



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE ARAGUAÍNA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS DE CULTURA E
TERRITÓRIO**

ELIANORA GOMES DE CARVALHO

**A INCIDÊNCIA DA LEISHMANIOSE VISCERAL HUMANA EM
TOCANTINÓPOLIS-TO: PERSPECTIVA TERRITORIAL E CULTURAL DA
SAÚDE**

ARAGUAÍNA – TO

2019

ELIANORA GOMES DE CARVALHO

**A INCIDÊNCIA DA LEISHMANIOSE VISCERAL HUMANA EM
TOCANTINÓPOLIS-TO: PERSPECTIVA TERRITORIAL E CULTURAL DA
SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Estudos de Cultura e Território da Universidade Federal do Tocantins (PPGCULT/UFT), câmpus de Araguaína, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Estudos Interdisciplinares de Cultura e Território.

Orientador: Prof. Dr. Marivaldo Cavalcante da Silva.

ARAGUAÍNA – TO

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

- C331i Carvalho, Elianôra Gomes de.
A incidência da Leishmaniose Visceral Humana em Tocantinópolis - TO: perspectiva territorial e cultural da saúde. / Elianôra Gomes de Carvalho. – Araguaína, TO, 2019.
144 f.

Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Araguaína - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) em Estudo de Cultura e Território, 2019.
Orientador: Marivaldo Cavalcante da Silva

1. Leishmaniose Visceral Humana. 2. Território. 3. Cultura. 4. Saúde. I. Título

CDD 306

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

ELIANORA GOMES DE CARVALHO

**A INCIDÊNCIA DA LEISHMANIOSE VISCERAL HUMANA EM
TOCANTINÓPOLIS-TO: PERSPECTIVA TERRITORIAL E CULTURAL DA
SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada
ao Programa de Pós-Graduação em
Estudos de Cultura e Território da
Universidade Federal do Tocantins
(PPGCULT/UFT), campus de
Araguaína, como requisito parcial à
obtenção do título de Mestre em
Estudos Interdisciplinares de Cultura e
Território.

Orientador: Prof. Dr. Marivaldo
Cavalcante da Silva.

DATA DE APROVAÇÃO: ___/___/___

Banca examinadora:



Prof. Dr. Marivaldo Cavalcante da Silva – UFT



Prof. Dr. Samuel do Carmo Lima – UFU



Prof. Dr. Dagmar Manieri – UFT



Prof.ª Dr.ª Marcilene de Assis Alves Araujo – UNIRG

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aqueles que são meus maiores exemplos, minha inspiração, meu motivo de todos os dias buscar novos caminhos, novas experiências, novos sentidos: meus pais e meu filho.

Que os vossos esforços desafiem as
impossibilidades, lembrai-vos de que as
grandes coisas do homem foram
conquistadas do que parecia impossível.
(Charles Chaplin)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus que rege e ilumina minha vida, pela sabedoria, pelas dificuldades encontradas que formaram o esteio do conhecimento adquirido, pela existência dos amigos e familiares em minha vida.

A minha família todo o meu amor e a quem dedico essa conquista.

A meus pais pelo altruísmo dedicado aos filhos em que encontro a maior valoração familiar, que me enaltece, me faz prosseguir, me faz conquistar, me faz vencer. Orgulho-me de ser sua filha.

A meu filho Eric, maior tesouro de minha vida, que me acompanhou durante toda trajetória, pois ainda em meu ventre compartilhava o doce sabor do conhecimento.

Aos meus irmãos, pois vibram com amor às minhas conquistas.

Ao meu orientador, Marivaldo Cavalcante Silva, pela receptividade, pela dedicação e pela sabedoria de conduzir o aluno ao conhecimento, MUITO OBRIGADA.

Aos professores que contribuíram com meu aprendizado, que nos mostraram novos e instigantes caminhos do conhecimento. Estou concretizando este momento graças a sua compreensão e atenção. Em especial às professoras Milliane e Selma Abdala pelo carinho e acolhimento de mães, por acreditarem e me fazerem acreditar.

A minha banca professores Marcilene de Assis Alves Araujo, Samuel do Carmo Lima e Dagmar Manieri pelas valiosas contribuições na minha banca de qualificação. Vocês foram cruciais para os caminhos percorridos na construção do trabalho.

Aos colegas de mestrado, em especial Jaison, Janine, Alinne, Napoleão e Ghiovanna que estiveram presentes nessa jornada compartilhando e se

doando, agradeço pela disponibilidade, pelos encontros e conversas que muito me guiaram, por dividir comigo angústias e desalentos, mas também pelos encontros calorosos e descontraídos. Aos colegas Layra, Allyne, Maria José, Silvia, André, Rosana, Mery e Regina minha admiração e respeito pelos seres humanos, profissionais e pesquisadores que são vocês.

Um obrigado muito especial, às amigas Layla Alencar, Dhúlia Oliveira e Hervolanda meus amores irmãs; Priscilla Braz Paranaguá, minha irmã de caminhada, sonhos e projetos; Géssica Carvalho e Sandra Mara Duarte minhas torcedoras fieis. Por acreditarem e me incentivarem nessa busca pelo conhecimento. Todas contribuíram para que alcançasse essa vitória. Pelos momentos que deixamos de compartilhar e os momentos bons que levamos sempre conosco!

À Sandra Cardoso Pereira, um inesquecível obrigado, por ter me apoiado nos momentos difíceis das aulas, não me deixando desistir, sempre me escutando, cuidando e acalentando com amor de mãe, amiga, irmã.

Ao meu superintendente Eduardo de Freitas Sousa, secretário Jean Luís Coutinho Santos e Bruno Medrado por serem exemplo e inspiração. Por não terem colocado empecilhos para eu trilhar essa caminhada, por entenderem a importância de profissionais qualificados em seu quadro e conceder-me licença para concluir os estudos.

Aos amigos de trabalho por entenderem as minhas ausências, o mal humor durante o processo de produção do trabalho.

Aos colegas, amigos, funcionários, secretário de saúde de Tocantinópolis Jair Teixeira Aguiar, em especial a coordenadora epidemiológica Maria Vandecy Soares Ribeiro pela acolhida, disponibilidade, aceitação e total colaboração para a realização do trabalho de campo.

A comunidade de Tocantinópolis por me receber sempre com muito amor. É o que me faz sempre retornar para o lugar que considero meu lar.

RESUMO

CARVALHO, Elianôra Gomes de. A incidência da Leishmaniose Visceral Humana em Tocantinópolis-TO numa perspectiva territorial e cultural da saúde. 2019. 144 f. Dissertação (Mestrado em Estudos de Cultura e Território). Universidade Federal do Tocantins, Araguaína, 2019.

É evidente a situação de epidemia de Leishmaniose Visceral Humana – LVH a que a população de Tocantinópolis – TO está submetida, principalmente no período compreendido entre 2015 a 2018. Assim, as práticas de combate da LVH, o desenvolvimento de ações e estratégias que possibilitem a promoção de saúde no contexto e dentro dos princípios promulgados pelo SUS pode apresentar uma abordagem interdisciplinar nas perspectivas de território, cultura da saúde e mundo da vida. O presente trabalho tem como objetivo compreender a incidência da Leishmaniose Visceral Humana (LVH) em Tocantinópolis-TO, bem como a prática pública de combate a doença na perspectiva dos conceitos de território, cultura da saúde e mundo da vida. A pesquisa teve cunho qualitativo apoiada na História Oral e História de Vida, realizada em Tocantinópolis – TO com foco nos diretamente afetados pela Leishmaniose Visceral Humana determinando: os sujeitos, lócus, histórico, área de estudo, fonte de dados, população de estudo com a caracterização da epidemia e bases teóricas metodológicas definindo método, técnicas, métodos de análise, dentre outros. O modo de vida associado às condições de saneamento, higiene, arborização, animais domésticos indica uma possível consequência da urbanização do vetor e altas taxas de incidência da LVH. Predominam nos locais com maior número de casos de LVH, residências com características e tamanho de chácara, assim como ruas com muitas árvores frutíferas, bananais e córregos nos fundos dos quintais. Cada bairro, setor possui uma unidade de saúde com as quais os agentes de saúde mantêm uma relação próxima, mas onde também surgem alguns conflitos, principalmente no que se relaciona ao recolhimento de animais como cães das residências que tiveram resultado positivo para a LVH. Os indivíduos que foram infectados e familiares percebem a doença e a nomeia de diversas formas, de acordo com o grau de informação sobre a mesma e suas experiências. Considerando o território como espaço de apropriação, construção, transformação e conflitos, essas dimensões ficam explícitas nos relatos envolvendo os cães e outros animais domésticos, os agentes e a comunidade atingida pela LVH, na forma como as pessoas se apropriam dos espaços transformando o ambiente ou mesmo na forma como elas mudam as suas posturas e modos de ver a doença quando são informadas e orientadas sobre a mesma. Assim, consideramos que o reconhecimento e respeito às práticas, crenças, modos de vida, saberes, etc. pode conferir maior efetividade às ações de promoção, prevenção e cuidado, realizadas pelos serviços de saúde.

Palavras-chave: Leishmaniose Visceral Humana, Tocantinópolis, práticas, território, cultura da saúde

SUMMARY

CARVALHO, Elianôra Gomes de. The incidence of Human Visceral Leishmaniasis in Tocantinópolis-TO a territorial and cultural health perspective. 2019. 144 f. Dissertation (Master's Degree in Culture and Territory Studies). Federal University of Tocantins, Araguaína, 2019.

It is evident the epidemic situation of Human Visceral Leishmaniasis - LVH to which the population of Tocantinópolis - TO is subjected, mainly in the period from 2015 to 2018. Thus, LVH's combat practices, the development of actions and strategies that allow the promotion of health in context and within the principles promulgated by SUS can present an interdisciplinary approach in the perspectives of territory, health culture and life-world. The present work aims to understand the incidence of Human Visceral Leishmaniasis (LVH) in Tocantinópolis-TO, as well as the public practice of combating the disease from the perspective of the concepts of territory, health culture and the world of life. The research was qualitatively based on the Oral History and Life History, carried out in Tocantinópolis - TO, with a focus on those directly affected by Human Visceral Leishmaniasis, determining: subjects, locus, history, area of study, data source, study population with characterization of the epidemic and theoretical and methodological bases defining method, techniques, methods of analysis, among others. The way of life associated with sanitation, hygiene, afforestation, domestic animals indicates a possible consequence of vector urbanization and high incidence rates of LVH. They predominate in the places with the highest number of LVH cases, residences with characteristics and size of farm, as well as streets with many fruit trees, banana trees and streams in backyards. Each neighborhood, sector has a health unit with which health workers maintain a close relationship, but also where some conflicts arise, especially in what concerns the collection of animals such as dogs from residences that have proved positive for LVH. Individuals who have been infected and family members perceive the disease and name it in various ways, according to the degree of information about it and its experiences. Considering the territory as a space of appropriation, construction, transformation and conflicts, these dimensions are explicit in the reports involving dogs and other domestic animals, the agents and the community affected by LVH, in the way people appropriate spaces transforming the environment or even in the way they change their postures and ways of seeing the disease when they are informed and oriented about it. Thus, we consider that the recognition and respect to practices, beliefs, ways of life, knowledge, etc. may confer greater effectiveness to the promotion, prevention and care actions carried out by the health services.

