total	42	28	27	39	13	149

Fonte: CCZ, Governador Valadares/MG, 2014.

A polaridade do agravo nos dois extremos do ciclo biológico (Gráfico 4), pode estar associada ao acentuado desejo, desses indivíduos de possuir um animal de companhia, principalmente, por proporcionar significativa melhoria na qualidade de vida, aumentando estados de felicidade, reduzindo sentimentos de solidão e melhorando as funções físicas e emocionais, o que permeia no conceito ampliado do processo saúde-doença (BORTOLOZZI; FARIA, 2009; NASCIMENTO, 2016), assim como também, as mudanças no perfil de transmissão da LVH, que nas áreas urbanas é de caráter intradomiciliar.

Recentemente, estudo realizado em Porteirinha/MT, foram capturadas 14 espécies de flebotomíneos, totalizando 1.408 exemplares, de acordo com o ambiente, os resultados obtidos mostraram que o peridomicílio apresentou a maior (53,3%) porcentagem dos espécimes encontrados na região, embora parte (46,7%) da fauna também tenha sido encontrada no intradomicílio (BARATA et al, 2005).

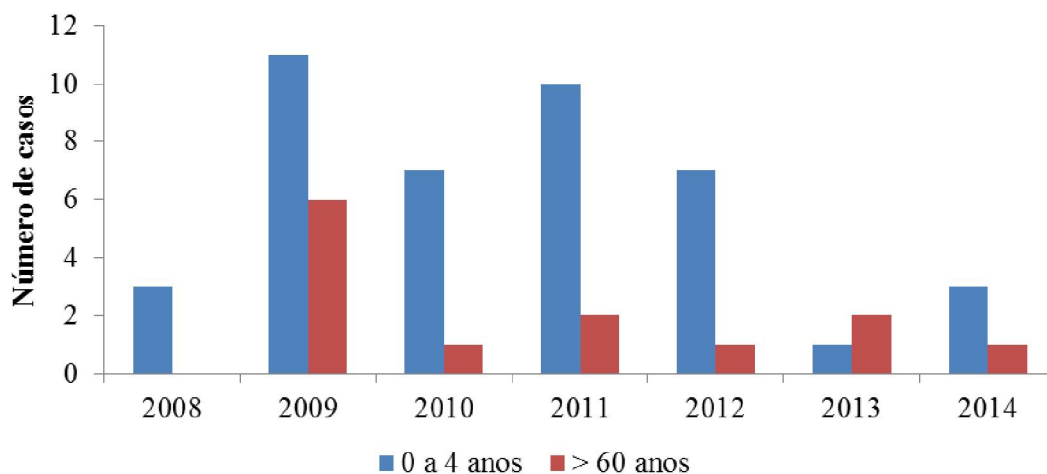


Gráfico 4 Notificações de LVH de 2008 a 2014, em dois extremos do ciclo da vida, em GV/MG. Fonte: Própria pesquisa

Esta observação é semelhante ao que foi constatado em outros artigos, como nos estudos realizados em Palmas –TO (CAVALCANTE; VALE, 2014) e Sobral – CE (OLIVEIRA; PIMENTA, 2010). A razão da maior susceptibilidade em crianças também pode estar associada ao estado de relativa imaturidade imunológica, uma vez que a imunidade adquirida se desenvolve com a idade. E essa susceptibilidade é agravada, pela desnutrição, tão comum nas áreas endêmicas, além de uma maior exposição ao vetor no peridomicílio (BRASIL, 2014), fato também documentado no Brasil, onde a ocorrência da doença na população infantil vem se mantendo ao longo dos anos (CALDAS et al, 2001; BARBOSA et al, 2013).

Outros benefícios apontados por diversos autores são os relacionando-se com o fato de que a presença do animal, faz decrescer a ansiedade e reduzir o sentimento de solidão, situação muito comum em idosos (GUIMARÃES; ALMEIDA et al., 2011, GASPAROTTO et al., 2012, DIAS, 2014, ALMEIDA, 2014).

No estudo efetuado em Governador Valadares, foi observada uma elevada prevalência de cães soropositivos que foram para eutanásia (Tabela 2). A prática do controle do reservatório canino assume uma característica que se revela indesejável aos interesses dos atores sociais, não sendo capaz de atingir os objetivos da Saúde Pública a que se recomenda e implica em ônus para os cofres públicos. Além de afetar o profissional veterinário que a concretiza de forma a provocar lhe estresse com prejuízos a sua saúde física e mental, e em seu desempenho para o trabalho (TESHEINER, 2016).

Tabela 2. Soro prevalência canina X processos judiciais, em Governador Valadares, no período de 2008 a 2014

Ano	Amostras Suspeitas	Amostras Positivas	Soro prevalência %	Ações Judiciais
2008	5609	1481	26,5	0
2009	6381	1554	24,5	04
2010	4004	1087	27,2	06
2011	5165	1759	34,2	08
2012	8612	2738	32,0	14
2013	7116	2247	31,5	43
2014	12000	3095	25,8	52

Fonte: CCZ e Ministério Público de Governador Valadares, 2015.

Recentemente, Barata et al. (2013), mostraram que Governador Valadares é o território da LVH. O grupo analisou os resultados dos inquéritos epidemiológicos efetuados entre 2008 a 2011 pelo Centro Controle de Zoonose (CCZ) em 4992 cães, mostrando 30,2% de positividade de LVC. O estudo mostrou captura de 2539 flebotomíneos nas áreas peridomiciliares em 84,5% dos casos, e a *Lu. longipalpis* foi a espécie predominante em 90% dos casos, sugerindo a participação do agente vetor no ciclo da doença no reservatório canino, levando a pratica da eutanásia.

Após duas décadas de tentativas de controle da LVC no Brasil, o número de casos aumentou significativamente e constata-se a sua expansão para áreas urbanas. Como método

diagnóstico da LVC os programas seguem duas reações: Elisa e RIFI, produzidos por Biomanguinhos, laboratório de Saúde Pública, com o intuito de detectar cães infectados, fonte de infecção para o flebótomo, para a realização da eutanásia e avaliação da prevalência da LVC (SILVA et al, 2012; BARATA et al. 2013). Em relação aos métodos sorológicos empregados em inquéritos epidemiológicos, os parâmetros de sensibilidade, especificidade e valores preditivos das técnicas sorológicas empregadas são de extrema importância para se evitar interpretações equivocadas, com resultados falsos positivos ou negativos, a fim de garantir a eficiência do programa (CASAGRANDE et al, 2012; URSINE et al. 2016).

A eutanásia dos cães soropositivos gera impasses com a sociedade, em virtude de lidar de modo inadequado e provocar sofrimento e morte indiscriminada a animais com os quais as pessoas mantêm um vínculo afetivo (HERZLICH, 2005). Outro entrave diz respeito aos danos provocados ao meio ambiente, devido ao descarte inapropriado da carcaça animal nos lixões, contrariando a legislação ambiental brasileira especialmente a Lei Federal nº9605/98 e a Portaria Federal nº 05/93 do CONAMA (Conselho Nacional de Meio Ambiente) que estabelece a destinação adequada dos animais mortos, o que revela a continuidade de uma atitude de desconsideração aos interesses mais essenciais de outros seres vivos (GOMES, 2013, GOMES, 2014).

O que emerge a necessidade de substituir medidas preventivas já estabelecidas, por outras capazes de promover o controle canino, como das vacinas caninas que já estão sendo comercializadas mais ainda não adotadas nos programas públicos de Saúde e conseqüentemente atingindo o controle da LVH, subsidiadas pela eficiência, humanização e ética (DRUMMOND, 2011).

Os proprietários resistem em entregar seus cães, intervindo o Estado por meio de ações judiciais (Tabela 2), negligenciando o vínculo afetivo entre o homem e o cão. Observa-se o antagonismo entre a lógica do Estado e a visão da população sobre a política pública de combate a LVH que se torna reducionista e desrespeita os sentimentos humanos. Se faz necessário pensar em uma nova *arte de governar em saúde*, que engloba, em sua complexidade, instituições estatais (jurídicas e não -jurídicas) e, principalmente, instituições sociais, o que vem relacionada a estratégias dialógicas que pressupõem a ausência de hierarquia entre os sujeitos que as compõem (ASENSI, 2010; MARQUES, 2015).

Todos os atores sociais envolvidos com a questão animal e conseqüentemente com saúde, deveriam atuar para afirmar o direito à vida dos animais, evitando a morte desnecessária e a utilização de métodos de eutanásia que possam lhes causar qualquer

sofrimento. Além disso, a elaboração de legislações mais rigorosas de proteção animal deve ser pleiteada com o intuito de coibir crimes contra os animais (SEN; KLIKSBURG, 2010; ANDRE et al., 2013).

Entende-se que o controle populacional realizado pelo CCZ é legal, consonante com o Art. 196 da CR/88 e amparado pelo poder de polícia sanitária, mas que a fundamentação legal do poder público não pode ser desvirtuada para a prática de crimes. É citado na fundamentação do Ministro Humberto Martins o erro cometido pelo 6º Informe técnico da OMS, de 1973, que foi corrigido no 8º Informe técnico da mesma, em 1992. Na própria documentação confirma a falha da exterminação de animais para o controle de disseminação de doenças, aconselhando a esterilização e a educação da população como medida hábil (GARCIA, 2014).

É observado que a lei concede a discricionariedade ao administrador para que ele encontre a melhor solução possível para o atendimento do interesse público, e que essa discricionariedade não pode ser usada como justificativa para a prática de crueldade contra os animais. Pressupondo-se que pode haver liberdade na escolha dos métodos de extermínio desde que eles sejam equivalentes em menor crueldade (GENARI et al., 2012).

Segundo da Silva et al. (2012), foram identificados 10 pontos de maior fragilidade a respeito do controle de reservatórios domésticos, são eles:

- 1) A falta de correlação espacial entre a incidência cumulativa de LV humana com a soroprevalência canina
- 2) A ausência de risco significativo de coabitação com cães para aquisição de LV
- 3) A demonstração teórica de que é um método pouco eficiente em comparação com as estratégias de controle vetorial e de suplementação alimentar
- 4) A demonstração de que outros reservatórios podem ser fontes de infecção de *L. chagasi*, tais como pessoas (particularmente crianças desnutridas que podem transmitir para outras crianças), canídeos silvestres e marsupiais
- 5) A grande velocidade com que a população canina é reposta, exigindo proporção e frequência de retiradas de cães soropositivos impraticáveis
- 6) A baixa eficiência dos testes sorológicos em detectar infecção canina
- 7) A utilização de um único método para efetuar as duas funções de teste de triagem e de teste confirmatório para infecção por *L. chagasi*; isto conduz a elevado custo por benefício devido à alta proporção de resultados falso-positivos, particularmente quando a prevalência real é baixa
- 8) A falta de indicadores clínicos ou laboratoriais de infectividade de cães para o vetor
- 9) A ausência de experiências anteriores que tenham demonstrado vantagens exclusivas da eliminação de cães, pois todos os relatos de sucesso de programas de controle de LV onde foram eliminados cães descrevem também o controle de vetores com inseticidas
- 10) A publicação de observações e ensaios em que se verificou que quando esta medida foi aplicada sozinha, não houve demonstração inequívoca da vantagem de seu uso em reduzir a incidência de LV em seres humanos (SILVA et al., p 10).

Os dez pontos destacados elucidam a complexidade e o grande desafio que é o controle da LVH. Apesar da eutanásia em cães não ser a solução para o controle da doença, é

uma medida necessária para minimizar sua disseminação. Entretanto, apenas com esta medida, o controle do agravo se mostra ineficaz (TOLEDO, 2012). É preciso também um controle de vetores e tratamento específico, conforme preconiza o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015).

O direito à Saúde não poderia ser entendido somente como direito social, mas, especialmente, como direito humano fundamental, tutelado em documentos legais domésticos e internacionais, que repetem a seriedade das políticas públicas para sua efetivação. Contudo, cumpre salientar que o direito em saúde pública, um instrumento da sociedade, não se restringe à atuação do Estado em seu dever de garantia à proteção dos Direitos Humanos. Significa dizer que é legítima e desejável a intervenção dos cidadãos e das entidades não governamentais, na busca da validação dos Direitos Humanos (FERREIRA, 2012).