Keywords: territory, culture, public health, urbanization, Human Visceral Leishmaniasis

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1. Número de casos confirmados de Leishmaniose Visceral Humana no período de 2012 a 2018 no Estado do Tocantins	90
Gráfico 2. Número de casos confirmados de Leishmaniose Visceral Humana no período de 2012 a 2018 em Tocantinópolis, TO.....	91
Gráfico 3. Número de casos confirmados de Leishmaniose Visceral Humana por bairros no período de 2012 a 2018 em Tocantinópolis, TO.....	92

LISTA DE MAPAS

Mapa 1. Localização geográfica do município de Tocantinópolis dentro do Estado do Tocantins	56
Mapa 2. Divisão do Estado em Regiões de Saúde	57
Mapa 3. Localizando os casos de Leishmaniose Visceral Humana (LVH) no município de Tocantinópolis – TO	93
Mapa 4. Localização dos estabelecimentos de saúde do município de Tocantinópolis TO.....	101

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Indicando a área Apinayé no município de Tocantinópolis – TO 54

Figura 2. Fotografia representando os migrantes e presença do babaçu no município de Tocantinópolis – TO 55

LISTA DE FOTOS

Foto 1. Localização do município de Tocantinópolis – TO às margens do rio Tocantins	57
Foto 2. Vista aérea de Tocantinópolis apresentando vias públicas com arborização	58
Foto 3. Vista aérea de Tocantinópolis – TO apresentando vias públicas com urbanização (calçadas, meio fios)	59
Foto 4A, 4B, 4C e 4D. Conjunto de fotos com vista aérea mostrando a presença de espaços com expansão agropecuária (4 ^a), a ocupação de encostas e aglomerados semi-urbanizados na periferia dos centros urbanos (4B); desmatamentos em áreas florestais (4C), além do processo predatório de colonização (4D) em Tocantinópolis – TO.....	67
Foto 5. Moradias de adobe e palha no setor Sol Nascente no município de Tocantinópolis – TO.....	69
Foto 6. Acúmulo de lixo no setor Sol Nascente (6A) e entulhos e sujeira deixados pela população na Rua Costa e Silva no Bairro Alto Bonito (6B), em Tocantinópolis – TO.....	71
Foto 7. Queimadas de lixo em lote baldio no setor Sol Nascente em Tocantinópolis – TO.....	73
Foto 8. Frutas em putrefação dispersas na rua acumulando mosquitos no bairro Alto Bonito em Tocantinópolis – TO.....	74
Foto 9. Lotes com por mato em áreas periurbanas propiciando habitat para os mosquitos (9A), quintal com matas residuais, que propiciam umidade, sombra e matéria orgânica em decomposição (9B), bananal no quintal de residência (9C) no bairro Alto Bonito em Tocantinópolis – TO	75
Foto 10. Local por onde passa um córrego na época de chuva no quintal de residência no Bairro Alto Bonito (10A), córrego represado em residência no Alto	

da Boa Vista (10B), córrego que corta residência no Alto da Boa Vista (10C) e tanque de peixe em residência no Alto da Boa Vista (10D) em Tocantinópolis – TO..... 76

Foto 11. Banheiro na casa de um morador do Setor Sol Nascente em Tocantinópolis –TO..... 77

Foto 12. Presença de animais domésticos como: galinhas (12A e 12D) e cães (12B), patos (12C) nas ruas e quintais do Bairro Alto Bonito e Alto da Boa Vista em Tocantinópolis – TO 82

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Categorias de análise.....	61
--------------------------------------	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
HND	História Natural das Doenças
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de pesquisa econômica aplicada
LV	Leishmaniose Visceral
LVH	Leishmaniose Visceral Humana
MAPA	Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PAIVCLV	Plano de Ação para Intensificação da Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral
SINAN	Sistema Nacional de Notificação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	19
CAPÍTULO I – O TERRITÓRIO E A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	23
1.1 Cultura, território e saúde pública – uma construção interdisciplinar 23	
1.2 Ambiente, território e cultura como eixos articuladores na saúde ...	29
CAPÍTULO II – OS CAMINHOS DA PESQUISA	42
2.1 Bases teóricas metodológicas	42
2.2 O <i>lócus</i> e sujeitos da pesquisa.....	54
CAPÍTULO III – MODOS DE VIDA DA POPULAÇÃO ATINGIDA PELA EPIDEMIA DA LEISHMANIOSE VISCERAL HUMANA EM TOCANTINÓPOLIS-TO.....	63
3.1 Padrões de Moradia, saneamento e higiene.....	65
3.2 Padrão da relação homem x natureza: Animais domésticos e pássaros.....	78
CAPÍTULO IV – DO TERRITÓRIO ÀS PRÁTICAS EM SAÚDE.....	87
4.1 Contextualizando a epidemia da LVH em Tocantinópolis - TO	88
4.2 Territorialização e territorialidades: estrutura organizacional de saúde 95	
4.2.1 O Planejamento do combate a Leishmaniose Visceral Humana. 95	
4.2.2 Unidades de saúde x acesso aos serviços.....	101
4.3 Sentidos e o cuidado na saúde–urbanização da Leishmaniose Visceral Humana em Tocantinópolis – TO.....	107
4.3.1 O Adoecer	108
4.3.2 O agir comunicativo como prática de saúde.....	113

REFERÊNCIAS	125
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Comunidade	133
Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (TCLE) – agente de saúde	136
Anexo A – Declaração da instituição participante.....	139
Anexo B – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa – CEP / Campus de Palmas-TO	140

INTRODUÇÃO

A sociedade brasileira é considerada uma sociedade complexa, construída por inúmeros grupos étnicos, frações populacionais com as mais variadas religiões e costumes próprios, diversas classes sociais organizadas segundo critérios hierárquicos e onde podem ser observadas diferenças culturais internas nas quais os grupos têm diferentes visões de mundo e percebem a realidade de maneira peculiar.

É dentro dessa complexidade e diversidade sociocultural que está institucionalizado o modelo de sistema de atenção à saúde adotada no país que traz em seus princípios elementos norteadores da organização e doutrinas do Sistema Único de Saúde (SUS) e apontam no princípio da integralidade a percepção/integração dos aspectos sociais, econômicos e culturais característicos da população como orientadores do desenvolvimento de estratégias de saúde.

Considerando esse viés, os aspectos culturais podem ser condicionantes para a transmissão de doenças, sejam elas transmitidas por vetores ou outros agentes e determinantes para o tratamento destas.

Nas últimas décadas no Brasil, estudos e pesquisas relacionando saúde, cultura e sociedade vêm se consolidando e algumas coletâneas têm discorrido sobre a experiência da doença e do corpo enfermo, contrapostos à luz das questões de gênero, princípios religiosos, noções de cura e suas narrativas.

Esta abordagem territorial permite apreender os problemas de saúde em uma dimensão sociocultural, tanto das enfermidades como dos comportamentos delas decorrentes.

Ainda assim, o contexto cultural é colocado em segundo plano e até mesmo esquecido no que diz respeito à saúde. Para Leininger (1985), “há diversidade no cuidado humano, com características que são identificáveis e que podem explicar a necessidade do cuidado transcultural de enfermagem” numa abordagem multi e transdisciplinar das perspectivas qualitativas e

quantitativas podem auxiliar nas pesquisas em saúde no desenvolvimento de ações e estratégias que possibilitem a promoção de saúde num contexto e dentro dos princípios promulgados pelo SUS.

Estudos no âmbito das ciências sociais têm se mostrado de suma relevância para melhor entendimento de várias doenças. Estudos das ciências geográficas sobre a Leishmaniose Visceral no estado do Tocantins – LVH, já apontavam para a expansão de casos em humanos, com alto número de óbitos principalmente nas cidades de Araguaína e na capital (Palmas).

É nesse contexto que propomos uma reflexão acerca da articulação da tríade saúde, cultura e território para identificação dos determinantes socioculturais, ambientais e territoriais que podem ser observados na transmissão da Leishmaniose Visceral Humana (LVH) no período compreendido entre 2012 a 2018 em Tocantinópolis, Tocantins.

Como problemática assumimos que é evidente a situação de epidemia a que a população de Tocantinópolis – TO está submetida caracterizada pelo número de casos de Leishmaniose Visceral Humana – LVH neste município, principalmente no período compreendido entre 2015 a 2018, com uma crescente urbanização vetorial. Assim, as práticas de combate da LVH, o desenvolvimento de ações e estratégias que possibilitem a promoção de saúde no contexto e dentro dos princípios promulgados pelo SUS pode apresentar uma abordagem interdisciplinar nas perspectivas de território, cultura da saúde e mundo da vida.

De acordo com o acima exposto, o presente trabalho tem como objetivo compreender a incidência da Leishmaniose Visceral Humana (LVH) em Tocantinópolis-TO, bem como a prática pública de combate a doença na perspectiva dos conceitos de território, cultura da saúde e mundo da vida.

São objetivos específicos deste trabalho:

- Correlacionar os modos de vida da população com a epidemia da Leishmaniose Visceral Humana – LVH em Tocantinópolis-TO;

- Analisar as territorialidades da população atingida pela epidemia da Leishmaniose Visceral Humana – LVH em Tocantinópolis-TO a partir das histórias orais e de vida;
- Identificar a concepção sobre a Leishmaniose Visceral Humana – LVH com base nos padrões de experiências dos indivíduos envolvidos na epidemia (saúde pública e população) em Tocantinópolis-TO.

Este foi dividido em 04 (quatro) capítulos, a qual:

Inicialmente apresentamos o aporte teórico no qual abordamos os conceitos de cultura, território, ambiente, saúde pública e o processo de construção interdisciplinar entre estes e as ciências que os abordam. A interdisciplinaridade é o conceito condutor do desenvolvimento desse capítulo, onde se procura desenvolver um diálogo com autores que trabalham com o conceito de território, para que estes nos auxiliem a pensar como potencializar a relação entre serviço, produção do cuidado, espaço e cultura.

No capítulo II foi dado ênfase aos caminhos da pesquisa: os sujeitos, locus, histórico, área de estudo, fonte de dados, população de estudo com a caracterização da epidemia e bases teóricas metodológicas definindo método, técnicas, métodos de análise, dentre outros. Apresentamos a população de estudo com suas peculiaridades e história, caracterizamos o município e seus espaços, com suas delimitações apontando previamente para os diversos fatores que podem levar a urbanização da LVH, dentre as quais os de território, ambientais, sociais e culturais.

O capítulo III traz uma análise do modo de vida da população atingida pela epidemia da Leishmaniose Visceral Humana em Tocantinópolis-TO. Procuramos dar ênfase às territorialidades e os modos de vida presentes nas comunidades atingidas pela LVH. Pautado no que E. P. Thompson chamou de padrões de experiências vamos relacionar padrões como: moradia, saneamento, higiene, relação do homem, animais domésticos e pássaros como fatores culturais comumente abordados tanto em estudos epidemiológicos como antropológicos, que podem atuar como causa, contribuição ou proteção no que se refere aos problemas de saúde e urbanização da LVH. Neste

capítulo temos um vislumbre de como esses fatores podem influenciar na disseminação da LVH, na medida em que dão origem a diversos problemas condicionantes e/ou determinantes de saúde.

Finalizando, o capítulo IV traz uma abordagem do território às práticas de saúde buscando apresentar a “Territorialização e territorialidades na estrutura de saúde” onde foi feita uma contextualização da epidemia de Leishmaniose Visceral Humana – LVH em Tocantinópolis – TO, análise do Plano de Combate a Leishmaniose do município com foco nas falas e as propostas de ações do Plano de Ação para intensificação da vigilância e controle da LVH, apresentação dos sistemas de organizações, gerenciamento e trabalho presentes no território da saúde pública. Aqui é possível perceber como o território é subdimensionado e como a territorialização está impactando na urbanização da LVH. Apresenta ainda uma análise das entrevistas realizadas na comunidade, trazendo os sentidos evocados pelos atingidos pela LVH (seja ele agente de saúde ou morador), e as perspectivas comunicativas que torna possível produzir um entendimento, uma forma de se construir bons resultados ancorados numa razão que se propõe ser dialógica e ética através de procedimentos para os quais a razão comunicativa é fundamental por meio da ação comunicativa. Aqui vamos descrever os sentimentos, as subjetividades e apontar as múltiplas possibilidades de estratégias a serem consideradas quando se amplia a visão de território e integra-se os modos de vida da população pautadas no que Raymond Willians chamou de estruturas de sentimentos e nas subjetividades apresentadas por Habermas.