De acordo com o Artigo 5º da Constituição Federal do Brasil, o proprietário não é obrigado a eutanasiar o seu cão, pois é sua propriedade, e, se o Poder Público o fizer, poderá ser acionado por crime de Abuso de Autoridade (o servidor público) e ainda responder por danos materiais e morais, se assim desejar o proprietário (DRUMOND, 2011).

Julgamos que o diálogo entre saúde e o direito tema das doenças negligenciadas, como a LVH, fundamenta-se tanto pelos referenciais da bioética, que estão organizados a desvestir as verdadeiras dificuldades de injustiças persistentes no mundo contemporâneo, quanto por referenciais que se propõem a efetivar a saúde como direito fundamental do ser humano, pondo em prática a definição proposta no artigo 14º da *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos* da Unesco (ONU, 2005, DRUMMOND, 2011).

Ir além das injustiças sociais, sanitárias e as dessimetrias estabelecidas entre aqueles que detêm o poder e os que não tem poder algum, originários, na maioria das vezes, das situações persistentes que ainda acometem a humanidade, ignorando a ética (ASENSI, 2010; ANDRADE et al., 2015).

Ante o exposto, pode-se inferir que parte do insucesso das estratégias de controle sobre a transmissão do parasito nas áreas estudadas, pode ser devido às limitações estruturais e operacionais do serviço público de saúde, que impossibilitam a execução de estratégias em todas as áreas prioritárias, conforme preconizado pelo Manual de Vigilância e Controle da LV (BRASIL, 2006, SEN; KLIKSBURG, 2010, GUIMARAES et al., 2012).

Ao se considerar a interação homem e ambiente e, para que seja discutido o processo saúde-doença nos espaços, no contexto da LVH, estabelece como necessário um compreensão

de conceitos geográficos e de saúde, a fim de que sejam referenciados os locais de ocorrência da enfermidade e que sejam apreendidas informações acerca da característica da doença.

Com a análise do perfil epidemiológico do paciente portador de LV no município de Governador Valadares-MG, observou-se um aumento no número de casos da doença. Portanto, é necessária a mobilização constante de recursos para que as ações de controle propostas pelo Ministério da Saúde sejam efetivadas.

6.2 DADOS QUALITATIVOS

Os dados qualitativos, deste estudo, surgiram a partir das informações obtidas com os indivíduos estudados. Nessa perspectiva, buscou-se um olhar multifacetado sobre a totalidade das informações recolhidas e considerado à pluralidade de significados atribuídos ao produtor de tais dados. A partir da categorização dos temas e respectivas questões inseridas na entrevista identificou-se quatro (4) categorias: Conhecimento sobre a LVH; Transmissão da doença; Significado da doença, Sentimento ao ter seu cão recolhido ou recluso. A categorização representa a passagem dos dados brutos a dados organizados. Permite reunir um número de informações por meio de uma esquematização e assim correlacionar classes de acontecimentos para ordená-los.

6.2.1 Categoria1: Conhecimento sobre a LVH

Essa categoria aborda o conhecimento que o indivíduo possui em relação à LVH. É compreendida como uma doença parasitária humana, que acomete suas vísceras podendo levar ao óbito, onde o principal reservatório é o cão.

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, aos 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 (MORAES, 2013).

Observou-se que a maioria dos entrevistados demonstrou desconhecer esse agravo. Este dado sugere-se que as ações de comunicação e educação oferecidas à população provavelmente estão priorizando somente informações simplistas ou de difícil entendimento.

*“Não! Sei Não” (Entrevistado 5)”. “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 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 específica da LVH, já foi comprovada (UCHOA et al., 2004; BORGES et al., 2008; GENARI et al., 2012; DOS SANTOS LOBO et al., 2013).

Essa mesma educação à saúde possivelmente teria mais adesão da população se explorasse os aspectos das apropriações. É notório que a capacidade de mobilização social se amplia quando envolve a comoção das pessoas em torno de uma causa porque afeta um ente querido, no caso o cachorro. O apelo emocional tão adequado para a comunicação social e para o discurso publicitário seria tomado como parte de outro olhar que respeita o território alheio desses moradores.

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 (MACHADO et al., 2014). Tal estatística é relevante ao considera-se 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 (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 et al., 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 (FRANÇA et al., 2009).

Pode-se evidenciar que a educação deve ser mais do que transmissão de conhecimento e que informações não são suficientes para promover mudanças de comportamento nos indivíduos. Tais mudanças de atitude, ou seja, o despertar do interesse que resulta na ação preventiva seria fruto desses instigar das capacidades afetadas que compreendem essa territorialidade.

Para Sales (2008), os conteúdos divulgados pelos meios de comunicação, por vezes, repassam informações imprecisas, podendo trazer má interpretação à população. Este fato pode contribuir, portanto, para que parte da população não confie nas informações repassadas por este meio. Em relação às informações dos profissionais de saúde, estes podem perder credibilidade em suas falas, quando tais informações que repassam desconsideram os interesses, os afetos e os saberes da população. Assim, as informações repassadas seriam incapazes de gerar uma mudança de comportamento proporcionando um sentimento de negatividade, desgaste e falta de credibilidade.

As atividades de educação em saúde devem ser implementadas e respaldadas na avaliação do nível de conhecimento e representação do agravo pela população local, para serem delineadas de acordo com seu contexto específico. Devem permitir interação entre profissionais de saúde e população para que favoreçam a participação da comunidade nas ações preventivas. É necessária uma prática educativa que promova a reelaboração dos conceitos errôneos e equivocados por outros corretos e coerentes; favorecendo ações saudáveis nos níveis individual, comunitário e ambiental. Percebe-se que a educação em saúde participativa em moldes emancipatórios pode contribuir para o empoderamento comunitário no enfrentamento das Leishmanioses (FRANÇA et al., 2009).

Apesar dos avanços com a implantação do PSF, cuja prática sanitária está ancorada na Vigilância à Saúde e, portanto, necessitando para sua construção estar cravada nos pilares - território, problema e intersetorialidade -, ainda não é possível obter vantagens na interação desses sujeitos quanto ao enfrentamento da LVH (SALES, 2008, p.182).

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 (COSTA et al., 2016).

O problema de assimilação e compreensão das informações relativas a 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).

Atuando, dessa maneira, como forma alternativa e auxiliar ao modelo assistencial de saúde ainda vigente no Brasil, centrado no tratamento de doenças.

*“Ah eu vejo falar disso daí hum mal provocado pelos animais né?”
(Entrevistado 1)*

“...quando a gente fica com a barriga grande, fraco, porque o cachorro doente mordeu a gente né isso? (Entrevistado 9)

Nesta fala percebe-se que o entendimento do modelo processo saúde/doença é o biomédico, ou seja, 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 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. Fica evidente na fala que o modelo de entendimento do processo saúde - doença é biomédico. Essa definição de doença remete a outra questão, existe a consciência de que pouca higiene e animais representam risco à saúde.

O animal receberia muito mais cuidado 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 seria mais que mera instrução para se tornar parte da afetividade que unem proprietários e cães (LIMA et al., 2010).

É percebido como a crescente e elevada dependência dos indivíduos e da sociedade para com a oferta de serviços e bens de ordem médico-assistencial. Essa prática incessante da tecnologia médica passa a considerar como doença todos os problemas, dos mais diversos (situações fisiológicas, problemas cujas determinações são, em última análise,

fundamentalmente, de natureza econômico-social), como tal demandando, para sua solução, procedimentos médicos.

"...nossa! graças a Deus que o dotô fez uns exames a tempo de descobrir o que ele tinha..."(entrevistado 12)

"... se não fosse os médicos do hospital eu num tava mais aqui para contar historia..."(entrevistado 7)

" cheguei com ele no hospital nas ultimas, foi tanto remédio que deu para ele tomar e montão de exame, um doto atrás de outro examinando, ate falar o que ele tinha..."(entrevistado 24)

Essas falas demonstram uma concepção de modelo assistencial reducionista, evidenciando que para a construção de um novo modelo é fundamental o desenvolvimento de novas racionalidades. Dentre os princípios e diretrizes do SUS, admite-se ser o da integralidade aquele que confronta racionalidades hegemônicas no sistema – tais como o reducionismo e 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 (ALVES, 2005).

Na perspectiva do território, cabe reconhecer os processos produtivos nele instalados, bem como os que se situam em seu entorno, ou mesmo remotamente, e identificar suas relações com o ambiente e com a saúde dos moradores. A territorialização é um processo de “habitar um território” (RAMMINGER, 2008). O ato de habitar traz como resultado a corporificação de saberes e práticas. Para habitar um território é necessário explorá-lo, entendê-lo, conhecê-lo em suas várias formas, torná-lo seu, empoderar, ser sensível às suas questões, ser capaz de movimentar-se, detectando as alterações de comportamento e colocando em relação fluxos diversos - não só cognitivos, não só técnicos, não só racionais - mas políticos, comunicativos, educacionais, afetivos e interativos no sentido concreto, detectável na realidade (CECCIM, 2005, SILVA, 2013).

A influência de Milton Santos, em 1988, na saúde pública brasileira que emergiu a partir da década de 1970, que se revela numa certa incapacidade da ciência epidemiológica no entendimento do processo saúde-doença no contexto de mudanças sociais do período: mudança do perfil epidemiológico; processo de urbanização e a intensificação das relações sociais; novas possibilidades epidêmicas causadas pelo processo de globalização, surgimento de novas doenças e o reaparecimento de doenças potencialmente controladas, impactos ambientais e sua relação com a saúde (ANDRADE; BAPTISTA, 2016).

O quadro se vê agravado pela dificuldade para a Epidemiologia superar uma abordagem descritiva e reducionista, influenciada por certo positivismo herdado do século XIX, que a torna bastante debilitada para fazer relações importantes na explicação do fenômeno biológico. Citam-se, por exemplo, as questões paradigmáticas e ainda não resolvidas da relação entre o individual e o coletivo, o biológico e o social ou entre a sociedade e a natureza (FARIA; BORTOLOZZI, 2009).

Vê-se que uma compreensão ampliada do conceito de saúde é semelhante a abordagem ampliada de território, ambos são fundamentais para abranger, abordar e planejar ações assistenciais envolvendo a LVH. Convém salientar que Barcelos et al. (2002), afirmam que quanto maior a identidade entre a população e seu território, mais facilmente podem ser elaborados os diagnósticos e planejadas as ações de saúde. A situação de saúde não é um atributo dos grupos sociais nem das unidades espaciais em si. Ela é o resultado da relação de grupos sociais com seu território (BARBOSA; DA SILVA, 2016).

Reconhecer o território e as características sociais e de saúde da população é um importante ponto de avaliação do impacto de serviços sobre os níveis de atenção. Tal reconhecimento permite também o desenvolvimento de um vínculo entre os serviços de saúde e a população, mediante práticas de saúde orientadas por categorias de análise de cunho geográfico (MONKEN, BARCELLOS, 2008, CARDOSO et al., 2016).

Uma proposta de mudança de informar a sociedade sobre determinado agravo, de forma a implicar em 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 (CARVALHO; SOUZA-SANTOS, 2005, PIMENTA, 2007). Resumindo, uma comunicação que respeite os territórios e suas complexidades e não reduzam esses territórios a espaços clínicos, laboratórios a céu aberto.

6.2.2 Categoria 2: Transmissão da Doença

Essa categoria identifica a forma de transmissão da doença ou agravo. Envolve os cuidados com ambiente, uma vez que o acúmulo de lixo, favorece a proliferação do mosquito

(flebotomo) que pica o animal (o cão), infectando-o e conseqüentemente acometendo os seres humanos.

“...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 provavelmente a necessidade de um olhar ampliado para questões que vão além da biologia, patologia e tratamento da LVH (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. 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 impõe 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. Permite novos sentidos e significados individuais e coletivos sobre o processo saúde-doença-cuidado e renovação dos vínculos de compromisso e de coresponsabilidade entre os serviços e a população assistida (ALVES, 2005, SILVA et al., 2016).

Pode-se observar em algumas falas o avanço do modelo do processo saúde/doença de biomédico para o processual:

“ tem que tomar cuidado com a parte higiênica, prevenir ” (Entrevistado 1)

“Assim parte higiênica da gente, alimentação e coisas velhas agente 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, responderam:

“Eu to com 78Kg 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 parece não ser valorizado pela população, uma vez 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 se constitui em um fator importante, pois ao saber que pode adquirir alguma doença de um animal as pessoas preocupam-se em preveni-la (SANTOS et al., 2016).