O território é a alma de um sistema de saúde que se estrutura para além da concepção biológica e da assistência à doença, como é o SUS, que se propõe fazer prevenção e promoção da saúde. O locus da assistência é a unidade de saúde, principalmente o hospital, mas o locus da prevenção e promoção da saúde é o território. Aqui, dentro da tríade saúde, cultura e território, consideramos importante analisar a cultura para entender como as pessoas pensam e entendem o processo saúde-doença, para estabelecer ações de prevenção e promoção da saúde, sem a qual corremos o risco da não adesão da população aos programas que propõem essas ações.

CAPÍTULO I – O TERRITÓRIO E A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

1.1 Cultura, território e saúde pública – uma construção interdisciplinar

A gama de conhecimento demandada pela prática de novos saberes e a aproximação do imenso complexo de conhecimentos que é gerada afeta diretamente as práticas de saúde ressaltadas por um conjunto de fatores relacionados ao crescimento da população, expectativa de vida, novas tecnologias, métodos e especialidades.

Desta forma a relação entre o homem e o ambiente é cada vez mais discutida, visto que a interação entre essas duas dimensões reflete diretamente na saúde, acarretando uma preocupação cada dia maior por parte dos pesquisadores em associar o homem, suas relações sociais e culturais, seu modo de gerir o mundo e ele mesmo, seu comportamento no meio em que vive e com o ambiente. Essa interação proporcionaria a integração de novos conceitos, novas perspectivas para a construção de novos olhares e saberes no que diz respeito às doenças, bem como, a forma de lidar com elas, possibilitando uma abordagem integral do indivíduo que ultrapasse as fronteiras exclusivamente biológicas do corpo, considerando os determinantes ambientais, econômicos, sociais e culturais.

A cultura enquanto um atributo humano é uma construção histórica que disciplina, organiza e institucionaliza os modos de vida. Somos produto da cultura, mas por outro lado também produzimos cultura. Para Campos (2002, p. 106) “(...) tanto a cultura quanto a saúde, determinam a nossa existência, a forma que somos, o jeito de ser; só que a cultura é produzida às vezes ao longo de séculos, às vezes com muita dificuldade, mas é sempre um produto humano, é coisa de gente, é coisa das pessoas, é coisa nossa”.

Enquanto um produto humano podemos pensar em uma “cultura da saúde”, um produto de uma cultura preventivista que tem como base um modelo biomédico em que as realidades da clínica médica não são analisadas a partir de uma perspectiva transcultural, onde tem-se que levar em

consideração a multiplicidade e a heterogeneidade das sociedades, bem como, de cada indivíduo. Para Campos (2002, p. 109):

(...) nós produzimos essa cultura, reproduzimos e reconstruímos. Nós somos influenciados, condicionados pelas várias culturas, pelas várias forças, mas nós também somos capazes de reagir, de interagir, de coproduzir, de reproduzir, de modificar essa força cultural que atua sobre nós.

Além disso, os sistemas criados a partir dos diversos contextos sejam eles culturais, econômicos, sociais, etc., são regulamentados pelas instituições como forma de validar e organizar os valores que regem a cultura. Então a saúde, ao longo da história, tem inventado instituições: o Sistema Único de Saúde, o sacerdote, o guru, o médico, o sanitarista, etc., as suas instituições e conhecimentos, ou seja, aparelhos especializados encarregados de cuidar da saúde, de produzir saúde, de interferir nos valores culturais tradicionais em nome da defesa da vida (CAMPOS, 2002, p.109).

De acordo com Langdon & Wiik (2010, p. 178) “ao se partir do pressuposto de que a cultura é um fenômeno total e que, portanto, provê uma visão de mundo às pessoas que a compartilha, orientando, dessa forma, os seus conhecimentos, práticas e atitudes, a questão da saúde e da doença está contida nessa visão do mundo e práxis social. Será no enfrentamento das doenças e nas práticas de saúde:

[...] que cada grupo organiza-se coletivamente – através de meios materiais, pensamento e elementos culturais – para compreender e desenvolver técnicas em resposta às experiências, ou episódios de doença e infortúnios, sejam eles individuais ou coletivos. Com esse intuito, cada e todas as sociedades desenvolvem conhecimentos, práticas e instituições particulares, que se pode denominar *sistema de atenção à saúde*.

O sistema de atenção à saúde engloba todos os componentes presentes em uma sociedade relacionados à saúde, incluindo os conhecimentos sobre as origens, causas e tratamentos das enfermidades, as técnicas terapêuticas, seus praticantes, os papéis, padrões e agentes em ação nesse “cenário”. A esses são somadas as relações de poder e as instituições dedicadas à manutenção ou restauração do “estado de saúde”. Esse sistema é amparado por esquemas de símbolos que se expressam através das práticas, interações e instituições; todos condizentes com a cultura geral do grupo, que, por sua vez, servem para definir, classificar e explicar os fenômenos percebidos e classificados como “doença”.

Langdon e Wiik (2010, p. 179) definem dois sistemas dentro da saúde: o cultural e o social onde o primeiro “ressalta a dimensão simbólica do entendimento que se tem sobre *saúde* e inclui os conhecimentos, percepções e cognições utilizadas para definir, classificar, perceber e explicar a doença”. Quanto ao sistema social da saúde os autores consideram:

[...] que é tanto um *sistema cultural* quanto um *sistema social de saúde*. Define-se, aqui, *sistema social de saúde* como aquele que é composto pelas instituições relacionadas à saúde, à organização de papéis dos profissionais de saúde nele envolvidos, suas regras de interação, assim como as relações de poder a ele inerentes. Comumente, essa dimensão do sistema de atenção à saúde também inclui especialistas não reconhecidos pela biomedicina, tais como *benzedadeiras, curandeiros, xamãs, pajés, massoterapeutas, pais de santo, pastores e padres*, dentre outros (LANGDON & WIIK, 2010, p. 179).

É a partir dos diversos contextos, dispositivos de regulamentação e instituições que se consolida uma “cultura da saúde” a partir do qual os indivíduos se organizam, pensam, definem, padronizam conceitos e vivenciam as práticas dos sistemas de saúde. Assim, uma “cultura da saúde” está continuamente presente no cotidiano e vivências dos indivíduos, perceptível no seu modo de vida e padrões culturais.

Assim, a contribuição dos antropólogos às questões da saúde avança no sentido de explicar que todas as “atividades que estão ligadas ao cuidado à saúde estão inter-relacionadas constituindo uma forma socialmente organizada de enfrentamento da doença formando assim um sistema cultural próprio que é o sistema de atenção à saúde” (Mello, 2012, p. 10). Uma forma de se repensar a organização das ações em saúde junto às comunidades assistidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) seria através da análise de dados culturais em saúde, o que permitiria entender o que as pessoas pensam e entendem do processo saúde-doença, das ações de promoção de saúde e prevenção de doenças.

O não reconhecimento e conseqüente não valorização dos aspectos tanto sociais quanto culturais presente nos territórios, parece ser um elemento predominante para a não adesão da população às ações ofertadas pelo sistema de saúde institucionalizado no país – o SUS, atitude esta apreendida por parte dos gestores, agentes e, até mesmo dos usuários do sistema de saúde, o que contribui para a adoção de comportamentos de risco e uso dos serviços de saúde.

É considerando as dimensões cultural, social, assim como a ambiental, discutindo as perspectivas interdisciplinares, partindo de uma discussão e reconhecimento acerca dos conceitos de saúde, território e cultura, que esse trabalho busca contribuir para a reflexão acerca destes conceitos, sua importância na estruturação e implementação das ações ofertadas pelo SUS no estudo e combate à Leishmaniose Visceral Humana – LVH.

O importante aqui é a análise da saúde pública e o cuidado com a Leishmaniose Visceral Humana (LVH) como território de conformação multifacetada – não somente dos fatores que se relacionam à utilização do território – impregnado por diversos interesses que envolvem tanto um lugar crítico na prestação de serviços de saúde, quanto lugares de construção de identidades profissionais, de sentidos e subjetividades sobre esse sistema que intitula uma unicidade no país.

Claude Raffestin, bem como outros autores que discutem sobre território e territorialidades, compreende que o estudo da geografia é formado pelas conexões sociais efetivadas no território entre os sujeitos e objetos, que significa territorialidade, e possa contribuir para a compreensão do dia a dia dos agentes em uma prática efetiva para a análise das características da organização social do trabalho em saúde de domínio da saúde pública.

Dessa maneira, tratar a saúde pública e o cuidado com a LVH a partir da interação existente entre diversas disciplinas determina uma proposta interdisciplinar que pode ir do simples diálogo, da proposição de novas ideias até a integração recíproca de conceitos (Fourez, 2001). Aqui abordamos a interdisciplinaridade como interação, diálogo e entendimento entre as diferentes áreas, levando-se em consideração as particularidades do ser humano e as circunstâncias que o rodeiam.

Para Morin e Le Moigne (2000) a predominância do conhecimento segmentado em relação às disciplinas impede frequentemente de apontar a relação existente entre as partes e a totalidade, devendo ser trocado por um meio de conhecimento apto a assimilar os objetos em seu contexto, sua diversidade, seu conjunto.

Em um esforço por aproximar, comparar, relacionar e integrar os conhecimentos a interdisciplinaridade vem propor novos questionamentos sobre o saber, sobre o homem e sobre a sociedade. Não se trata de demandar uma nova síntese do saber, mas sim de trazer a possibilidade de construção de um diálogo harmonioso e oportuno. Para Pombo (2008, p. 11):

temos uma palavra que ninguém sabe definir, sobre a qual não há a menor estabilidade e, ao mesmo tempo, uma invasão de procedimentos, de práticas, de modos de fazer que atravessam vários contextos, que estão por todo o lado e que teimam em reclamar-se da palavra interdisciplinaridade.

Longe de ser um consenso, a concepção de interdisciplinaridade, bem como, de pluridisciplinaridade, transdisciplinaridade e multidisciplinaridade

buscamos deixá-las implícitas na articulação entre os autores. Partindo destas definições é que se pretende discutir os conceitos de saúde, território e cultura numa perspectiva interdisciplinar, enfatizando a ideia de que essas diferentes perspectivas convivem, complementam-se e/ou disputam espaços de compreensão e intervenção em um diálogo contínuo.

No atual Sistema de Saúde implantado no país, o ser humano frequentemente é pensado em partes/fragmentos/pedaços (Santos e Hammerschmidt, 2012). Essa visão mecanicista e simplificada pode ser superada através da interdisciplinaridade que tem como foco o desenvolvimento de ações que integrem as práticas e os discursos, o que como proposta é mais desafiadora na área da saúde do que em outras áreas, haja vista a diversidade de seu objeto, garantindo a validade e veracidade do conhecimento produzido, considerando os sistemas envolvidos no processo e provável potencial de intervenção. Para Ferreira et al (2013, p. 806):

Os princípios de complexidade propostos por Morin e Le Moigne (2000) incitam a construção do conhecimento na saúde para prática de inter-relação, de interdisciplinaridade e interação, articulando os conhecimentos das diferentes áreas, suprimindo, assim, a supremacia do conhecimento fragmentado em função das disciplinas, integrando o pensamento complexo, opondo-se aos mecanismos reducionistas. É uma atividade mental que procura integrar os pensamentos lineares e sistêmicos, simplificadores e totalizantes da era moderna, num esforço do pensamento para promover a união, operando com diversidade de pensamento.

Assim, as múltiplas possibilidades de compreensão da saúde pública a partir da interdisciplinaridade nos impele à necessidade de articulação, integração e desenvolvimento dos saberes, permitindo o conhecimento da integralidade das partes com o todo e vice-versa, proporcionando uma percepção das concepções de vida, do social e de saúde operacionalizadas/vivenciadas no cotidiano.

Esse “todo” no sentido epistemológico surge da reconstrução promovida pelo saber. Para Smith et al (2005), significa “emergentismo” em uma

perspectiva de um “mundo estruturado em múltiplas camadas, diferentes níveis de descrição e explicação” (p.222). Então, surgem “diferentes modos de explicação e diferentes estratégias de investigação” para dar conta “de fenômenos em diferentes níveis de complexidade” (p. 223). Por isso, o “todo” no sentido epistemológico emerge de “nossas práticas humanas de investigação” (p. 230).

1.2 Ambiente, território e cultura como eixos articuladores na saúde

Atualmente muitos pesquisadores vêm disseminando a ideia de que a pluralidade disciplinar é o caminho para uma visão mais ampliada e geral do ser humano evidenciando a importância da subjetividade nas práticas e assistência médica. Para além da pluralidade disciplinar outros pesquisadores corroboram a necessidade de um diálogo entre os diversos saberes culminando no que se pode chamar de interdisciplinaridade e, em uma perspectiva mais ampliada, a transdisciplinaridade. Segundo Pombo (2008, p. 21):

começa a emergência de um conjunto de discursos que vêm fazer o elogio da interdisciplinaridade, que defendem com entusiasmo a bandeira da interdisciplinaridade. Assiste-se então a um vigoroso movimento de reorganização disciplinar e começa também a ser defendido um programa científico alternativo ao modelo analítico.

Dentro de diversos contextos históricos e temporais, o homem vem conduzindo suas relações sociais, se apropriando dos espaços através dos quais vai definindo e caracterizando a sua cultura, religião, economia, saúde, ambiente à medida que se organiza em grupos, sistemas, dimensões – definido como sociedade, de acordo com seus níveis de necessidade. Nesse processo, vai interagindo uns com os outros e com o meio em que vivem, modificando as relações e o meio ambiente.

Na relação com o meio ambiente, este vai transformando-o cabendo destacar que já é possível vislumbrar a perspectiva de que nosso planeta provavelmente terá mais habitantes em ambientes urbanos que em ambientes rurais, as áreas verdes como florestas e matas serão ínfimas. Essa urbanização vertiginosa, sem qualquer aparato de regulação e de monitoramento gerou consigo enormes efeitos na saúde da população e problemas como insuficiente saneamento, coleta e destinação apropriada do lixo, situações precárias de moradia que atualmente se somam à poluição química e física do ar, da água e da terra.

Diversas teorias apareceram para mostrar a relação do ambiente natural com o aparecimento de doenças nos homens. Os aspectos geográficos, sociais, humanos, e biológicos, que deveriam ser examinados no estudo das doenças, ao lado do indivíduo etiológico, do vetor, do reservatório, do hospedeiro intermediário e do homem susceptível cederam lugar a padrões biomédicos que direcionam uma significação ecológico-funcionalista "colocando num mesmo plano, natural-a-histórico, diversos os elementos da natureza, diminuindo a vida humana à sua dimensão animal, e converteu a produção ou cultura da sociedade num elemento a mais do meio ambiente" (BREILH, 1991).

Modelos surgiram para explicar a História Natural das Doenças (HND), levando a um reordenamento do conhecimento, introduzindo o conceito de interação, envolvendo múltiplas causalidades e a interdisciplinaridade, a classificações de momentos diversos dos períodos compreendidos entre o "surgimento da doença, sua instauração e vai até a cura ou a morte, com ou sem sequelas, decorrente da relação entre o hospedeiro e os fatores ou agentes no meio ambiente" (AROUCA, 1976, p. 15-19). A principal crítica a este modelo é o fato de que aspectos sociais, econômicos e fisiopatológicos são colocados no mesmo plano, o que afasta a necessidade da definição social da enfermidade.

Aparece o modelo da multicausalidade onde as condições foram substituídas por fatores intervenientes, visíveis em qualquer etapa da HND, "tornando o sujeito um doente em potencial e a medicina, uma necessidade

contínua para a manutenção ou para o restabelecimento do equilíbrio perdido” (PIGNATTI, 2004, p. 135). O social é introduzido naturalizado, coisificado e fragmentado numa conseqüente dificuldade de explicar o quadro sanitário, tornando-se quantificável num mesmo grau qualitativo que o individual. Segundo Pignatti (2004, p. 135):

É através da epidemiologia que as ações são pensadas sobre os indivíduos e grupos populacionais, considerados não como um todo indissociável, mas em partes, de forma atomizada modificando, a partir daí o conceito de ambiente e a valorização do componente social, como dimensão importante do processo, vincula a questão à noção de coletivo e como determinante na distribuição das doenças.

A partir dos anos 1980 o conceito de ambiente foi retomado e compreendido como um lugar definido geograficamente e socialmente ocupado, nos quais o desenvolvimento do capitalismo e as diversas formações econômico-sociais têm ação direta na saúde e no ambiente.

Na década de 1990 o foco começa a ser o impacto humano no ambiente e as conseqüências à saúde humana, onde são abordadas, dentre várias, o vínculo entre crescimento populacional e perfil de mortalidade, disparidade social e melhoria da qualidade de vida, intensificação do buraco de ozônio e aumento da radiação ultravioleta, urbanização e poluição do ar, poluição da água e efeitos à saúde.

Em outra vertente, a partir de 1970 pesquisadores vem produzindo estudos salientando uma abordagem ecossistêmica da saúde objetivando fundamentar a construção de vínculos que objetivam fazer uma relação entre estratégias de gestão integral do meio ambiente com uma abordagem totalizante de promoção da saúde humana. Segundo Rocha e David (2015, p. 131):

As primeiras análises gerais na América Latina que remetem ao campo da medicina social datam dos anos 1980 e 1990. No Brasil, as trajetórias de um pensamento social resultaram em

diferentes aproximações, em diferentes momentos. Tais aproximações retomam as origens da saúde coletiva com base no chamado *projeto preventivista*, amplamente discutido na segunda metade dos anos 1950, que se associava à crítica ao modelo biomédico, culminando na criação dos departamentos de medicina preventiva e social nas escolas médicas e de disciplinas que ampliavam a perspectiva clínica, como a epidemiologia, as ciências de conduta, a bioestatística. A preocupação com uma perspectiva biopsicossocial do indivíduo é instalada.

Os interesses econômicos particulares ou as relações entre homem e natureza são condicionantes para os graves problemas relacionados à saúde pública associados com uma contínua degradação dos ecossistemas, bem como dos recursos naturais sendo necessários espaços de estudos e debates para um entendimento integral desses fenômenos, da forma como os homens vêm criando e integrando suas relações sociais e seu modo de produção.

A rapidez das mudanças sejam elas sociais, econômicas, culturais são aspectos essenciais quando analisamos o poder de absorção dos impactos e a restauração da natureza, condicionando mudanças cada vez mais rápidas sobre a dinâmica homem *versus* natureza, sendo necessário o reconhecimento de que essa diferença é fundamental pois impacta diretamente sobre a saúde das populações e na organização das políticas públicas.

O crescente domínio do homem sobre a natureza e seus elementos foi aumentando à medida que suas técnicas e meios de produção foram aperfeiçoados, aumentava a densidade da população humana e as populações se organizavam em estruturas sociais cada vez mais elaboradas. Para Henrique (2009, p. 44):

A possibilidade dos homens produzirem na natureza, através de seus ofícios, habilidades e ocupações, sua vida cotidiana é dada pela necessidade que a natureza lhes impunha, ou pela tentativa de retificar as deficiências da natureza. Estas ações marcam o início do processo de emancipação coletiva da humanidade perante a natureza. Um projeto dominante em muitas sociedades.

Estes fatores incorreram em uma constante pressão ao meio ambiente onde as paisagens naturais sofreram profundas transformações devido a um processo de contínua degradação. Nessa perspectiva podemos considerar um aspecto histórico de luta e emancipação do homem em relação à natureza contra o meio em que se insere, bem como outro patamar denominado de modelo cultural, na qual a natureza não seja “dominada” mas elemento, como “cultura natural” e algumas de suas leis influenciando diretamente na saúde das populações, daí o (re) surgimento de novas doenças e outras já consideradas extintas.

Nota-se ao longo dos tempos, que a interação existente entre sociedade e natureza vem se alterando, com destaque para três momentos dessa relação: adaptação do homem à natureza, onde é possível uma relação harmônica; confronto, onde ele se volta contra a natureza, e outra de restituição na qual o homem vai procurar restituir os espaços ambientais por ele danificados, preservando os que ainda restam.

Nessas relações, o modo de produção e o advento das tecnologias disseminaram alguns efeitos colaterais com resultados desastrosos para a natureza, visto que ela tem fins definidos e se aplica aos processos produtivos. A natureza já não é vista mais em seu estado natural; é modificada logo que o homem se apropria de tecnologias, aumenta a densidade de sua população, se instalando nos territórios, impondo modificações e passa a configurar como um desestabilizador nato. Segundo Henrique (2009, p. 68) “o trabalho do homem é uma das formas de incorporação da natureza à vida social, configurando-se numa importante categoria na mediação entre a sociedade e a natureza, sendo fundamental na produção e reprodução da vida humana”.

Qualquer que seja o nível de avanço de uma sociedade, as relações entre homem e meio ambiente são únicas, singulares, permanentes, sendo o ambiente compreendido por muitos como o “todo”, segundo a qual fazemos parte de um ambiente intrínseco constituído por um meio natural e um meio cultural cujo diferencial da relação homem/natureza é a consciência, exemplo da singularidade humana, composta pela cultura e raciocínio (ALMEIDA, 1988).

Assim, refletir a partir do território consiste em um dos pressupostos da organização dos processos de trabalho na saúde. Inúmeras vezes, a concepção de espaço é reduzida sendo usada de maneira meramente administrativa para a gestão física dos serviços de saúde, negligenciando-se o potencial de tal definição para o reconhecimento de problemas de saúde e de possibilidades de intervenção. No Brasil, destaca-se a influência de autores ou correntes de análise territorial como Milton Santos, seguida pelas contribuições dadas pelos pesquisadores Rogério Haesbaert e Marcos Saquet.

Haesbaert (2007, p. 3) entende que “o território, imerso em relações de dominação e/ou de apropriação sociedade-espaço, desdobra-se ao longo de um *continuum* que vai da dominação político-econômica mais 'concreta' e 'funcional' à apropriação mais subjetiva e/ou 'cultural-simbólica'”.

Para Santos (2004) “o território são formas, mas o território usado são objetos e ações, sinônimo de espaço humano, espaço habitado” onde é possível atentar para os diversos e diferentes interesses dos indivíduos, onde as ações de cidadania são fundamentais para implantar um modelo adequado de investigação e atendimento em saúde, trazendo o espaço como processo e produto das relações sociais. De acordo com Faria & Bortolozzi (2009, p. 37):

Milton Santos elabora uma argumentação de caráter eminentemente epistemológica, pautada em processos sociais e reconhecendo a natureza como um elemento do território; R. Haesbaert faz uma discussão teórica e ontológica centrada na reterritorialização a partir de fatores políticos e culturais, incorporando mais recentemente uma preocupação mais sistemática com a natureza e, M. Saquet, efetiva uma discussão teórico-metodológica, destacando a produção do território sob as forças econômicas, políticas e culturais [...] (SAQUET, 2007, p. 122).