Essa definição de doença remete a outra questão, existe a consciência de que pouca higiene e animais representam risco à saúde, mas ao mesmo tempo observa-se resistência as eutanásias têm aí, um processo significativo a ser invertido. O animal receberia muitos 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 seria mais que mera instrução para se tornar parte da afetividade que unem proprietários e cães.

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 (LOBO et al., 2013).

Percebe-se que a rua, o bairro são partes do território simbólico das comunidades. Isso é um fato muito distinto de outras camadas da população com maior poder aquisitivo que não se apropriam de seu espaço, pois se deslocam com veículos e frequentam diversos lugares de serviços e de lazer. Para o cão e seu proprietário de regiões periféricas, sua comunidade é sua territorialidade (FEIJÃO et al., 2001).

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 toda a população.

Na abordagem territorial, 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 (LAURELL, 2016).

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, sociais que influenciam diretamente a dinâmica da população de vetores e reservatórios. Desse modo, o modelo ampliado do processo saúde/doença é o que mais apropriado no controle desse agravo, pois através dele é possível o diálogo interdisciplinar, discutir acerca dos diferentes processos de produção de doenças, e pelas possibilidades de contribuir na formulação de propostas adequadas de intervenção ao controle dessa enfermidade (KAWA et al., 2010).

6.2.3 Categoria 3: Significado da Doença

Nessa categoria ficou estabelecido o entendimento do significado da doença para os indivíduos participantes da pesquisa. O entendimento que os indivíduos possuem em relação à doença (LVH) provavelmente irá resultar em práticas de prevenção e formas de vivenciar a doença.

Constatou-se que a maioria associou doença com a morte como revela 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).

Sales et al. (2008), argumentaram 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.

De acordo com Sampaio (2015), quem sente o desejo de adiar a morte ao confrontar-se com a mesma 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 (MASSARONI; BARBOSA, 2016).

Segundo Souza e Santos (2016) o fato do indivíduo estar doente significa:

Uma quebra a 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 (SOUZA; SANTOS, 2016.p. 11).

A esse respeito, Simonetti (2011) argumenta que o imaginário da eternidade é um recurso que usa-se contra a angústia de morte inerente à existência. Como a morte é certa, uma forma de nutrirmos 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 ou seu poder-ser, a 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, a partir das 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.

Em primeiro lugar, obter informações objetivas a respeito do assunto de que irá falar o indivíduo, assim não estaremos metendo os pés pelas mãos a respeito da história e da geografia das coisas que serão relatadas. Em seguida, efetuar uma aproximação pessoal aos contextos aos quais ele pertence, indo, se possível à sua casa, e “sair com ele, caminhar ao seu lado nos lugares em que os episódios lembrados ocorreram”, (este andar, evidentemente, pode ser virtual, se os eventos relatados forem distantes, no tempo, no espaço). Cabe efetuar uma conversa prévia (ou pré-entrevista, mas não fica claro o quanto o “pré” já não é começo) para adquirirmos informação a respeito do que constitui o cerne de suas preocupações, dos termos que usa e do modo de reconstituir o passado que é bem dele. E, sobretudo, formar laços de amizade. Estes laços são tão necessários quanto inevitáveis. Ocorrem porque, ao perguntamos sobre o passado do depoente, estamos nos colocando na posição de pessoa que se interessa por ele e quer partilhar a sua experiência. É a aventura conjunta de reviver e o que fala implicitamente agradece ao que escuta, por ter lhe fornecido uma oportunidade para saber o que tinha a dizer (BOSI, 2003,p.60).

Diante disso, essas representações desfavoráveis se devem as falhas dos sistemas de comunicação social e políticas públicas humanizadas, os 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, do que com a doença em si (RUSSO; DE SOUZA LEHFELD, 2016).

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 (GARCIA, 2014).

Com a abordagem territorial desenvolveram-se estudos de difusão de doenças transmissíveis e estudos de localização da infra-estrutura sanitária, enfatizando aspectos como distância, forma, direção, posição, localização e distribuição no espaço. Na abordagem da análise regional, geógrafos da saúde visam identificar espaços homogêneos de ocorrência de doenças e seus determinantes. São exemplos os estudos de regionalização dos serviços de saúde, como no caso de análises de delimitação de área de serviço de uma ambulância, ou do mercado para um hospital, ou estudos ecológicos de delimitação da área de circulação de agentes de doenças e a identificação de focos (ABAI et al., 2010; FIGUEIREDO, 2013).

A partir dessas abordagens, os geógrafos foram desenvolvendo estudos de ecologia humana das doenças, de epidemiologia paisagística, de mudanças ambientais e de saúde, de biometeorologia dos estados de saúde, poluição e saúde, difusão espacial de doenças,

distribuição de recursos de saúde de história da geografia médica, geografia da nutrição, geoquímica ambiental, entre outras (SAMPAIO, 2014).

Uma das mais importantes premissas da geografia da saúde é que a doença não pode ser tratada isolada do contexto físico, social e cultural (BENSABATH, 2014). A outra é que os padrões de mortalidade e morbidade, bem como a distribuição dos sistemas de atenção à saúde não ocorrem de forma aleatória, mas obedecem a algum nível de determinação (política, social, cultural, ambiental), que pode ser a chave para a compreensão dos processos saúde-doença em um determinado lugar e momento histórico.

“... os problemas de saúde não se distribuem ao acaso e, muito menos, têm frequência e gravidade similares em todos os grupos humanos... cada indivíduo, família, comunidade e grupo social, em cada momento de sua existência, tem necessidades e riscos que lhes são característicos, seja por sua idade, pelo sexo e por outros atributos individuais, seja por sua localização geográfica e ecológica, por sua cultura e nível educativo, ou seja pela sua inserção econômico-social, que se traduz em um perfil de problemas de saúde-doença peculiares, os quais favorecem e dificultam, em maior ou menor grau sua realização como indivíduo e como projeto social”. (CASTELLANOS, 1997, p.60-62 apud PEITER, 2005).

As dificuldades das análises territoriais em saúde seriam: a escolha dos indicadores e medidas de saúde e doença; o comportamento individual; o problema da escala, na medida em que a escolha da unidade de análise influencia os coeficientes de correlação; o problema da latência e da mobilidade do agravo; o intervalo de tempo entre a exposição e o evento (morte ou manifestação da doença), entre outros. São esses os problemas que deverão ser tomados em consideração em qualquer estudo de Geografia da Saúde (MASSEY, 2008).

Uma área da geografia da saúde onde a análise espacial apresenta resultados produtivos é a dos serviços de saúde, com três vertentes básicas: a dos padrões espaciais da estrutura dos serviços médicos, incluindo considerações sobre a hierarquia espacial dos equipamentos e a distribuição dos recursos em saúde (humanos e físicos); a segunda, que se atenta com as variações do acesso aos serviços de saúde e os fatores sócio- espaciais que influenciam o comportamento dos pacientes; e a terceira que se menciona aos estudos que procuram identificar agregados espaciais (*spatial clusters*) de desigualdade e carência de oferta, utilização e alcance dos equipamentos de saúde e o planejamento para a otimização dos serviços em termos de necessidade humana (KOGA; NAKANO, 2006).

6.2.4 Categoria 4: Sentimento ou Reação Ao Ter Seu Cão Apreendido

Essa categoria aborda o sentimento do indivíduo em ter seu cão apreendido pela zoonose, uma vez que consideram o animal como um integrante de seu contexto familiar.

Nessa categoria identificou-se o alívio e a tristeza:

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

“Uai a gente fica chatiado mas não tem jeito entendeu? Ai teria que sacrificar né?(Entrevistado). “Ah eu 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 fica muito triste né, já perder um por causa disso, teve um aqui que teve, perdi ela fiquei muito sentido com isso (Entrevistado 26).

Fica evidente que o sentimento de identidade pode estar sendo interpretado no 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).

O estreitamento no relacionamento homem-animal, e das novas dimensões que ela tomou, onde o 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, p.16).

Mediante a análise dos processos simbólicos que 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 (BORGES, 2014).

A relação entre os seres humanos e o seu território faz dos costumes ou usos tradicionais de 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 (MARQUES, 2015).

Esta articulação com o reservatório canino que fixa o sentimento e os seres humanos é um ‘território mágico’, tem repercussões sociais importantes. A apropriação desse território nesse 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 o 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, que 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, o estudo realizado por Costa (2012) demonstra que o sacrifício de cães tem sido uma estratégia muito questionada na literatura dada à complexidade de fatores envolvidos no processo de transmissão e a própria operacionalização da medida. O controle da LVC a partir da estratégia de eliminação de apenas cães sintomáticos têm sido discutidos 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, utilizados dois testes diagnósticos com sensibilidade e especificidade de respectivamente 80% e 90% (BATISTA et al., 2014).

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 a partir do 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 (MACHADO; SILVA; VILANI, 2016).

Mas nem todos os entrevistados se comportam de forma passiva, alguns são resistentes a entrega dos seus cães, necessitando em algum momento de intervenções judiciais, como mostra as narrativas abaixo:

“Sabe souro até hoje pela falta dele, ele era companheiro mesmo, peguei na rua pequeninho, era aquele trem pistiado. Cuidei 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. Doe 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).

Essas falas demonstram provavelmente o valioso instrumento que é a memória oral. Muitas vezes a história se baseia em documentos oficiais e não consegue abranger 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 (PORTELLI, 1996; 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. O ato de lembrar serve de campos de significados - os quadros sociais - que servem de pontos de referência (ROJAS, 2003).

O exemplo da relação homem e cão, quanto à estreita relação. Um exemplo quanto ao andar do seu proprietário, em meio a tantos andares de pessoas, o animal consegue identificar por meio da audição quem é o seu dono. Isso pode acontecer que várias outras percepções, 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 temporais 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 expressivos. Esses indivíduos são testemunhas dessas transformações e seus depoimentos possivelmente representam uma constatação 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 (DRUMMOND, 2011).

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).

Alves (2005), alerta que em nome da ciência houve a marginalização de diferentes segmentos sociais, com a consolidação de práticas impuras 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 tratamento de animais infectados (FEIJÃO et al., 2001). Soma-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 (ANDRADE; BAPTISTA, 2016).

“ 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 meu 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 mim encontrar ta?(Entrevistado 18).

As narrativas são criadas com um acervo de fotos esparsas, vindas de tempos e lugares diferentes e, quando decifrada, não se assemelha 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, 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 (BOSI, 2003).

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 através da lembrança de emoções e sentimentos despertados pelas histórias (RAYMUNDO, 2011).

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 a 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 da mesma e de profissionais de campo (BONELLA, 2013, MACHADO et al. 2016).

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 (SOTO, 2010).

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 (BEZERRA, 2010, FERROGLIO, et al., 2008, PAREJA et al., 2016).

Estudo de campo tem demonstrado que estratégias como o controle de vetores, com o uso de coleiras repelentes e letais para os flebótomos, 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 planejamento em Saúde Pública e das relações humanas no contexto da ética pessoal, profissional e legislação (SAMPAIO, 2015).

Neste sentido, percebe-se que a efetividade do controle da Leishmaniose no Brasil só será possível se os diferentes 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 tenham em mente a necessidade e obrigatoriedade de se alinharem aos contínuos avanços nos campos do conhecimento e desenvolvimento de novas atitudes (RODRIGUES, 2014).

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 (RIGOTTO; AUGUSTO, 2007, RIBEIRO, 2013). Como a vida das pessoas é frequentemente turbulenta, marcadas 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, 2016, DIAS-LIMA, 2014).

A casa, o terreiro, 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 em que 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 de uma geografia da saúde. Sacrifica-se um cão de modo racional e compromete-se adiante a estabilidade emocional do ser humano (BONNEMAISON, 1980).

A abordagem do território da saúde nessa perspectiva da LVH permite estabelecer as relações entre as diferentes territorialidades. Assim, é possível transitar entre as escalas territoriais locais (acesso aos serviços, qualidade de vida, moradia, educação, etc.) e sua relação com os mecanismos territoriais globais (políticas públicas, infraestrutura, economia, etc.) e, a partir daí, estabelecer a relação com os processos sociais como saúde, educação, renda, etc. e esses com processos afetivos. O território vivido aflora e conduz aos clichês do cão ser o melhor amigo do homem/ o cão ser melhor do que o ser humano/ O cão ser fiel (TUAN, 1980, FIGUEIREDO, 2013, SANTOS FRAGA; MONTEIRO, 2014, TOLEDO, 2016). Pode-se aqui usar do termo multiterritorialidade para “condensar” o sentimento dos atores sociais entrevistados.