Rafesttin (1993, p. 143) numa compreensão de apropriação:

Espaço e território não são termos equivalentes. [...] É essencial compreender bem que o espaço é anterior ao território. O território se forma a partir do espaço, é resultado de

uma ação conduzida por um ator sintagmático (ator que realiza um programa) em qualquer nível. Ao se apropriar de um espaço, concreta ou abstratamente (por exemplo, pela representação), o ator "territorializa" o espaço.

Cada uma das abordagens acima pode ser transposta para uma investigação em saúde que, indiferente a perspectiva adotada, esse espaço apresenta, além de uma extensão geográfica, um delineamento ambiental, demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural transfigurando-se assim em um território em contínua construção.

O conceito de território tem uma evidenciada relevância, está presente em múltiplas dimensões e sentidos no contexto da saúde coletiva, surgindo em documentos que expressam princípios e diretrizes das políticas de saúde e no planejamento das ações locais, sendo elemento central para organizar a rede de cuidado na saúde pública.

O desenvolvimento de um diálogo com alguns autores que trabalham com o conceito de território serve para que estes nos auxiliem a pensar como potencializar a relação entre serviço, produção do cuidado, espaço e cultura.

A 'lógica do território' é o que norteia as ações a serem desenvolvidas pelos serviços numa constante associação ao tempo e lugar em que as ações são elaboradas e realizadas, tendo as Unidades de Saúde como estratégia de organização da rede de cuidados. Nesse contexto é essencial as parcerias entre serviços de saúde e comunidade tendo em vista que nenhum serviço isolado consegue resolver todas as necessidades de cuidado das pessoas de um determinado território.

Nesse sentido, devemos estar atentos a alguns aspectos relevantes para se pensar a organização, bem como, as ações desenvolvidas nos serviços de saúde, considerando as diferentes lógicas do território, seus recursos, suas potencialidades, suas linhas de captura, uma vez que a palavra território pode conter múltiplos sentidos e os processos que aí ocorrem produzem múltiplas dialéticas.

Nessa perspectiva, Moken *et al.* (2008, p. 5) destacam que:

as discussões mais recentes sobre o território incorporam o componente cultural considerando que o território carrega sempre, de forma indissociável, uma dimensão simbólica, ou cultural em sentido estrito, e uma dimensão material, de natureza predominantemente econômico-política.

Pensado enquanto resultado do processo histórico, da base material e social das novas ações humanas, a concepção de território passaria do político para o cultural, das fronteiras entre povos aos limites do corpo e ao afeto entre as pessoas, indicando a possibilidade de propostas teórico-metodológicas.

Para Moken *et al.* (2008), compreender o território nessa perspectiva abre possibilidades para as análises em saúde, para o entendimento do processo saúde-doença em determinados contextos, tendo como dimensão temporal o cotidiano dos espaços comunitários. Assim, o território da saúde coletiva é composto de produções coletivas, com materialidade histórica, social e configurações espaciais singulares compatíveis com a organização político-administrativa e institucional do setor.

Apesar de ser um conceito da geografia, o território tem adquirido destaque na área da antropologia, da ciência política e da sociologia, como eixo norteador de suas abordagens, trazendo a possibilidade de articulação e de proposição, buscando conhecer não só os determinantes sociais, mas também os culturais e ambientais no processo de saúde/doença e organização dos serviços de saúde visto que proporciona uma aproximação dos lugares em que as pessoas vivem. Para Faria (2013, p. 132):

Há dois aspectos composicionais do SUS que merecem certa atenção geográfica. O primeiro é o caráter de direito. A “saúde é direito de todos”, diz a Constituição (BRASIL, 1989). E isso determina o princípio mais importante deste novo sistema que é a universalidade da atenção.

Esse princípio que impõe uma saúde acessível a todos, sem qualquer distinção, determinou uma necessidade de um arranjo territorial com vistas a organização dos serviços, sendo necessário para tanto a implantação de uma política de descentralização. Faria (2013, p. 132) enfatiza:

[que] o acesso depende, obviamente, da existência dos serviços nos territórios. O modo encontrado para se resolver isso foi implementando a política da descentralização da saúde no Brasil, numa tentativa clara de levar os serviços aos territórios e, dessa forma, tornar o sistema acessível. Com a descentralização o Município ganha importância e com ele o território.

Ainda segundo Faria (2013, p. 132) “são necessárias políticas eficientes de planejamento e gestão territoriais visto que as desigualdades territoriais são prementes e a questão do direito à saúde está diretamente ligada ao território e a forma como os serviços são dispostos territorialmente”. De acordo com o autor, “entretanto, não é sob a perspectiva do direito *stricto sensu* que se deve pensar, mas na sua efetivação ou realização. [...] O território pode ser tomado, de um lado, como a possibilidade da efetivação deste direito e, de outro, como o resultado e consequência desta mesma efetivação”.

Monken e Barcellos (2007) ressaltam que as estratégias de promoção da saúde deveriam passar por uma reorganização que fosse “pautada em um novo entendimento do conceito saúde e no relacionamento deste com a categoria território, com vista à criação de ambientes saudáveis”. Segundo Faria (2013, p. 133):

De modo geral, a estruturação territorial dos serviços do SUS vem sendo feita no Brasil através da chamada “territorialização da saúde”. É uma técnica de planejamento, talvez uma tecnologia como quer Monken (2003), mas é também uma política de Estado utilizada para planejar a localização e os modos de inscrição territorial dos serviços de saúde nas diversas escalas. Destaca-se a territorialização dos serviços de atenção primária à saúde, pois estes, diferentes dos serviços ligados às especialidades, devem operar sobre uma base territorial muito bem definida.

A partir do acima exposto, podemos pensar o território como relacional superando o entendimento de delimitação geográfica. Ele diz respeito à construção e à transformação que se dão entre os cenários naturais e a história social que os homens inscrevem e produzem: memória dos acontecimentos inscrita nas paisagens, nos modos de viver, nas manifestações que modulam as percepções e a compreensão sobre o lugar; relações que surgem dos modos de apropriação e de alienação desse espaço e dos valores sociais, econômicos, políticos e culturais ali produzidos; modos múltiplos, contíguos, contraditórios de construção do espaço, da produção de sentidos para o lugar que se habita por meio das práticas cotidianas (GADAGNIN, 2013).

Enquanto o princípio da universalidade impôs à necessidade de territorializar as ações em saúde, no Brasil os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS que trata da integralidade - ação totalizadora que leva em conta as dimensões biológica, psicológica e social, pois o homem é um ser individual - e a humanização - conjunto de princípios que criticam o caráter impessoal e desumanizado da assistência à saúde - deve colocar a cultura como elemento essencial no processo de compreensão e controle da saúde/doença (OLIVEIRA, 2002). O autor considera que “[...] é importante que se reconheça que, a cada encontro profissional, existe também um encontro de culturas. Por traz de cada paciente existe uma cultura ou habitus que dá sustentação à percepção que ele tem de sua doença e também dos sistemas de saúde”. Diante do exposto, a relação entre agentes de saúde e a comunidade pode se dar em múltiplas dimensões, podendo ser conflituosa, formal, harmoniosa, afetiva, etc.

Tão importante quanto conhecer o fato é entender como estes fatos se constroem e qual o seu valor na vida das pessoas de uma determinada sociedade. Neste sentido, ao longo do tempo, a sociedade e os usuários dos Serviços de saúde constroem percepções em relação às ações ofertadas pelo Sistema que precisam ser “entendidas” (MELLO, 2012).

Para Geertz (1997, p. 225): “[...] analisar as formas simbólicas – palavras, imagens, instituições, comportamentos – em termos das quais os homens (*peoples*) se representam, para si mesmos e para os outros”.

Condizente com esse raciocínio, indivíduos da mesma cultura compartilham conjuntos de conceitos, imagens e ideias que lhes permitem sentir, refletir e, portanto, interpretar o mundo de forma semelhante o que determinaria a eficácia das ações em saúde.

Portanto, a discussão teórica sobre a cultura “não pode se isentar do mais rigoroso exame de sua própria situação e das formações sociais e históricas em que se insere, ou de uma análise conjunta de suas premissas, proposições, métodos e resultados” (WILLIAMS, 2007, p. 163). Enfim, o importante é estudar as práticas e produtos culturais sem perder de vista os condicionamentos históricos existentes, fugindo, assim, da leitura do texto em si, próxima de um formalismo que rejeita aprioristicamente, a história.

O “mundo da vida” é abordado e passa a ser um elemento “mediador” da relação natureza como parte de nossa vida existencial, considerando-se que cuidar dela é cuidar de nós. Nessa proposta a ativação do mundo da vida possibilita um aprimoramento nos aspectos relacionados à saúde pública, onde a natureza resgatada pela cultura transforma-se em elemento desse contexto, transposta da dimensão objetiva para a dimensão subjetiva em uma apropriação existencial.

Husserl (2012, p. 84) em *A crise das ciências européias e a fenomenologia transcendental* afirma:

Somos, por outro lado, sujeitos para este mundo, a saber como os eus-sujeitos a ele referidos de modo teologicamente ativo, que o experienciam, consideram, valorizam, para quem este mundo circundante tem somente o sentido de ser que as nossas experiências, os nossos pensamentos, as nossas valorizações, etc., em cada caso lhe conferiram, e segundo os modos de validade (a certeza, a possibilidade, eventualmente a aparência do ser, etc.) que de fato realizamos, como os sujeitos das validades, e de que dispomos e trazemos em nós como aquisições habituais anteriores, como validade de tal ou tal conteúdo, de novo arbitrariamente atualizáveis.

Nesse sentido, o “mundo da vida” é uma forma de exteriorização (a valorização) de nosso “modo de validade”. Em Habermas, a teoria do agir

comunicativo apreende a noção de “mundo da vida” da fenomenologia de Husserl, associada a uma teoria da democracia. Para entendermos como o agir comunicativo pode ser importante na construção de políticas públicas de saúde, é necessário entendermos a relação sociedade e natureza com vistas a termos uma visão mais ampla da dimensão cultural e social na qual o homem está inserido determinando o seu modo de agir. É na apropriação com conseqüente degradação e transformação do meio ambiente que o homem acaba por condicionar espaços de conflitos com a natureza propiciando o oportunismo e surgimento das doenças.

No agir comunicativo há um “processo de interpretação cooperativo em que os participantes se referem simultaneamente a algo no mundo subjetivo, no mundo social e no mundo objetivo; (...)” (2012, p. 221). Nesse sistema (na qual somos “falantes”), os indivíduos “relativizam suas próprias exteriorizações tendo em vista a possibilidade de que outro ator venha a contestar a validade delas” (Idem). Só há entendimento quando surgir uma “união dos participantes da comunicação sobre a validade de uma exteriorização”. Assim, no agir comunicativo, age-se orientado pelo entendimento que significa “definir [algo] em comum”.

Pode-se observar que há um clima de relação democrática, dialógica, na teorização de Habermas. O mundo externo passa por um constante processo de “definição continuada e de redefinição”. Neste processo:

[Há] a subordinação de certos conteúdos a determinados mundos – de acordo com o que é tido, respectivamente, como válido: como componente do mundo objetivo interpretado consensualmente como componente normativo do mundo social, reconhecido intersubjetivamente; (...) (Ibid., p. 223).

Na utilização da teorização de Habermas na pesquisa, compreende-se que os agentes de saúde pública e membros da comunidade devem inserir-se em um “processo cooperativo de interpretação”. Na situação de “doença”, o conteúdo normativo é problematizável. Em que sentido? Levando-se em consideração o mundo da vida dos membros da comunidade. Então, a

normatividade não se dá em um espaço vazio ou mesmo autoritariamente, mas como argumento em um mundo na qual há “uma reserva de padrões de interpretação, organizados linguisticamente e transmitidos culturalmente” (Ibid., p. 228).

O erro nos agentes de saúde seria a utilização de uma espécie de biopoder (cf. Foucault, 1979), na qual se intenta a sobrecodificação nos indivíduos da comunidade. Aqui, não se leva em consideração o “mundo da vida” dos indivíduos.

Os agentes públicos devem focar, em suas práticas, a transformação de alguns aspectos do “mundo da vida” dos indivíduos da comunidade (bairro) no sentido da cultura da saúde. Trata-se de uma relação na qual há a preponderância do entendimento (que evita a sobrecodificação). Nesse caso, a comunidade ao apreender a cultura da saúde transforma a valoração do elemento “natureza”, agora no espaço urbano. Não mais práticas associadas ao mundo rural, mas um modo de comportamento citadino na qual a “saúde pública” é tida como algo de responsabilidade dos cidadãos.

Na transformação da prática cultural dos indivíduos, forma-se uma nova territorialidade, ou seja, há uma reterritorialização (Cf. Deleuze; Guattari, 2010) com códigos apreendidos da cultura da saúde. Eis, então, um aspecto importante na prevenção e eliminação da LVH (Leishmaniose Visceral Humana).

CAPÍTULO II – OS CAMINHOS DA PESQUISA

2.1 Bases teóricas metodológicas

A presente pesquisa tem uma abordagem qualitativa por propiciar um entendimento de fenômenos heterogêneos influenciados pela subjetividade dos indivíduos. Segundo Minayo (1992, p. 10):

As pesquisas com metodologias qualitativas são aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento, quanto na sua transformação como construções humanas significativas.

Partindo do entendimento de que os fenômenos sociais não podem ser compreendidos de forma parcial, inacabados segundo uma lógica positivista, se fazendo necessários a compreensão destes e os significados a eles atribuídos, que o pesquisador vai buscar compreender a realidade seguindo um contexto histórico, social e cultural (Minayo, 1992).

Para Minayo (1992, p. 13) a análise do campo saúde, por possuir múltiplas dimensões, hierarquias e características condiciona uma abordagem multidisciplinar e “requer como essencial uma abordagem dialética que compreende para transformar e cuja teoria, desafiada pela prática, a repense permanentemente”.

Considerada um método qualitativo de investigação com base metodológica para fins de análise crítica e interpretação da realidade, a História Oral e nas Histórias de Vida, apresentadas por autores como Meihy e Holanda (2013), Thompson (1992), Alberti (2005), Ferreira e Amado (2006), destacam a construção de projetos de pesquisa cuja reflexão abarcaria os procedimentos, suas implicações nos estudos sobre a chamada história do tempo presente, a memória e a identidade. Conforme Meihy e Holanda (2007, p.15):

História oral é um conjunto de procedimentos que se inicia com a elaboração de um projeto e que continua com o estabelecimento de um grupo de pessoas a serem entrevistadas. O projeto prevê: planejamento da condução das gravações com definições de locais, tempo de duração e demais fatores ambientais; transcrição e estabelecimento de textos; conferência do produto escrito; autorização para o uso; arquivamento e, sempre que possível, a publicação dos resultados que devem, em primeiro lugar, voltar ao grupo que gerou as entrevistas.

Segundo Alberti (2005, p. 155):

A História Oral é uma metodologia de pesquisa e de constituição de fontes para o estudo da história contemporânea surgida em meados do século XX, após a invenção do gravador à fita. Ela consiste na realização de entrevistas gravadas com indivíduos que participaram de, ou testemunharam acontecimentos e conjunturas do passado e do presente (p. 155).

Compreendida como um procedimento metodológico interdisciplinar, ou seja, como um “caminho para a construção de conhecimento, que abarca tanto uma dimensão teórico-política quanto uma dimensão técnica” (GUIRALDELLI, 2013). Para Silveira (2007, p. 41):

Trabalhar com História Oral é, sobretudo, não querer uma história totalizante a partir dos depoimentos; tão pouco provar uma verdade absoluta. É dar espaço aos sujeitos anônimos da História na produção e divulgação dessa, procurando articular suas narrativas aos contextos e elementos do(s) objeto(s) em pesquisa. É estar preparado para compreender que nem sempre o ato de rememorar é uma ação saudável e positiva para o sujeito, pois pode trazer dores e sofrimentos. É escrever história sem sacramentar certezas, mas diminuindo o campo das dúvidas.

Para ALBERTI (1989, p.41), a história oral não pertence a um campo estrito do conhecimento, “sua especificidade está no próprio fato de se prestar

a diversas abordagens, de se mover num terreno pluridisciplinar”. Para a autora:

(...) é um método de pesquisa (histórica, antropológica, sociológica,...) que privilegia a realização de entrevistas com pessoas que participaram de, ou testemunharam acontecimentos, conjunturas, visões de mundo, como forma de se aproximar do objeto de estudo. Trata-se de estudar acontecimentos históricos, instituições, grupos sociais, categorias profissionais, movimentos, etc... (ALBERTI, 1989.p.52.).

A História Oral se desenvolve como um método a partir da II Guerra Mundial quando surgiu a necessidade de se compreender as subjetividades das experiências vividas pelos combatentes, o que de acordo com Meihy, (1998, p.22), “a história oral combinou três funções complementares: registrar relatos, divulgar experiências relevantes e estabelecer vínculos com o imediato urbano, promovendo assim um incentivo à história local e imediata”.

Ainda assim se discute se a História Oral seria um método, disciplina ou técnica. Autores como FERREIRA & AMADO (2001, p.16) a defendem como uma metodologia, pois:

Apenas estabelece e ordena procedimentos de trabalho – tais como os diversos tipos de entrevistas e as implicações de cada um deles para a pesquisa, as várias possibilidades de transcrição de depoimentos, suas vantagens e desvantagens, as diferentes maneiras de o historiador relacionar-se com seus entrevistados e as influências disso sobre seu trabalho – funcionando como ponte entre teoria e prática (FERREIRA; AMADO, 2001,p.16.).

MEIHY (1998) e outros autores defendem que esta seria uma disciplina. Para FERREIRA & AMADO (2001, p.31) os que requerem a história oral como disciplina reside no fato destes “reconhecerem na história oral uma área de estudo com objeto próprio e capacidade (como fazem todas as disciplinas) de gerar no seu interior soluções teóricas para as questões surgidas na prática...”, enquanto que os que defendem que a história oral seja uma técnica, geralmente, são “pessoas envolvidas na constituição e preservação de acervos

orais, que utilizam as fontes orais de forma esporádica, como fontes de informação complementar”.

Usar a História Oral como um método dentro dos estudos interdisciplinares das ciências da saúde possibilita uma determinada direção social, como uma “abordagem metodológica que se respalda em princípios teóricos existentes, para revelar as complexidades e contradições do real em suas múltiplas determinações, a fim de extrapolar a imediaticidade dos fatos, ou seja, sair do mundo da aparência para o mundo das essências” (GUIRALDELLI, 2013, p. 126).

A partir das histórias narradas pelos sujeitos partícipes de um processo investigativo, podem ser traçados inúmeros elementos que circundam as relações sociais, sejam as experiências individuais e coletivas, as trajetórias, tradições, relações familiares, os aspectos econômicos, políticos, sociais, culturais, religiosos, o território, a rede de sociabilidade, pois esses são fatores que conjugam a vida social. Contudo, é importante salientar que as histórias narradas são sempre recortadas, mediante a referência do tempo presente da narrativa (GUIRALDELLI, 2013, p. 127). “Sendo um método de pesquisa, [...] não é um fim em si mesma, e sim um meio de conhecimento” (ALBERTI, 2005, p.29).

O processo de construção de um trabalho faz pensar os contextos e dar significado às vivências; refletir e repensar seus caminhos enquanto pesquisador, os caminhos da pesquisa. O trabalho com fontes orais possibilitou trazer à História, como sujeitos e/ou testemunhos aqueles que, de certa forma, foram excluídos e colocados no anonimato, sem direito à memória, comum no paradigma tradicional ou marxista como as mulheres, os negros, os homossexuais, os imigrantes, povos indígenas, comunidades tradicionais, dentre outros.

Além do mais, a pesquisa com as experiências e trajetórias dos sujeitos possibilita a compreensão de ser e estar no mundo no plano da singularidade, mas também em relação com os processos sociais, econômicos, culturais e políticos em sua universalidade (GUIRALDELLI, 2013, p. 127). Nessa

perspectiva, a História Oral, seja como método, metodologia ou técnica possibilita a construção de novas estratégias para as pesquisas envolvendo o contexto da saúde.

As Histórias de Vida têm como base autores como Josso (2004), Soares (1994) para o qual a “vida lembrada de forma retrospectiva faculta uma visão total de seu conjunto, e que é o tempo presente que torna possível uma compreensão mais aprofundada do momento passado” (PAULILO, 1999, p. 141). Para Josso (2004, p. 73):

Nas narrativas de vida é evidente que as vivências são relatadas, mas contam-nas já desenvolvendo-nos uma significação, por mais sumária que ela seja. Em outras palavras, a narração oral ou escrita inscreve-se de imediato num contexto interpretativo constituído de vivências consideradas semelhantes e/ou no mínimo de um referencial teórico que funciona como grelha de interpretação.

A entrevista, e no caso desse trabalho a conversa informal, é o principal instrumento (ou técnica) do método de história oral. Ao partir da história oral como metodologia, é importante considerar que ela se baseia em narrativas orais dos sujeitos que relatam suas experiências, valores, credências, fatos, projetos, aspirações e acontecimentos da vida privada e pública (GUIRALDELLI, 2013, p. 127) e, com isso, é possível delinear as relações presentes no seu cotidiano.

A técnica da entrevista é incorporada pela história oral como processo dialógico e como instrumento que objetiva capturar expressões do real pela via da documentação oral, ou seja, da linguagem verbalizada pelos sujeitos partícipes do conhecimento produzido (GUIRALDELLI, 2013, p.127). Sendo assim, *‘quando apreendida por meio de gravações eletrônicas feitas com o propósito de registro torna-se fonte oral. A história oral é uma parte do conjunto de fontes orais e sua manifestação mais conhecida é a entrevista (MEIHY; HOLANDA, 2007, p.14).*

Para realizá-la, não há uma única regra ou receita. Entretanto, algumas observações são convergentes nas obras de Thompson (2002), Alberti (2004, 2005) e Josso (2004) que orientam o pesquisador na produção de entrevistas no método da História Oral e que foram utilizadas nesse trabalho:

- 1) Não existe neutralidade do pesquisador.
- 2) O respeito aos princípios éticos e de objetividade na pesquisa, lembrando que nenhum método dá conta de captar o problema em todas as suas dimensões.
- 3) As questões previamente definidas podem sofrer alterações conforme o direcionamento que se quer dar à investigação. Nesse trabalho foi dada preferência a perguntas mais abertas e a um roteiro flexível.
- 4) Respeitar o tempo do entrevistado, as pausas e interrupções. Estar preparado para uma entrevista relativamente longa.
- 5) Ter um diário de campo onde possam ser feitas anotações das reações, posturas e impressões do entrevistado, dificuldades nas informações obtidas, o que provocaram suas lembranças, novidades nas informações ou conteúdo, informações obtidas em *off*, etc.
- 6) Foram trazidos elementos para a entrevista que proporcionou a ativação da memória do entrevistado como fotografias e referência a fatos específicos.
- 7) No início da entrevista, são gravadas informações como: nome do entrevistado, do (s) entrevistador (es), data, local e finalidade do trabalho.