O discurso médico-científico, não contempla a significação mais ampla da saúde e do adoecer presente nesta categoria. 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 (FERREIRA, 2012).

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.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que o controle da LVH no território de Governador Valadares requer intensificação de medidas como a necessidade de melhorar o nível de conhecimento acerca da doença, pois parte dos entrevistados possuem algumas noções básicas em relação aos aspectos epidemiológicos (transmissão, vetores, reservatórios) e clínicos. Entretanto, outros demonstraram ter pouco conhecimento sobre aspectos preventivos e terapêuticos.

Para um melhor controle desta endemia, torna-se imprescindível que sejam criadas oportunidades para que a população possa ampliar seus conhecimentos e reduzir o risco de exposição às mesmas. Os órgãos responsáveis devem implementar programas profiláticos, como educação em saúde, melhoria de habitações e saneamento básico, priorizando maior mobilização da população no sentido de despertar a consciência, sensibilizá-la e promover sua participação efetiva no combate à LVH.

Além de promover capacitações e reciclagem aos profissionais de saúde, com o intuito de mantê-los aptos a informar corretamente a população sobre os vários aspectos (transmissão, prevenção e controle) do agravo, promovendo, assim, uma mudança comportamental da mesma em face de certos hábitos que propiciam a instalação da doença. Implantação de uma rede de assistencial para que a população possa referir os casos humanos e caninos suspeitos.

A LVH 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, prevenção e os cuidados devem ser informados para a população humana.

Os limites impostos pelas políticas públicas na área da saúde não constituem obstáculo para a difusão de doenças nas zonas de fronteira entre os bairros de maior para com os de menor endemicidade. A falta de conhecimento possivelmente é uma característica dessas áreas causando efeitos nocivos à saúde dos indivíduos.

Apesar dos entrevistados não compreenderem o mecanismo de transmissão da doença completamente e simplesmente associá-la a um hábito específico, sem qualquer

esclarecimento mais profundo, provoca um descaso da doença tornando-a negligenciada, por essa razão, diminui a colaboração da população no processo, mantendo a sua endemicidade.

Uma adequada campanha a favor da 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 a um comportamento desejável pelas políticas públicas. 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 alcance o objetivo proposto.

No entanto, o que se percebe é que o processo saúde/doença está cada vez mais relacionado ao que é valorizado socialmente, e não às experiências subjetivas e singulares 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 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, onde 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 de uma sociedade, se não partir da própria sociedade esta necessidade a fim de reduzir o desrespeito do direito animal 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.

Outro ponto relevante é a compreensão de conceitos geográficos e de saúde, a fim de que sejam referenciados os locais de ocorrência da enfermidade e que sejam apreendidas informações acerca da característica da doença. Lembra-se de que quanto maior a identidade

entre a população e seu território, mais facilmente podem ser elaborados os diagnósticos e planejadas as ações de saúde. Focar em uma comunicação que respeite os territórios e suas complexidades e não reduzam esses territórios a espaços clínicos, laboratórios a céu aberto.

Diante do exposto, é emergente a construção de uma Política Pública de combate a LVH que não 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, percepções sobre a LV torna-se uma ferramenta importante para o controle da doença.

Assim, a gestão das ações de saúde no território endêmico, implica mudanças de atitudes e adoção de práticas saudáveis do ponto de vista interdisciplinar. O programa nacional de controle da LVH baseia sua estratégia na detecção e tratamento de casos humanos, controle dos reservatórios domésticos e controle de vetores. Entretanto, após anos de investimento, nota-se que estas medidas foram insuficientes para impedir a disseminação da doença. São muitos os desafios, mas ênfase deve ser dada em desenvolvimento científico e tecnológico e em inovação em saúde. São necessários mais estudos para o desenvolvimento de novas drogas, regimes terapêuticos e protocolos de manejo clínico.

Estudos de efetividade das ações de controle devem ser sustentados em bases metodológicas sólidas; é preciso investir em táticas integradas de intervenção estruturadas de acordo com os diferentes cenários de transmissão e preferencialmente focalizando áreas de maior risco. Há ainda uma imensa lacuna no conhecimento sobre a LV. Entretanto, mais do que a produção científica em si, é necessário um compromisso social de todos para evitar que a LVH se estabeleça definitivamente como mais uma mazela sanitária do cotidiano urbano brasileiro.

8 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ABAI, M. R. et al. A. Distribuição geográfica e características ecológicas dos grandes subespécies gerbil na principal zoonótica focos leishmaniose cutânea no Irã. **Asian Pacific Journal of Tropical Medicine**, v. 3, n. 10, p. 800-803, 2010.

AFONSO, M. M. S.; Estudos sobre *Lutzomyia* (*Lutzomyia*) *longipalpis* (Lutz & Neiva, 1912)(Diptera: Psychodidae: Phebotominae): hábitos alimentares, infecção natural por *Leishmania* (*Leishmania*) *infantum chagasi* (Cunha & Chagas, 1937) e correlação com a expansão da leishmaniose visceral americana. **Tese de Doutorado**. 2013.

ALBUQUERQUE, L.F.L.M.; Proteção Jurídica dos Cães de Guarda no Sul do Brasil: uma questão de empatia nascida nos Movimentos de Proteção do Animal não Humano. **Seqüência: Estudos Jurídicos e Políticos**, v. 37, n. 72, p. 217-242, 2016.

ALMEIDA, E. R. et al. Prática pedagógica de enfermeiros de Saúde da Família no desenvolvimento da Educação em Saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 57, p. 389-402, 2016.

ALMEIDA, M.F.; Controle de Populações Caninas: Considerações Técnicas e Éticas. **Revista Brasileira de Direito Animal**, v. 6, n. 8.,2014.

AMARAL CAMOSSA, A. C.,et al; O fazer teórico-prático do nutricionista na estratégia saúde da família: representações sociais dos profissionais das equipes. **Revista de Nutricao-brazilian Journal of Nutrition**, p. 89-106, 2012.

ARAÚJO, et al., Relative risk of visceral leishmaniasis in Brazil: a spatial analysis in urban area. **PLoS Negl Trop Dis**, v. 7, n. 11, p. e2540, 2013.

ALVARENGA, D.G. et al ;Leishmaniose visceral: estudo retrospectivo de fatores associados a letalidade. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina tropical**, v.43, n.2, p.194-197, 2010.

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

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** (Botucatu), v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.

AMARO, R. R.; A relação entre o desmatamento e a incidência de leishmaniose no município de Mesquita, RJ. **Revista de Geografia, Meio Ambiente e Ensino**, v. 2, n. 1, p. 245-262, 2012.

_____; O espaço geográfico e o processo saúde-doença na atualidade: as leishmanioses no estado do Rio de Janeiro / Renata Rufino Amaro. –85 f. il. 2013.

AMATUZZI, M.M. A subjetividade e sua pesquisa. **Memorandum**, 10, 93-97. 2003.

ANURADHA, P. R; KATTIYAR, J.C. Sex-influenced population kinetics of *Leishmania donovani* in hamsters. **Indian journal of experimental biology**, v. 28, n. 9, p. 876-879, 1990.

ANDRADE, C.C.; A vivência do cliente no processo psicoterapêutico: um estudo fenomenológico na Gestalt-Terapia. **Rev. abordagem gestalt**,13, (1)17-168.2007

ANDRADE, R.A.A. et al. Advances in flow cytometric serology for canine visceral leishmaniasis: Diagnostic applications when distinct clinical forms, vaccination and other canine pathogens become a challenge. **Vet. Immunol. and Immunopathol.** v. 128, p. 79-86, 2009.

ANDRADE, R., L. M.; BAPTISTA, E. A.; Avaliação da focalização de políticas públicas de saúde no estado de Minas Gerais entre 2011 e 2014: um estudo utilizando aplicação de inteligência geoespacial. **Revista da ANPEGE**, v. 11, n. 16, p. 123-149, 2016.

ANDRADE, B. L. A. ; ROCHA, D. G. ; Doenças negligenciadas e bioética: diálogo de um velho problema com uma nova área do conhecimento. **Rev. bioét.(Impr.)**, v. 23, n. 1, p. 105-113, 2015.

ANDRE, W. P. P. et al. Análise dos casos de leishmaniose humana e sua relação com a eutanásia de animais recolhidos pelo centro de controle de zoonoses de Mossoró-RN. **Revista Brasileira de Higiene e Sanidade Animal**, v. 7, n. 2, p. 212-224, 2013.

ÂNGELO, M.; Biopolítica e sociedade de controle: Notas sobre a crítica do sujeito entre Foucault e Deleuze. **Revista Cinética – Estéticas da Biopolítica: audiovisual, política e novas tecnologias.** Rio de Janeiro, 2008, pp. 1-8.

ANDRADE, B. L. A.; ROCHA, D. G.; Doenças negligenciadas e bioética: diálogo de um velho problema com uma nova área do conhecimento. **Rev. bioét.(Impr.)**, v. 23, n. 1, p. 105-113, 2015.

ARTACHO, N. S.; A leishmaniose no Brasil e o conflito ideológico: eutanásia ou tratamento. **São Paulo. Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas–UniFMU**, 2009.

ASENSI, F. D.; Indo além da judicialização: **O Ministério Público e a saúde no Brasil** — Rio de Janeiro: Escola de Direito do Rio de Janeiro da Fundação Getúlio Vargas, Centro de Justiça e Sociedade, 2010. 206 p.

AVILA, J. O. G. et al.; **A avaliação do nível de conhecimento como ferramenta de prevenção e controle da leishmaniose visceral.** 2012.

BAGRICHEVSKY, M. et al. Discursos sobre comportamento de risco à saúde e a moralização da vida cotidiana. **Ciências e Saúde Coletiva.** V.15, suppl.1, 2010.

BARATA, R. A. et al . Aspectos da ecologia e do comportamento de flebotomíneos em área endêmica de leishmaniose visceral, Minas Gerais.**Rev Soc Bras Med Trop**, v. 38, n. 5, p. 421-425, 2005.

- BARATA, R. A., Peixoto, J. C., Tanure, A., Gomes, M. E., Apolinário, E. C., Bodevan, E. C., ... & Pinheiro, A. D. C. (2013). Epidemiology of visceral leishmaniasis in a reemerging focus of intense transmission in Minas Gerais State, Brazil. **BioMed research international**, 2013.
- BARBOSA, A. G. C.; MASSARONI, L.; LIMA, E. F. A. Significados do processo do morrer e da morte para a equipe multiprofissional Meaning of the process of dying and death for multiprofessional staff. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 2, p. 4510-4517, 2016.
- BARBOSA M.N.M. et al. Atenção aos casos humanos de Leishmaniose Visceral no âmbito da Atenção Primária à Saúde em município da região Tempus. **Actas de Saúde Colet**, Brasília, 10(1), 179-193, mar, 2016.
- BARBOSA, I. R. Epidemiologia da Leishmaniose Visceral no estado do Rio Grande do Norte, Brasil. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 3, n. 1, p. 17-21, 2013.
- BARBOSA, I. R.; SILVA, L. P.. Influência dos determinantes sociais e ambientais na distribuição espacial da dengue no município de Natal-RN. **Revista Ciência Plural**, v. 1, n. 3, p. 62-75, 2016.
- BARBOSA, M. S. M. et al.; A relação entre pobreza e degradação ambiental no Brasil sob a ótica dos indicadores PIB/IDH. **Semioses**, v. 9, n. 1, p. 17-35, 2016.
- BARBOSA, R. P.; A indústria como um uso do território no contexto da política de Desenvolvimento Produtivo. In: STEINBERGER, M. **Território, Estado e Políticas Públicas Espaciais**. Brasília: Ler Editora, 2013. p. 221-244.
- BARCELLOS, C. et al. ; Organização espacial, saúde e qualidade de vida: A análise espacial e o uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 11, n. 3, p. 129-138. 2002.
- BARDIN, L.; Análise de conteúdo (Edição revista e actualizada). **Lisboa: Edições**, v. 70, 2009.
- BATISTA, F. M. A. et al.; Leishmaniose: perfil epidemiológico dos casos notificados no estado do Piauí entre 2007 e 2011. **Revista Univap**, v. 20, n. 35, p. 44-55, 2014.
- BENSABATH, G. ; Espaço-tempo no processo da saúde na Amazônia brasileira. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 5, n. 2, p. 9-10, 2014.
- BERN; C. et al; Fatores de Risco para Kala-Azar em Bangladesh. **Emerg. Infect. Dis.** , v. 11 n.5, p. 655-62, 2005.
- BEZERRA, A.; A consolidação das ações de campo da vigilância em saúde ambiental: heranças e desafios à territorialização, 2010. **Tese (Doutorado em Geografia)** UFPE-PPGEO/CFCH. Recife, 2010.
- _____. Dos “territórios da saúde” a “saúde dos territórios”: relações entre saúde e ambiente na perspectiva da descentralização do acesso aos serviços de saúde o estado de

Pernambuco. IFPE. **Anais XVI Encontro Nacional de Geógrafos** – ENG: Porto Alegre, 2010.