Em relação ao ato de dar entrevistas Meihy (2005. P. 41) diz que:

Para a maioria das pessoas, o ato de dar entrevistas é uma atividade independente de pagamentos ou outros benefícios materiais. Outros, pelo contrário, respeitam o tempo e as condições de vida social dos entrevistados e promovem algum tipo de recompensa. Ainda que o assunto comporte um índice de polêmica, eticamente prefere-se considerar o narrador um colaborador e não alguém que vá tirar proveito material de sua história. Nesse caso muitos criticam sem a devida argumentação.

Para Thompson (1992) na História oral alguns requisitos são necessários exigindo um mínimo de preparo prévio, elucidar os objetivos da pesquisa e a sua relevância, ter cuidado desde a elaboração do projeto de pesquisa, na elaboração das questões até a realização do trabalho de campo. Uma das principais vantagens da História oral é o trabalho de campo, tendo em vista que isso permite “a capacidade de localizar a nova evidência exatamente onde se deseja, saindo para o campo” (THOMPSON, 1992, p. 217).

Além disso, quando se trabalha com História oral é preciso reservar tempo para a realização das entrevistas e compreender que a entrevista não ocorre em ordem cronológica. O processo de transcrição exige dedicação, paciência e sensibilidade. No momento de passagem da entrevista para a forma escrita, percebemos o quanto é importante ter uma gravação de qualidade, desde o equipamento utilizado, as condições e o local de gravação até a forma de condução da entrevista. É necessária muita atenção e disponibilidade para a realização das transcrições (ALBERTI, 2006).

Dentre as principais preocupações metodológicas da História oral está o retorno, o alcance da pesquisa e a forma como os resultados chegarão aos sujeitos partícipes da construção do conhecimento, pois há o compromisso desse procedimento metodológico em estabelecer vínculos com os participantes/sujeitos da pesquisa para que possam garantir um diálogo democrático e frutífero na busca de respostas às diversas situações concretas vivenciadas pela sociedade (GUIRALDELLI, 2013, p. 126).

Com esse cuidado na condução da pesquisa é extremamente necessária atenção aos instrumentos que vão ser utilizados no trabalho em campo e na forma de elaboração dos resultados, como diário de campo, instrumentos de registro audiovisual, softwares, dentre outros. Para Beaut & Weber (2007, p. 62):

(...) existe uma arte em conduzir a pesquisa. Mas a análise diária da pesquisa e seu relato em forma de diário de campo estão, sem ambigüidade, do lado da técnica. A descrição dos lugares, dos eventos, das pessoas e das coisas não requer qualidades literárias - mesmo que o conhecimento da língua,

daquela falada por seus interlocutores, de suas capacidades lingüísticas (léxicas e gramaticais), possa ser de grande utilidade (cf. capítulo I). Ela requer a precisão, o sentido do detalhe, a honestidade escrupulosa do "auxiliar de laboratório" que registra as condições em que tal fenômeno foi produzido e sua natureza exata em um "diário de bordo" – no caso desse trabalho relatado como um "diário de campo".

Aqui o diário de campo se apresenta como um instrumento não somente de registro, mas principalmente, como instrumento de reflexividade da prática da pesquisa que oportuniza ao pesquisador rever, refletir e reescrever os caminhos que o levaram até o campo e aos pesquisados.

Ainda para Beaut & Weber (2007, p. 68):

(...) a principal utilidade do diário de campo está na releitura dele que se fará, qual revela a distância entre o que foi anotado e o que se relê; graças ao que se conseguiu do campo, as primeiras anotações servem, ao mesmo tempo, de ponto de referência (daí o interesse das anotações mais triviais, datas, lugares, nomes) e mudam de ser tido (e deixam às claras o ponto de vista do pesquisador ingênuo).

Na construção do conhecimento as imagens como fotos e mapas não são apenas visuais e descritivos, mas, instrumentos que possibilitam diversas interpretações e percepção de novos cenários. Para Silva (2013, p. 47):

O mapeamento permite trabalhar a síntese geográfica que busca aproximar a construção da totalidade com vistas a evidenciar as expressões territoriais representadas através de mapas condicionados pela própria entrada de dados. A produção e utilização de mapas permitem visualizar e analisar informações georreferenciadas no qual todas as informações estão associadas a um território, isto é, são localizadas geograficamente, propiciando a incorporação de variáveis para a análise e interpretação da situação da saúde, no caso particular, da leishmaniose visceral em humanos na cidade de Araguaína.

A aproximação do olhar sobre o território pode ser possível quando se produz imagens constituindo uma forma de análise social, não configurando

somente um instrumento inerte de onde não é possível reconhecer uma dinâmica social. Monken e Gondim (2004) citados por Monken (2008), dizem que:

A produção de imagens fotográficas no processo de territorialização se constitui num outro meio de análise do social. Essa tecnologia auxilia significativamente a análise dos territórios – identificando onde e como as pessoas produzem, moram, se divertem e circulam, enriquecendo sobremaneira o reconhecimento dos objetos e das ações no território, a dinâmica social, suas regras e seus recursos envolvidos, que definem contextos específicos para a produção da saúde ou da doença (MONKEN, 2008 p. 159)

Compreendemos desse modo que as imagens são detentoras de grande potencial de informações que podem e devem ser extraídas para a produção do conhecimento e não apenas serem empregadas como elemento meramente visual. Nesse sentido, com relação a trabalhos com temáticas que abordam as “relações em que a população está inserida nos contextos sociais muitas vezes “degradantes” – grifo nosso” - as imagens fotográficas aparecem como recursos de grande valor na pesquisa, “uma vez que permitem contribuir para a melhor compreensão do real, quando associadas à produção textual na interpretação do pesquisador e demais leitores” (SILVA, 2013, p. 48).

Realizada a seleção, análise preliminar dos documentos, a observação do campo e levantamento dos relatos, procede-se à análise dos dados caracterizada como “o momento de reunir os elementos da problemática ou do quadro teórico, contexto, autores, interesses, natureza do texto, conceitos (CELLARD, 2008, p. 303).

No processo de análise das entrevistas, é interessante prestar atenção aos acontecimentos narrados pelos/as entrevistados/as, que se repetem ao longo da narrativa, eles podem estar “cristalizados na memória do entrevistado e cumprem um papel específico no trabalho de significação do passado” (ALBERTI, 2006, p. 179).

Recorremos para a análise do conteúdo, tanto na pesquisa documental quanto nos relatos aos quais foi utilizado o método da História Oral. Nesse sentido, a análise de conteúdo é:

Conjunto de técnicas de investigação científicas utilizadas em ciências humanas, caracterizadas pela análise de dados lingüísticos. [...] Normalmente, nesse tipo de análise, os elementos fundamentais da comunicação são identificados, numerados e categorizados. Posteriormente as categorias encontradas são analisadas face a uma teoria específica (APPOLINÁRIO, 2009,p. 27).

O conteúdo de um texto, fala ou documento pode ser feito utilizando-se regras específicas para extrair sentidos e significados, que serão apreendidos por um leitor que interpreta a mensagem contida nele por meio de técnicas apropriadas. De acordo com Chizzotti (2006) esta pode ser apreendida fragmentando-se o conteúdo do documento revelando palavras, termos ou frases significativas de uma mensagem.

A análise qualitativa das entrevistas será realizada usando a Análise de Conteúdo de Bardin (2009), onde os dados serão organizados em categorias para avaliação, dentro de temas já previamente identificados. Não haverá correções linguísticas dos textos de modo a manter a espontaneidade das falas.

Esta técnica consiste em “um processo sistemático de avaliação de mensagens, que objetiva a descrição do conteúdo e inferências de conhecimentos sobre a produção e recepção dessas mensagens” (CASTRO et al, 2016, p. 4), de acordo com os seguintes passos: os discursos coletados são, inicialmente, transcritos mantendo-se a forma original de expressão dos respondentes; pré-análise, da qual emergem impressões e orientações, de forma a identificar as grandes categorias discursivas abordadas pelos respondentes; leituras exaustivas dos conteúdos, para a organização e sistematização dos conteúdos, permitindo o agrupamento deles em grandes categorias.

Adotaremos *a priori* como *Unidade de Análise*, a Unidade de Contexto cujo foco está na natureza do problema, do arcabouço teórico e das questões específicas da pesquisa e não unicamente na frequência de palavras no texto.

As categorias de análise terão embasamento teórico apoiadas em autores como Willians (2007), Helman (1994), Habermas (2012) e Thompson (2004) e surgem, num primeiro momento, da teoria em que se apóia a investigação, podendo estas serem modificadas ao longo do estudo, surgindo novas concepções e olhares sobre o objeto e o interesse do investigador. Sobre a construção de categorias analíticas vale lembrar:

Não existem normas fixas nem procedimentos padronizados para a criação de categorias, mas acredita-se que um quadro teórico consistente pode auxiliar uma seleção inicial mais segura e relevante. [...] Em primeiro lugar [...] faça o exame do material procurando encontrar os aspectos relevantes. Verifique se certos temas, observações e comentários aparecem e reaparecem em contextos variados, vindos de diferentes fontes e diferentes situações. Esses aspectos que aparecem com certa regularidade são a base para o primeiro agrupamento da informação em categorias. Os dados que não puderem ser agregados devem ser classificados em um grupo à parte para serem posteriormente examinados (Ludke e André ,1986, p. 43).

Guba e Lincoln (1981) apontam que as categorias devem ser exclusivas com as diferenças entre elas bem claras e se uma abranger um único conceito, todos os itens nesta devem ser homogêneos.

Para Josso (2004, p. 74) algumas dificuldades podem ser relatadas ao longo do processo do conhecimento que também podem ser relacionadas ao longo do processo de pesquisa.

1. A primeira reside na identificação da pessoa e suas ideias onde os participantes podem ficar ao longo de tempo sem saber como responder e explicar para eles mesmos a evolução das idéias ao longo da vida. Do mesmo modo, sentem-se desarmados para identificar os momentos, as circunstâncias, as pessoas que “provocaram” uma transformação na sua forma de pensar.

2. A segunda reside na aceitação da pluralidade de interpretações possíveis de um mesmo acontecimento ou situação.
3. A terceira exprime-se pela capacidade de observar as isomorfias entre a forma de se posicionar no trabalho biográfico e as atitudes e comportamentos ou maneiras de pensar referenciáveis na narrativa.
4. A quarta dificuldade apresenta-se sob a forma de um paradoxo. Os participantes dificilmente aceitam a ideia de que toda e qualquer interpretação é, em última instância, um juízo por designação de propriedades qualificadoras, o juízo de valor é estritamente reservado, para a quase totalidade das pessoas, ao domínio da conduta ética.
5. A quinta dificuldade é a aceitação de, na pesquisa, tal como na vida cotidiana, as pré-concepções serem colocadas em jogo. É a razão pela qual os participantes insistem longamente sobre as suas incertezas quanto ao ponto de vista que “deve” ser adotado na fase de interpretação das narrativas escritas.
6. A sexta e última dificuldade está relacionada com a ideia de hierarquia conceitual estruturante: entre visões do mundo, modelos teóricos adotados, formas de autoquestionamento e, finalmente, maneiras de agir e de se comportar.