BOELAERT, M. et al.; Visceral leishmaniasis control: a public health perspective. In: **Trans. Royal Society of Trop. Med. and Hyg.**, v. 94, n. 5, p. 465-471, 2000.

BONELLA, A. E ; . A ética no uso de animais. **Philosophos - Revista de Filosofia**, [S.l], v. 17, n. 2, p. 11-41, fev. 2013. ISSN 1982-2928. Disponível em: <<https://revistas.ufg.emnuvens.com.br/philosophos/article/view/15835/13571>>. Acesso em: 30 maio 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.5216/phi.v17i2.15835>.

BONNEMAISON, J.; Espace géographique et identité culturelle en Vanuatu (exNouvelles-Hébrides). **Journal de la Société des océanistes**, 1980, 36(68), pp. 181-188. (tradução)

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. 777-84, 2008.

BORGES, L. F. N. M. et al. ; Prevalência e distribuição espacial da leishmaniose visceral em cães do município de Juatuba, Minas Gerais, Brasil. **Cienc. Rural**. vol.44, n.2, p. 352-357, 2014.

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

BOTELHO, A.C.A; NATAL, D.; Primeira descrição epidemiológica da leishmania visceral em Campo Grande, Estado de Mato Grosso do Sul. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 42, n. 5, p.503-508, 2009.

BRAGA, R. M. ; O espaço geográfico: um esforço de definição. **GEOUSP: Espaço e Tempo**, São Paulo, n. 22, p. 65-72, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos** - Resolução 196/1996. Disponível em: <http://www.bioetica.ufg.br/res19696.htm>.

_____. Manual de Vigilância e controle da Leishmaniose visceral. **Brasília: Ministério da Saúde**, 120p, 2006.

_____. Advocacia-Geral da União. Parecer nº 809/2012-AGU/CONJUR-MS/AVA. **Eutanásia como política pública de controle da Leishmaniose Visceral, em cães infectados**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: Acesso em: 14 out. 2015.

_____. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Coleção para entender a gestão do SUS. Volume 3. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2011.

_____. **Decreto-Lei 51.838,14 de março de 1963**. Normas para o controle da Leishmaniose-Brasil – DF, 2006.

_____. Conselho federal de medicina veterinária. História da medicina veterinária no Brasil. Brasília. Conselho Federal de Medicina Veterinária; 2002, 228p.

_____. Lei nº. 9.605, de 12 de fevereiro de 1998. Dispõe sobre as sanções penais e administrativas derivadas de condutas e atividades lesivas ao meio ambiente, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 13 fev. 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19605.htm>. Acesso em 05 mai. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Leishmaniose visceral grave: normas e condutas**. Brasília, 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_lv_grave_nc.pdf. Acesso em: 21 fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de Vigilância e **Controle da Leishmaniose Visceral**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Portaria Interministerial nº 1426: **Proibição do tratamento de Leishmaniose Visceral Canina**, 11 de Julho 2008.

_____. **Resolução CFMV n. 714**. Dispõe sobre procedimentos e métodos de eutanásia em animais e dá outras providências. Diário Oficial da União: 20 de junho, 2002.

_____. Sistema nacional de vigilância em saúde. **Relatório de situação Minas Gerais**/secretaria de vigilância em saúde/Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2009.

BRAZUNA, J. C. M. et al.; Profile and geographic distribution of reported cases of visceral leishmaniasis in Campo Grande, State of Mato Grosso do Sul, Brazil, from 2002 to 2009. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 45, n. 5, p. 601-606, 2012.

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. Ext.** v.11, n.2, p.104-114, 2015.

BRUINELLI, T. O.; Simbologia Animal: a pomba e o corvo nos bestiários medievais. **AEDOS**, v. 2, n. 2, 2009.

BUENO, F. G. de C. Homem que não ladra, cão que não morde: a comunicação interespecies marcando a cultura pós-moderna. **Dissertação**. Sorocaba, SP, 2009.

BUENO, P. H. C.; LIMA, A. J; As interfaces entre a Geografia e as Políticas Públicas. **Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas**, 15.106: 140-160, 2014.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI, A. F. ; A saúde e seus Determinantes Sociais. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**. v. 17, n. 1, Rio de Janeiro, 2007.

CALDAS, A. J. M. et al.; Infecção por *Leishmania (Leishmania) chagasi* em crianças de uma área endêmica de leishmaniose visceral americana na Ilha de São Luís- MA, Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 34, n. 5, p.445-451, 2001.

CAMPOS, T. C. Doenças negligenciadas, pobreza e exclusão social: mera coincidência geográfica? **Revista da Faculdade de Direito**, Universidade de São Paulo, v. 103, p. 793-830, 2008.

CARDOSO, J. R. ; O., FURLAN, G. N.G.; Paula, G.; . Gestão democrática e práticas de apoio institucional na Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 3, 2016.

CARLOS, A. F. A.; A diferenciação socioespacial. **Revista Cidades**, Presidente Prudente, v.4, n.6, p. 45-60, 2007.

CARNEIRO, D. D. Madureira T.; Identificação de áreas de risco para a leishmaniose visceral americana, através de estudos epidemiológicos e sensoriamento remoto orbital, em Feira de Santana, Bahia, Brasil (2000-2002). **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 28, n. 1, p. 19, 2014.

CARVALHO BUENO, P. H; DE LIMA, A J. As interfaces entre a Geografia e as Políticas Públicas. **Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas**, 15.106: 140-160, 2014.

CARVALHO, M. S.; SOUZA-SANTOS, R.; Análise de dados espaciais em saúde pública: métodos, problemas, perspectivas Analysis of spatial data in public health: methods, problems, and perspectives. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 361-378, 2005.

CASAGRANDE, B. et al.; Leishmanioses tegumentar americana e visceral americana: flebotomíneos capturados no entorno do Parque estadual do Morro do Diabo, no município de Teodoro Sampaio, SP-Brasil. **Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 9, n. 16, p. 131, 2013.

CATÃO, R. C.; GUIMARÃES, R. B. Dengue fever in Brazil: diseases typology in national territory. In: **UGI Regional Geographic Conference**, 2011, Santiago do Chile. UGI Regional Geographic Conference. Santiago do Chile : Instituto Geográfico Militar. v. 1. p. 1-10, 2011.

CATÃO, R. C.; GUIMARÃES, R. B; . Escalas do dengue: uma proposta de análise multiescalar em Geografia da saúde. In: **II Congresso Internacional e IV simpósio Nacional de Geografia da saúde**. p. 1-10. 2009.

CAVALCANTE, Í. J. M.; VALE, M. R.; Aspectos epidemiológicos da leishmaniose visceral (calazar) no Ceará no período de 2007 a 2011. **Rev bras epidemiol**, v. 17, n. 4, p. 911-924, 2014.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(4), 975-986, 2005.

CERBINO NETO, José; WERNECK, Guilherme Loureiro; COSTA, Carlos Henrique Nery. Fatores associados à incidência da leishmaniose visceral em área urbana: um estudo ecológico em Teresina, Piauí, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p. 1543-1551, 2009

CESSE, E.A.P. et al.; . Organização do espaço urbano e expansão do calazar. **Ver. Bras. S. Mat. Infan.**, v. 1, n 2, p. 167-6, 2001.

CHALFLUN, M. Paradigmas filosóficos, ambientais e os direitos dos animais. **Revista Brasileira de Direito Animal**, v.5, n.6, p. 213-246, 2010.

CLAVAL, P.; O papel da nova geografia cultural na compreensão da ação humana. Matrizes da geografia cultural. **Rio de Janeiro: EdUERJ**, p. 35-86, 2001.

COIRO, C. J.V, M., CORRÊA, A. P. L., Guimarães, F. D. F., & Langoni, H. Sistemática de vigilância para leishmaniose visceral canina no município de BOTUCATU/SP. **Veterinária e Zootecnia**, v. 21, n. 1, p. 108-116, 2014.

CONFALONIERI, U.E.C. Variabilidade climática, vulnerabilidade social e saúde no Brasil. **Terra livre**, v. 1, n. 20, p. 193-204, 2015.

CÓRDULA, E. B. de L.; Fenomenologia versus positivismo científico: metodologia aplicada a pesquisas em comunidades humanas. **Revista Intersaberes**, v. 10, n. 21, p. 698-713, 2015.

CORRÊA, R. L.; Sobre agentes sociais, escala e produção do espaço: um texto para discussão. A produção do espaço urbano: agentes e processos, escalas e desafios. São Paulo: **Contexto**, 41-51, 2011.

CORSO, C. P.; **A espacialidade e a temporalidade nas representações dos alunos do quinto ano no contexto da pré-história**. Dissertação. Porto Alegre, 2015.

COSTA, C.H.N.; How effective is dog culling in controlling zoonotic visceral leishmaniasis? A critical evaluation of the science, politics and ethics behind this public health policy. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.44, n.2, p. 232- 242, marc./ abr. 2011.

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)** – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro. 2012.

COSTA, E.C.; Animais de estimação: uma abordagem psicossociológica da concepção dos idosos. **Dissertação de Mestrado**, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Ceará .2006.

COSTA, H.N.; How effective is dog culling in controlling zoonotic visceral leishmaniasis? A critical evaluation of the science, politics and ethics behind this public health policy. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.44, n2., p.232-242, 2011.

COSTA, E.C, et al., Aspectos psicossociais da convivência de idosos com animais de estimação: uma interação social alternativa. **Psicologia: teoria e prática**, v. 11, n. 3, p. 2-15, 2009.

COSTA, M. S., et al.; Práticas interdisciplinares na promoção da saúde da pessoa idosa [Interdisciplinary practices in promoting the health of older adults]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 23, n. 6, p. 773-779, 2016.

COSTA, V. A.; **O centro de controle de zoonoses de Mossoró, Rio Grande do Norte e sua relação com o bem estar animal e a comunidade** . Dissertação. Universidade Federal Rural do Semi-Árido – UFERSA, campus de Mossoró-RN. 101 f. Il. 2015.

CUSTÓDIO, A.E.I. ; O "fazer o bem sem olhar a quem" e os limites da abordagem antropocêntrica na história das relações homem-animal. **Revista ComCiência**, n.134,p 37-47.2011.

CZERESNIA, D.; RIBEIRO, A. M. ; O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 3, p. 595-605, 2000.

D'ANDRÉA, L. A. Z. et al.; Leishmaniose visceral no meio rural de Teodoro Sampaio/SP/Brasil: uma nova fronteira Visceral leishmaniasis in rural areas of Teodoro Sampaio/SP/Brazil: a new frontier.In: Congresso internacional de geografia da saúde, **IV. Anais...** Presidente Prudente, 2012.

DANESHVAR, H. et al.; Gentamicin-attenuated *Leishmania infantum*: A clinicopathological study in dogs. **Vet. Immunol. Immunopathol.**, v.129, p. 28-35, 2009.

DARSIE, C.; As campanhas de promoção da saúde e suas implicações nas relações socioespaciais entre fumantes e não fumantes no espaço público. **Hygeia : Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde (Uberlândia)**, v. 7, p. 67-82, 2011.

DELARISSA, F. A. ; Animais de estimação e objetos transicionais: uma aproximação psicanalítica sobre a interação criança-animal. 2003. 407 f. **Dissertação (Mestrado)** - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras de Assis, 2003.

DESJEUX, P.; Leishmaniasis: current situation and new perspectives. **Com. Immunol., Microbiol. Infect. Dis.** v. 27, n. 5, p. 305- 318, 2004.

DIAS, E.C.; Códigos Morais e os animais. **Revista Brasileira de Direito Animal**, ano 4, n.5, p.183-202, 2009.

_____; Os animais como sujeitos de direito. **Revista Brasileira de Direito Animal**, v. 1, n. 1, 2014.

DIAS-LIMA, A.; Ecologia médica: uma visão holística no contexto das enfermidades humanas. **Rev. bras. educ. méd**, v. 38, n. 2, p. 165-172, 2014.

DORFMAN, A., et al. ; Redes de Poder e estratégias espaciais dos fiscais municipais em Santana do Livramento (RS). **GEOgraphia**, v. 17, n. 33, p. 98-125, 2015.

DRUMMOND, J.; Bioética, dor e sofrimento. **Cienc. Cult.**, v. 63, n. 2, p. 32-37, 2011.

- DUTRA, D. D. A.; **Geografia da Saúde no Brasil: Arcabouço teórico-epistemológicos, temáticas e desafios**. 2011. 172f (Doctoral dissertation, Tese (Doutorado em Geografia)– Departamento de Geografia, Universidade Federal do Paraná, Paraná).2011
- FARACO, Ceres Berger. Interação humano-cão: o social constituído pela relação interespecie. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, PUC RS, Brasil, 2008.
- FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, A.; Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. **Rev. Ra'e Ga**, Curitiba, n. 17, p. 31-41, 2009.
- 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.**;34,p 230, 2001.
- FERNÁNDEZ, M. S. et al; Lutzomyia longipalpis distribuição espacial e associação com variáveis ambientais em uma orientação urbana da leishmaniose visceral, Misiones, Argentina. **Acta Tropica**, v. 114, n. 2, p.81-87, 2010.
- FERREIRA, A. C. B. ; Animais não humanos como sujeitos de direito: considerações processuais. **Revista Brasileira de Direito Animal**, v.6, ano 9, jul./dez., 2012.
- FERREIRA, E. D. C., MELO, L. A. D., & Gontijo, C. M. F. **Leishmanioses do Novo Mundo: Estudo de hospedeiros não humanos e sua importância para a compreensão da ecoepidemiologia da doença**. 2014.
- FERROGLIO, E.; POGGI, M.; TRISCIUOGLIO, A. Evaluation of 65% Permethrin Spot-on and Deltamethrin-impregnated Collars for Canine Leishmania infantum Infection Prevention. **Zoonoses and public health**, v. 55, n. 3, p. 145-148, 2008.
- FIGUEIREDO, L. C.; Perspectivas de análise geográfica do patrimônio cultural: algumas reflexões. **Geografia Ensino & Pesquisa**, v. 17, n. 1, p. 55-70, 2013.
- FONSECA, E.; **Visão Geográfica Integrada das Estratégias de Controle das Leishmanioses no Município de Teodoro Sampaio, SP, com o Apoio do Geoprocessamento** / Elivelton da Silva Fonseca. - Presidente Prudente [s.n.], 2013 248 f. : il. Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Tecnologia.2013
- FRAGA, L. S. ; **Controle de zoonoses: estudo sobre práticas educativas voltadas ao manejo da população canina**. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. 2012.
- FRAGA, L. S. ; MONTEIRO, S. A gente é um passador de informação: práticas educativas de agentes de combate a endemias no serviço de controle de zoonoses em Belo Horizonte, MG. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 3, p. 993-1006, 2014.
- FRANÇA, V. H.; SILVA, C. L. A.; SOUZA, C. M.; Análise de materiais educativos sobre leishmanioses, do nível de conhecimento e representação social da doença pela população brasileira: revisão de Literatura. **61º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Transformação social e sustentabilidade ambiental**. Fortaleza, 2009.

FREIRE, K. M. R.; Uma abordagem geográfica sobre a saúde na Chapada dos Veadeiros/ Krishna Mara Rodrigues Freire. -- 2014 92 f. **Monografia (Bacharelado em Geografia)**, Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

FREITAS, L. C. S.; FEITOSA, A. C.; Espaço e saúde: condições socioambientais favoráveis a Leishmaniose Visceral (LV) na Bacia do Rio Anaja em Paco do Lumiar-MA. **Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 10, n. 18, p. 33, 2014.

FURTADO, A. S., et al.; Space-time analysis of visceral leishmaniasis in the State of Maranhão, Brazil. **Ciencia & saude coletiva**, n.20, p. 3935-3942, 2015.

GALATI, E. A., T., N. D. L., NATAL, D., & CHIARAVALLOTI-NETO, F. Mudanças climáticas e saúde urbana. **Revista USP**, n. 107, p. 79-90, 2015.

GALVÃO, E. L.; BODEVAN, E. C.; SANTOS, D. F.; Análise da distribuição geográfica dos serviços de saúde no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais. **Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 11, n. 20, p. 32, 2015.

GARCIA, R. C. M.; Normas e políticas públicas para controle populacional cães e gatos. In: **Congresso Brasileiro de Bioética e Bem-estar Animal**, 3, Curitiba. Anais... Curitiba, 2014.

GASPAROTTO, L.P.R., et al.; Autoavaliação da postura por idosos com e sem hipertensão torácica. **Ciênc. saúde coletiva**, v.17, n.3, p.717-722, 2012.

GENARI, I. C. C. et al.; Atividades de educação em saúde sobre leishmaniose visceral para escolares. **Veterinária e Zootecnia**, v. 19, n. 1, p. 99-107, 2012.

GERÊNCIA DE EPIDEMIOLOGIA/DVS/SMS/PMGV-GEPI- **Dados internos**. 2010.

GOMES, C. C. M.; Guarda responsável de animais de companhia: Um estudo sobre a responsabilidade civil dos proprietários e a entrega de cães e gatos na Diretoria de Vigilância Ambiental do Distrito Federal / Caroline Cavalcante Maia Gomes; orientação de Lígia Maria Cantarino da Costa. – Brasília, 2013. 70 p. **Monografia** – Universidade de Brasília/Faculdade de Agronomia e Medicina Veterinária, 2013.

GOMES, L. H.; Serviços municipais de controle de zoonoses no Estado de São Paulo: diagnóstico situacional. **BEPA, Bol. epidemiol. paul. (Online) [online]**. v.8, n.96, p. 11-31, 2011.

GOMES, L. H.; MENEZES, R. F.; Diagnóstico de serviços de controle de zoonoses no Estado de São Paulo. **BEPA, Bol. epidemiol. paul. (Online)**, São Paulo, v. 6, n. 72, dez., 2009.

GOMES, N. S. C.; Uma perspectiva da construção dos direitos da fauna doméstica do município de Belo Horizonte-MG. **Revista Brasileira de Direito Animal**, v. 5, n. 7, 2014.

GROS, F. e o direito dos governados. **Revista do Instituto Humanitas Unisinos**. São Leopoldo, 2010.

GUIMARÃES, I. G.; ALMEIDA, A. E.; A produção científica brasileira, na última década, sobre a mortalidade de idosos por calazar. **Gestão e Saúde**, v. 2, n. 1, p. pag. 237-248, 2011.

GUIMARÃES, R. B.; Política nacional de saúde, concepções de território e o lugar da vigilância em saúde ambiental. **Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde (Uberlândia)**, v. 4, p. 90-99, 2008.

_____. Regiões de Saúde e Escalas Geográficas. **Caderno de Saúde Pública**, v. 21, n.4, p. 1017- 1025. 2005.

GUIMARAES, V. C. F. V. et al.; *Phlebotomine* sandflies (*Diptera: Psychodidae*) in São Vicente Férrer, a sympatric area to cutaneous and visceral leishmaniasis in the state of Pernambuco, Brazil. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** [online]. v. 45, n.1, p. 66-70, 2012.

GUSMÃO, J. D.; BRITO, P. A.; LEITE, M. T. S.; Perfil epidemiológico da leishmaniose visceral no norte de Minas Gerais, Brasil, no período de 2007 a 2011. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 615-624, 2015.

HAESBAERT, R.; LIMONAD, E. O território em tempos de globalização. **Revista do Departamento de Geografia, UERJ, RJ**, n. 5, p. 7-19, 2007.

_____. Da desterritorialização à multiterritorialidade. **Anais do X Encontro de Geógrafos da América Latina. São Paulo, USP**, 2005.

HEIDRICH, Á. L.; Sobre nexos entre espaço, paisagem e território em um contexto cultural. In: SERPA, Ângelo (org.). **Espaços culturais: vivências, imaginações e representações**. Salvador: EDUFBA, 2008.

HERZLICH, C.; A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **Physis**, p.57-70, 2005.

HOLANDA, A.; Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica. **Análise psicológica**, v. 24, n. 3, p. 363-372, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – **IBGE**. População do Estado de Mato Grosso do Sul. 2007. www.ibge.gov.br, 2008.

JULIÃO, F. S. et al.; Investigação de áreas de risco como metodologia complementar ao controle da leishmaniose visceral canina. **Pesquisa Veterinária Brasileira**, v.27, n.8, p.319-324, Brasil. 2007.

KAWA, H.; 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** [online]. vol.26, n.8, pp. 1495-1507, 2010.

KOGA, D.; NAKANO, K. ; Perspectivas territoriais e regionais para políticas públicas brasileiras. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 85, 2006.

LACAZ, C. S.; BARUZZI, R. G.; Siqueira Júnior, W. Introdução à Geografia Médica do Brasil. São Paulo: **Edgar Blucher Ltda**. Editora da Universidade de São Paulo, 1972.

- LACERDA, R. S.; SILVA, G. M.; Reterritorialização, conflitos ambientais e saúde em comunidades quilombolas de Sergipe. **Revista da ABPN**, v. 8, n. 18, p. 239-254, 2016.
- LAGO, R. J. M. ; Situação da leishmaniose visceral em um município endêmico do estado do Maranhão. **Dissertação (Mestrado)**. São Luiz, 2014.
- LANGONI, H. et al.; Conhecimento da população de Botucatu-SP sobre Guarda Responsável de cães e gatos. **Veterinária e Zootecnia**, v. 18, n. 2, p. 297-305, 2011.
- LAURELL, A. E. C.; Políticas de saúde em conflito: seguro contra os sistemas públicos universais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, p. 2668, 2016.
- LAURENTI, M. D.; Correlação entre o diagnóstico parasitológico e sorológico na leishmaniose visceral americana canina. **BEPA, Bol. epidemiol. paul. (Online) [online]**. v.6, n.67, p. 13-23, 2009.
- LEITE, A. I.; ARAÚJO, L. B.; Leishmaniose visceral: aspectos epidemiológicos relacionados aos óbitos em Mossoró-RN. **Revista de Patologia Tropical**, v. 42, n. 3, 2013.
- LEMKE, R. A.; SILVA, R. A. N. ; A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 10, n. 1, 2010.
- LEMO, J. C.; LIMA, S. C.; A geografia médica e as doenças infectam-parasitárias. **Caminhos de Geografia**, v. 3, n. 6, p. 74-86, 2002.
- LIMA, A. J. ; Plano diretor participativo e os desafios da governança urbana no Brasil. **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 362-375, ago./dez. 2012.
- LIMA, A. M. A.G.; 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 [online]**. v.15, suppl.1, p. 1457-1464, 2010.
- LIMA, M.; SOUSA, L. ; A influência positiva dos animais de ajuda social. **Interações**, v. 4, n. 6, 2004.
- LOBO, K., B. S., et al.; Conhecimentos de estudantes sobre Leishmaniose Visceral em escolas públicas de Caxias, Maranhão, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2295-2300, 2013.
- LOPES, E. G. et al.; Distribuição temporal e espacial da leishmaniose visceral em humanos e cães em Belo Horizonte - MG, 1993 a 2007. **Arquivo Brasileiro de Medicina Veterinária e Zootecnia**, v. 62, p. 1062-1071, 2010.
- MACHADO, C. J. S.; SILVA, E. G.; VILANI, R. M.; Use of an instrument of controversial public health policy: euthanasia of dogs contaminated by leishmaniasis in Brazil. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 1, p. 247-258, 2016.

- MACHADO, J.C.; PAIXÃO, R. L. ; A representação do gato doméstico em diferentes contextos socioculturais e as conexões com a ética animal. **Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis**, v. 11, n. 1, p. 231-253, 2014.
- MAIA-ELKHOURY, A. N. S. et al.; Visceral leishmaniasis in Brazil: trends and challenges. **Cadernos de 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. **Parasitology research**, v. 100, n. 2, p. 233-239, 2007.
- MARCONDES, M.; ROSSI, C.; Nazaretian. Leishmaniose visceral no Brasil. **Brazilian Journal of Veterinary Research and Animal Science**, v. 50, n. 5, p. 341-352, 2014.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M.; **Fundamentos de Metodologia Científica: Técnicas de pesquisa**. 7ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- MARLET, E.F.; MAIORKA, P.C. ; Análise retrospectiva de casos de maus tratos contra cães e gatos na cidade de São Paulo. **Brazilian Journal of Veterinary Research and Animal Science**, v. 47, n.5, p. 385-394, 2010.
- MARODIN, N. B.; Estudo da avaliação laboratorial e ocorrência da infecção pela *Leishmania spp.* nos felinos domésticos de uma região periurbana Distrito Federal. **Disertação**.2011.
- MARQUES, N. F. ; **Da situação jurídica dos animais no Brasil e a possibilidade de aplicação do antropocentrismo alargado nas decisões dos tribunais**. 2015. 71 f. Monografia (Graduação) - Faculdade de Ciências Sociais e Jurídicas, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2015.
- MARZOCHI, K.B.F.; Visceral leishmaniasis in Rio de Janeiro, Brazil: eco epidemiological aspects and control. **Revista da sociedade brasileira de Medicina Tropical**, v.42, n.5, p.570-580, 2009.
- MASIH, S.; ARORA, S.K.; VASISHTA, R.K.; Efficacy of *Leishmania donovani* ribosomal P1 gene as DNA vaccine in experimental visceral leishmaniasis. **Exp. Parasitol.**, v. 129, p. 55-64, 2011.
- MASSEY, D.; **Pelo espaço: uma nova política da espacialidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2008.
- MATSUMOTO, P. S. S.; LIMA, J.; CASA - GRANDE, B. ; Leishmaniose visceral no estado de São Paulo: aplicações cartográficas e estatísticas. **Hygeia**, p. 7-9, 2013
- MENDONÇA, F. ; Geografia socioambiental. **Terra Livre**, v. 1, n. 16, p. 113-132, 2015.
- MENDONÇA, F.; ARAÚJO, W. M.; FOGAÇA, Kich, T.; A geografia da saúde no Brasil: Estado da arte e alguns desafios. **Investig. Geogr.** Chile, n.48, p.41-52, 2014.

- MENEZES, J. ; **Leishmanioses: estudos epidemiológicos e o conhecimento da população de Formiga, Minas Gerais** / Júlia Alves Menezes. – Belo Horizonte, 2014. XIX, 122 f.: il.; 210 x 297mm. Bibliografia: f.: 107 – 141.
- MONKEN, M.et al; , M. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 23-41, 2008.
- 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.
- MORAES, F. C.; **Educação em Saúde: Formação de multiplicadores em zoonoses e guarda responsável de animais de estimação** / Fernanda Cassioli de Moraes – Jaboticabal, 2013 xiv, 56 p.: il. ; 28 cm Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias, 2013
- MORAIS, R.H.S.G.; A geografia médica e as expedições francesas para o Brasil: uma descrição da estação naval do Brasil e da Prata (1868-1870). **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.14, n.1, p. 39-62, 2015.
- NASCIMENTO, J; Aspectos bioéticos da tecnologia e seu impacto no ambiente e na saúde. **Revista Jurídica da Universidade de Cuiabá**, v. 6, n. 2, p. 113-121, 2016.
- NETO, J. C.; LOUREIRO, G. C.W, ; NERY, C.H.; . Fatores associados à incidência da leishmaniose visceral em área urbana: um estudo ecológico em Teresina, Piauí, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**,v. 25, n. 7, p. 1543-1551, 2009.
- NOIRTIN, C. R. F. F.; Animais não humanos: sujeitos de direitos despersonalizados. **Revista Brasileira de Direito Animal**. v.6, n.5, p. 2-15,2010.
- NUNES, B. B. S.; MENDES, P. C.; Clima, ambiente e saúde: um resgate histórico. **Caminhos de Geografia**, v. 13, n. 42, 2012.
- OLIVEIRA, E. N.; PIMENTA, A. M.; Perfil epidemiológico das pessoas portadoras de leishmaniose visceral no município de Paracatu-MG no período de 2007 a 2010. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 365-375, 2014.
- OLIVEIRA FRAGA, Lucia Alves et al. Aspectos que influenciam a expansão da leishmaniose visceral humana em Governador Valadares–Minas Gerais. **Gerais: Revista de Saúde Pública do SUS/MG-1ª ed.**, v. 1, n. 1, 2013.
- OLIVEIRA, J.M. et al. ; Mortalidade por leishmaniose visceral: aspectos clínicos e laboratoriais. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.43, n.2, p.188-193, 2010.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos** [internet]. Genebra: Unesco; 2005

ORLANDI, V. T.; Da eliminação de animais em centros de controle de zoonoses. **Revista Brasileira de Direito Animal**, v. 6, n. 8, 2014.

ORTIZ, R. C.; ANVERSA, L.; . Epidemiologia da leishmaniose visceral em Bauru, São Paulo, no período de 2004 a 2012: um estudo descritivo. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 1, p. 97-104, 2015.

PAIXÃO, M. V. S.; Doenças causadas por fatores ambientais na baixada do município de Santa Teresa-ES. **Ensino, Saúde e Ambiente**, v. 6, n. 2, 2013.

PAREJA, J. M. D. et al.; A produção do espaço e sua relação no processo de saúde-doença familiar. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 1, p. 133-144, 2016.

PEITER, P. C.; **A geografia da saúde na faixa de fronteira continental do Brasil na passagem do milênio**. Tese de Doutorado. Instituto de Geociências. 2005.

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.

PORTELLA, M. B.; epidemiológico da leishmaniose visceral canina em três distritos sanitários do Município de Salvador, Bahia, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde e Produção Animal**, v.10,n.2, 2009.

PORTELLI, A.; A filosofia e os fatos: narração, interpretação e significado nas memórias e nas fronteiras orais. **Tempo**, Rio de Janeiro, vol. 1, n. 2, 1996.

QUEIROZ, R. C. Freire B.; . Eficácia da intervenção assistida por animais na autopercepção de saúde, autoestima, sintomas depressivos e qualidade de vida relacionada à saúde em idosos residentes em instituição de longa permanência. **Tese de Doutorado**. Rio Grande do Sul, 2014.

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** (Botucatu) [online]. v. 12, n. 25, p. 433-441,2008.

RAVINDRAN, R.; BHOWMICK, S.; A.; ALI, N.; Comparison of BCG, MPL and cationic liposome adjuvant systems in leishmanial antigen vaccine formulations against murine visceral leishmaniasis. **BMC Microbiol**, v.10, p.181, 2010.

RAYMUNDO, M.M.; Uma aproximação entre bioética e interculturalidade em saúde a partir da diversidade. **Rev HCPA**, v. 31, n. 4, p. 491-6, 2011.

- REIS, R. M.; O programa territórios da cidadania e as dimensões conceituais de política pública integrada: uma revisão de literatura. **Produção acadêmica**, n. 2, 2016.
- RIBEIRO, G. ; Território, império e nação: geopolítica em Paul Vidal de La Blache. **Revista Anpege**,v.6, n.6, 2010.
- RIBEIRO, N. F. C.; Leishmaniose visceral em pessoas idosas / Natan Ferreira Cruz Ribeiro. Salvador: 2013. viii; 41 p.: il. [graf., tab.]. **Monografia (Conclusão de Curso)** Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador, 2013.
- RIGOTTO, R. M.; AUGUSTO, L. G. S.; Saúde e Ambiente no Brasil: desenvolvimento, território e iniquidade social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 475-501, 2007.
- RIGOTTO, R. M.; SANTOS, A. L.; Território e territorialização: Incorporando as relações de produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. Trabalho de Educação e Saúde, v. 8, n. 3, p. 387-406, 2011.
- RODRIGUES, J. N.; Políticas Públicas e Geografia: a retomada de um debate. **GEOUSP: Espaço e Tempo (Online)**, v. 18, n. 1, p. 152-164, 2014.
- ROJAS, L.; Geografía y Salud. Entre historias, realidades y utopías. **Caderno Prudentino de Geografia**, v.25:p. 07- 28. 2003.
- RÜCKERT, A. A.; Reforma do Estado, reestruturações territoriais, desenvolvimento e novas territorialidades. **GEOUSP, Espaço e Tempo**, São Paulo, n. 17, p.79 – 94. 2005.
- RUSSO, T.; NOGUEIRA; S. L. N. A.; Controle Jurisdicional das políticas públicas que visam concretizar o direito à saúde. **Revista Argumenta Journal Law**, n. 23, 2016.
- SALES, F. M. S.; Ações de educação em saúde para prevenção e controle da dengue: um estudo em Icarai, Caucaia, Ceará. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v.13, n. 1, p. 175-184, 2008.
- SAMPAIO, R. B.; As estruturas globais e regionais do campo de pesquisa, desenvolvimento e inovação das doenças negligenciadas leishmaniose e tuberculose sob a ótica das redes complexas / Ricardo Barros Sampaio – Brasília: 2015. 216 f. **Tese (doutorado)** – Universidade de Brasília, Faculdade de Ciência da Informação, Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, 2015.
- SANTOS, A.C.; SANTOS, J.P.; Estudo geoespacial da prevalência da Leishmaniose Visceral Americana no bairro Promorar, Teresina-Piauí, 2000/2004. **Hygeia**, v. 7, n. 13, 2011.
- SANTOS, E. M. S. et al.; Educação ambiental e posse responsável de animais domésticos no combate à Leishmaniose no município de Araçuaí, MG. **UDESC em Ação**, v. 7, n. 1, 2013.
- SANTOS, F. L. A. D. et al.; Pesquisa, desenvolvimento e inovação para o controle das doenças negligenciadas. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 33, n. 1, p. 37-47, 2012.

SANTOS, J. B.; MARCHI, P. F.; SILVA, A. L. F.; Leishmaniose tegumentar americana humana e leishmaniose visceral humana no município de Pontal do Araguaia–Mato Grosso. **Revista Eletrônica Interdisciplinar**, v. 1, n. 15, 2016.

SANTOS, J. M. L. D. et al.; Prevalence of anti-Leishmania spp antibodies in dogs from Garanhuns, in the middle scrub zone (Agreste) of Pernambuco. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 43, n. 1, p. 41-45, 2010.

SANTOS FRAGA, L.; MONTEIRO, S.. A gente é um passador de informação: práticas educativas de agentes de combate a endemias no serviço de controle de zoonoses em Belo Horizonte, MG. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 3, p. 993-1006, 2014.

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

SANTOS, et al., Ordenamento espacial em Rondônia: de Território à Estado. **Terr@ Plural**, v. 9, n. 2, p. 157-179, 2016.

SANTOS, J. B.; DE MARCHI, P.F; DA SILVA, A. L.F.. Leishmaniose tegumentar americana humana e leishmaniose visceral humana no município de Pontal do Araguaia–Mato Grosso. **Revista Eletrônica Interdisciplinar**, v. 1, n. 15, 2016.

SANTOS, R. E.; REGO, N.; O eixo temático Cidade-Urbano dos Encontros Nacionais de Geógrafos (ENGs) da Associação dos Geógrafos Brasileiros (AGB): um balanço da produção 2008-2012. **Terra Livre**, ano 30, v. 2, n. 42, 2014.

SANTOS, S. C. et al.; Ordenamento espacial em Rondônia: de Território à Estado. **Terr@ Plural**, v. 9, n. 2, p. 157-179, 2016.

SAQUET, M. A.; **Abordagens e Concepções de Território**. São Paulo: Expressão Popular, 2007.

SCHNEIDER, S.; TARTARUGA, I. G. P.; Território e abordagem territorial: das referências cognitivas aos aportes aplicados à análise dos processos sociais rurais. **Raízes**, Campina Grande, v. 23, n. 1-2, p. 99-116, 2004.

SCHWANKE, K. S. A. M. et al.; Molecular diagnosis and frequency of anti-Leishmania infantum chagasi antibodies in dogs in Belém/Pará, Brazil. **Pesquisa Veterinária Brasileira**, v. 34, n. 3, p. 255-260, 2014.

SEN, A.; KLIKSBERG, B. ; **As pessoas em primeiro lugar: a ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SERPA, Â. S. P.; Políticas públicas e o papel da geografia (Public Policy and the Role of Geography). **Revista da ANPEGE**, v. 7, n.1, p. 37-47, 2011.

SILVA, L. M. V.; da. Saúde e espaço social. In: PASSOS, R. **Determinação social da saúde e reforma sanitária**. Rio de Janeiro: CEBES, p. 180-200. 2010.

SILVA, A. R. S., et al.; Caso alóctone de leishmaniose visceral canina, no município de Campo Mourão, Paraná, Brasil. **Semina: Ciências Agrárias**, 33.2: 769-774. 2012.

SILVA NUNES, B. B.; MENDES, P.C.C, ambiente e saúde: um resgate histórico. **Caminhos de Geografia**, v. 13, n. 42, 2012.

SILVA, L. B., et al.; Flebotomíneos (diptera, psychodidae) em focos urbanos de leishmaniose visceral no estado do Maranhão, Brasil. **Revista de Patologia Tropical**, v. 44, n. 2, p. 181-194, 2015.

SILVA, R. A., et al.; Espacialização e qualidade de vida nas equipes de Estratégia da Família na cidade de Rondonópolis, Mato Grosso. **Biodiversidade**, v. 15, n. 1, 2016

SILVA, S. P. ; A abordagem territorial no planejamento de políticas públicas e os desafios para uma nova relação entre Estado e sociedade no Brasil. **Cadernos gestão pública e cidadania**, v. 17, n. 60, 2012.

; Considerações analíticas e operacionais sobre a abordagem territorial em políticas públicas. **IPEA. Políticas sociais: acompanhamento e análise**, n. 21, p. 400-410, 2013.

SILVEIRA, C. A.; CUSTÓDIO, A. E. I.; O fazer o bem sem olhar a quem e os limites da abordagem antropocêntrica na história das relações homem-animal. **Com Ciência**, n. 134, 2011.

SILVEIRA, M. L.; O espaço geográfico: da perspectiva geométrica à perspectiva existencial. **GEOSP: espaço e tempo**, v.19, n. p.81-91, 2011.

SIMONETTI, A.; **A Angústia e a Ansiedade na Psicopatologia Fundamental**. Tese de Doutorado. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 2011.

SOTO, F. R. M.; Eutanásia canina nos centros de controle de zoonoses. **Arquivos de Ciências Veterinárias e Zoologia da UNIPAR**, v. 13, n. 1, p. 43-46, 2010.

SOUSA, R. G. et al.; Casos de leishmaniose visceral registrados no município de Montes Claros, Estado de Minas Gerais-DOI: 10.4025/actascihealthsci. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 30, n. 2, p. 155-159, 2008.

SOUZA, A. S. S. S.; SANTOS, F. S.; Histórias de morte e luto: um estudo sócioantropológico da vivência da morte em um grupo operativo no CRAS. **Revista de Psicologia**, v. 6, n. 2, 2016.

SOUZA, Ailton. Políticas de saúde e a percepção da dengue em Paranaíba–região do bolsão sul Mato-Grossense. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 5, n. 4, 2016.

SOUZA, C. D.; Educação, geografia e saúde: geobiopolíticas nos discursos da organização mundial da saúde e a produção da mundialidade pelo controle e prevenção de doenças. **Dissertação**, 2014.

SOUZA, I. P. M. A.; JACOBINA, R. R. Educação em Saúde e suas versões na história brasileira. **Revista baiana de Saúde Pública**. out.-dez. 2009

SOUZA, N. G. S.; Representações de corpo-identidade em histórias de vida. **Educação e Realidade**. v.25, n2. Porto Alegre, jul./dez. 2000.

SOUZA, V. A. F. D. et al; Space-time cluster analysis of American visceral leishmaniasis in Bauru, São Paulo State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.28, n.10, p. 1949-1964, 2012.

SPAREMBERGER, R. F. L.; LACERDA, J.; Os animais no direito brasileiro: desafios e perspectivas. **Amicus Curiae**, v. 12, n. 2, 2016.

TEIXEIRA, C. F. et al.; SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Fundamentos da vigilância sanitária**, p. 49-60, 2000.

THEIS, I. V. O.M.; GALVÃO, A. C. F.; A formulação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais**, v.14,n.2, 2012.

TESHEINER, J. M.; A passagem do antigo sistema jurídico, fundado nos direitos subjetivos, para o atual, fundado nos deveres do homem em face também dos animais e da natureza inanimada. **Revista Jurídica Eletrônica da UFPI**, v. 2, n. 02, 2016.

TOLEDO, M. I. V. ; A tutela jurídica dos animais no Brasil e no direito comparado. **Revista Brasileira de Direito Animal**, Salvador, v. 7, n. 11, p. 197-223, 2016.

. Análise jurídica da experimentação animal e a controvérsia acerca do termo "recursos alternativos" Legal analysis of animal testing and the controversy about the term" alternative methods". **Revista Brasileira de Direito Animal**, v. 11, n. 21, 2016.

TUAN, Y. **Topofilia: um Estudo da Percepção, Atitudes e Valores do Meio Ambiente**. Editora Difel. São Paulo, 1980.

UCHOA, C. M. A. et al.; Educação em saúde: ensinando sobre a leishmaniose tegumentar americana. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 935-941, 2004.

URSINE, R. L. et al; Aspectos epidemiológicos da Leishmaniose Visceral humana e canina em municípios pertencentes à Superintendência Regional de Saúde de Diamantina, Minas Gerais, Brasil (2007-2012). **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 179-193, 2016.

VELDEN, F. F. V.; Sobre cães e índios: domesticidade, classificação zoológica e relação humano-animal entre os Karitiana. **Avá. Revista de Antropologia** [online] 2009.

WANDERLEY, D. M. V.; Superintendência de Controle de Endemias-Sucen: Trajetória e avanços no conhecimento para o controle de vetores. **BEPA. Boletim Epidemiológico Paulista (Online)**, v. 10, n. 113, p. 19-32, 2013.

WERNECK, G. L.;Geographic spread of visceral leishmaniasis in Brazil. **Cad. Saúde Pública** [online]. v.26, n.4, p. 644-645, 2010.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Research priorities for Chagas Disease, Human African Trypanosomiasis and Leishmaniasis.** Geneva: WHO, 2012.

9 ANEXOS

9.1 DECRETO Nº 51.838, DE 14 DE MARÇO DE 1963

DECRETO Nº 51.838, DE 14 DE MARÇO DE 1963.

Baixa Normas Técnicas Especiais para o Combate às Leishmanioses.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, usando da atribuição que lhe confere o art. 87, item I, da Constituição, resolve baixar as seguintes Normas Técnicas Especiais para o Combate as Leishmanioses no País, de acordo com os artigos 26 e 131 do Decreto nº 49.974-A de 21 de janeiro de 1961 e obedecido o dispositivo do artigo 8º do mesmo Decreto:

Art. 1º O combate às leishmanioses tem por objetivo a interrupção da transmissão da doença do animal ao homem, e ou inter-humana.

Art. 2º Ao Departamento Nacional de Endemias Rurais compete a execução das medidas profiláticas necessárias à obtenção do que estabelece o art. 1º.

Art. 3º O Departamento Nacional de Endemias Rurais executará as seguintes medidas profiláticas:

- a) investigação epidemiológica;
- b) inquéritos extensivos para descoberta de cães infectados;
- c) eliminação dos animais domésticos doentes;
- d) campanhas sistemáticas contra os flebotomos nas áreas endêmicas;
- e) tratamento dos casos humanos.

Art. 4º O Instituto Nacional de Endemias Rurais realizará isoladamente, ou em conjunto com outros órgãos de pesquisas, as seguintes atividades:

- a) inquéritos para a descoberta de animais reservatórios;
- b) investigação das espécies transmissoras, sua bionomia e distribuição geográfica.

Art. 5º A educação sanitária será realizada com objetivo de esclarecer a população sobre a importância do cão na epidemiologia da doença, ressaltando a necessidade da eliminação do animal doente.

Art. 6º De acordo com a lei, é compulsória a notificação à autoridade sanitária da ocorrência de casos de Leishmaniose, positivos ou suspeitos.

Art. 7º Para o cumprimento do que estabelece os Artigos 3º e 4º, as autoridades sanitárias e seus auxiliares terão livre ingresso em todos os locais que forem julgados de interesse para o combate à doença.

Art. 8º Nas áreas endêmicas será obrigatório o exame dos cães, visando manter o controle da zoonose na população acima.

Art. 9º Os cães encontrados doentes deverão ser sacrificados, evitando-se, porém, a crueldade.

Art. 10. O Departamento Nacional de Endemias Rurais elaborará as instruções de serviço necessárias ao cumprimento destas normas.

Art. 11. Ficam revogados os artigos de números 1.572 a 1.575 do Decreto nº 16.300 de 31 de dezembro de 1923.

Brasília, D.F., 14 de março de 1963; 142º da Independência e 75º da República.

JOÃO GOULART

Paulo Pinheiro Chagas

9.2 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
--

1 – Identificação do Responsável pela execução da pesquisa:

Título: “Leishmanioses humana e canina em uma área em situação de surto no leste de Minas Gerais: aspectos epidemiológicos, e novas ferramentas de controle na expansão da doença
Pesquisador Responsável: Prof ^ª . Dr ^ª . Gulnara Patrícia Borja Cabrera
Coordenadora do Núcleo de Pesquisa em Imunologia : Prof ^ª . Dr ^ª . Gulnara Patrícia Borja Cabrera
Instituição de Origem: UNIVALE - Núcleo de Pesquisa em Imunologia Rua Israel Pinheiro, 2000 – Campus Universitário/Bloco F13 Telefones: (33) 3279 5982 / 3279 5983
Plataforma Brasil: Comitê de Ética em Pesquisa Universidade Vale do Rio Doce/ Fundação Percival Farquhar- FPF CAAE: 38946614.1.0000.5157 Número do Parecer: 916.721; Data da Relatório: 14/12/2014; Situação do Parecer: Aprovado
Rua Israel Pinheiro, 2000 – Campus Universitário – Tel: 3279 5575

2 – Informações ao participante ou responsável:

Procedimento: Aplicação de questionário

1. Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada “**Leishmanioses humana e canina em uma área em situação de surto no leste de Minas Gerais: aspectos epidemiológicos, e novas ferramentas de controle na expansão da doença.** O tempo de duração desta pesquisa será de 24 meses tendo início em 01/05/2015 e término em 01/05/2017.
2. A Leishmaniose é uma doença causada por um protozoário (animal microscópico) conhecido como *Leishmania*. Esta doença é transmitida ao homem através da picada de mosquitos. A pessoa doente pode apresentar aumento de fígado e do baço (quando as vísceras estão comprometidas) quando é chamada de Leishmaniose Visceral.
3. O objetivo desta pesquisa é avaliar a situação da Leishmaniose na cidade de Governador Valadares, bem como os motivos que levam à expansão (aumento) da doença na cidade, para isto será aplicado **um questionário individual** para você.

4. O questionário terá perguntas a respeito das características demográficas, sociais, epidemiológicas, assim como sobre a sua percepção sobre a doença Leishmaniose. Você poderá recusar a responder qualquer pergunta que por ventura lhe causar algum constrangimento.
5. A sua participação ou da pessoa sob sua responsabilidade não envolve risco de ficar doente ou de pegar alguma doença, pois a Leishmaniose só é transmitida através da picada do mosquito.
6. A sua participação ou da pessoa pelo qual você é responsável, como voluntário, não lhe conferirá nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza. Entretanto lhe serão garantidos todos os cuidados necessários a sua participação de acordo com seus direitos individuais e respeito ao seu bem estar físico e psicológico e você poderá retirar-se desta pesquisa em qualquer momento, sem que isto lhe cause algum prejuízo ou constrangimento.
7. Este estudo vem contribuir para a identificação de fatores relacionados à expansão da Leishmaniose Visceral em Governador Valadares e com isso a elaboração de medidas para o controle da doença no município.
8. Serão garantidos o sigilo e privacidade, sendo reservado ao participante ou seu responsável o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometer-lo.
9. Na apresentação dos resultados em eventos ou publicações científicas, não serão citados os nomes dos participantes ou da pessoa pelo qual você é responsável.

Se você concordar em participar do estudo assine seu nome abaixo. Se o paciente for menor de idade, o responsável deverá assinar o termo de consentimento por ele (a).

Governador Valadares, _____ de _____ de 2015.

Nome do Participante ou Responsável:

Assinatura do Participante ou Responsável:

Pesquisador: Dra Gulnara Patrícia Borja