Considerando os aspectos éticos e legais de trabalhos envolvendo seres humanos e respaldados pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e mais recentemente, a Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana existem alguns riscos quando da pesquisa e acompanhamento de casos tais como, quebra de sigilo e anonimato, ainda que involuntária e/ou intencional visto que o estudo envolve diversas atores como profissionais de saúde, população e familiares.

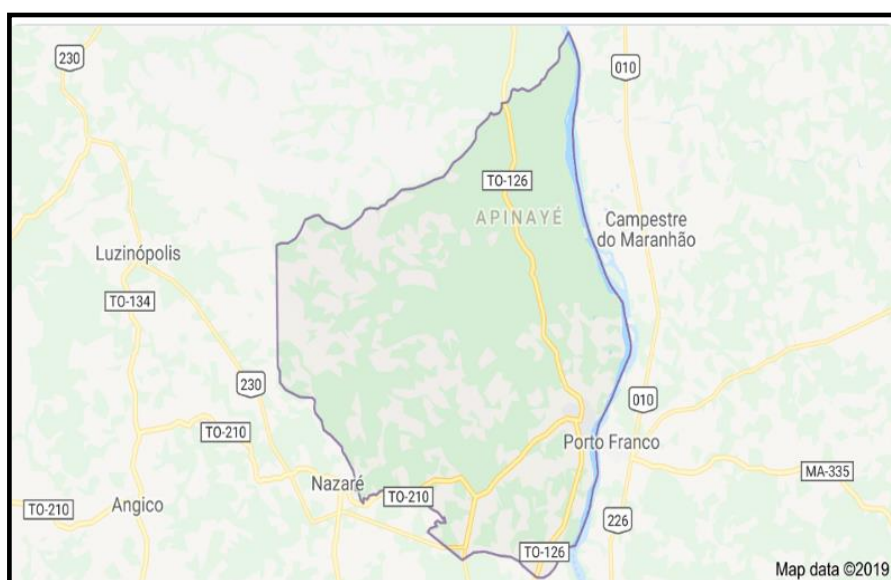
2.2 O *locus* e sujeitos da pesquisa

No ano de 1818, tendo partido de Pastos Bons (MA) uma bandeira com intuito de conquistar índios, dois de seus componentes, Antonio Faustino e Venâncio, que se dedicavam a lavoura, dela se desligaram, e, com suas famílias, fixaram residência à margem esquerda do rio Tocantins, a que, dada a sua altitude deram o nome de Boa Vista. Era uma região fertilíssima e possuidora de imensa quantidade de madeiras para construções, magníficos babaçuais e riquíssimas pastagens (IBGE, 2017).

Espalhada a notícia da fertilidade desse lugar, para ali foram quase todos os habitantes de Carolina (povoação fundada pelo bandeirante Antonio Moreira, localizada a uns 18 quilômetros de Boa Vista) tendo à frente D. Polônia com toda sua família, onde cada construiu sua própria casa em disposição de rua (IBGE, 2017).

Nessa mesma época para ali também se dirigiu Frei Francisco que viera catequizar os índios Apinajés, habitantes de uma aldeia próxima a Boa Vista (Figura 1). Encontrando estes moradores próximos à aldeia, e vendo que eles mantinham boas relações com os índios, ali se fixou e construiu uma capela, pedra fundamental da futura cidade (IBGE, 2017).

Figura 1. Indicando a área Apinayé no município de Tocantinópolis – TO



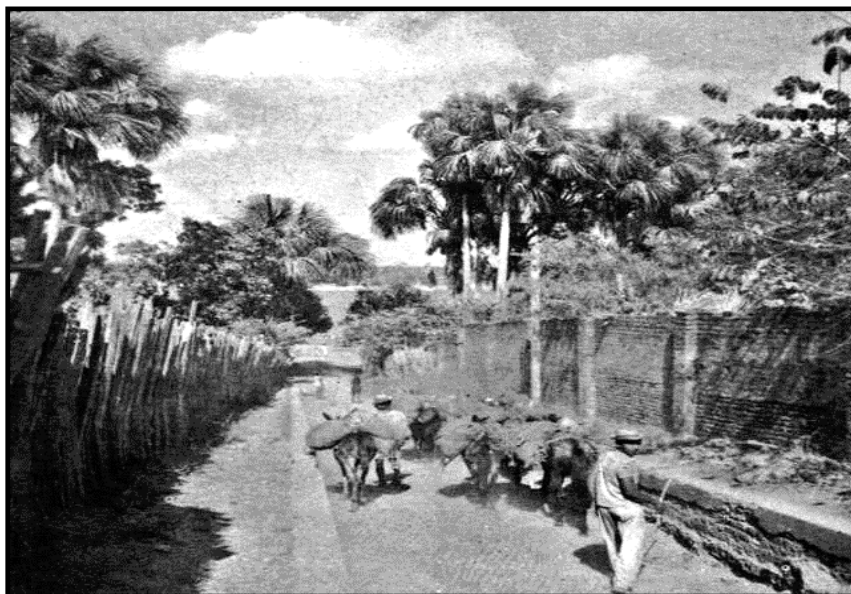
Fonte: Google, acesso em 08 de março de 2018.

Em 1897, fixou residência neste povoado o Padre João Lima que, por seus feitos se tornou tradicional. Não era ele somente o vigário que guiava o povo no que diz respeito à religião; mantinha também a população de tal modo enredada, que somente sua opinião deveria ser executada (IBGE, 2017).

Chegou ainda esse Padre a promover três revoluções, das quais a principal foi a última, no ano de 1936. Foi eleito nesse ano Manoel Gomes da Cunha. O padre João Lima por ser seu adversário político retirou-se para o interior do município onde organizou um grupo com duzentos homens armados, inclusive indígenas, e a dez de maio de 1936 entrou na cidade tomando a prefeitura após ter posto a correr todos os funcionários dessa repartição (IBGE, 2017).

A fama do padre João Lima ficou gravada no hino patriótico do município que denomina esse lugar de 'Terra do Padre João'. Com a valorização da amêndoa de babaçu (Figura 2), para ali imigraram muitas e muitas maranhenses, piauienses e cearenses, o que contribuiu para o progresso da cidade (IBGE, 2017).

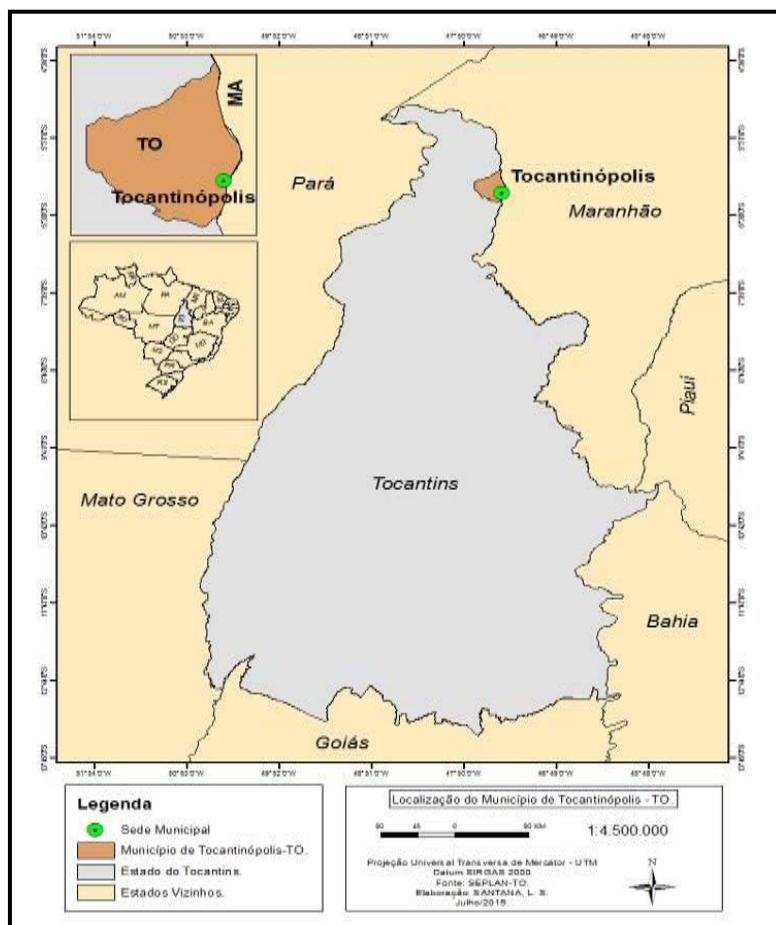
Figura 2. Fotografia representando os migrantes e presença do babaçu no município de Tocantinópolis – TO



Fonte: site do IBGE, acesso em 08 de março de 2018 .

Em 1943 o município que se chamava Boa Vista do Tocantins teve o seu nome substituído para o de Tocantinópolis. O Legislativo era formado por sete vereadores sendo o atual prefeito o senhor Francisco da Silva Queiroz.

Mapa 1. Localização geográfica do município de Tocantinópolis dentro do Estado do Tocantins



Fonte: Luan Santos Santana, Araguaína, 15/07/2019.

Localizada no extremo da Região Norte do Estado do Tocantins (Mapa 1) está o município de Tocantinópolis com uma população estimada em 22.619 habitantes, com uma área total de 1.077,073Km² (IBGE, 2010).

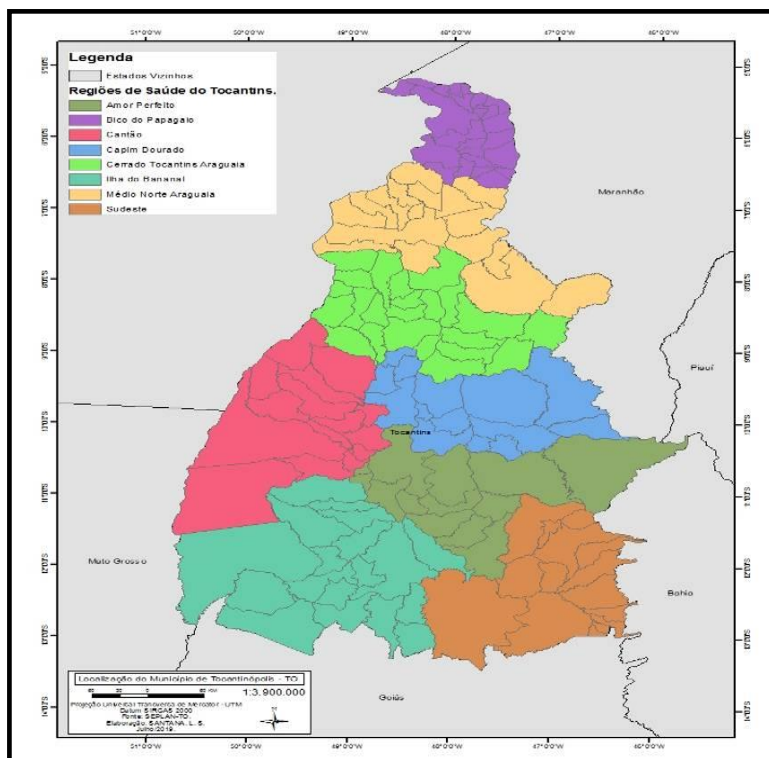
A cidade está localizada à margem esquerda do rio Tocantins numa altitude de 156,79 metros (Foto 1).

Foto 1. Localização do município de Tocantinópolis – TO às margens do rio Tocantins



Fonte: arquivos do site Tocnotícias, acesso em 04/10/2018.

Atualmente o Estado do Tocantins está dividido em 08 (oito) Regiões de Saúde, onde o município de Tocantinópolis fica localizado na Região de Augustinópolis formada por cerca de 24 municípios no extremo norte a qual é denominada de Região de Saúde Bico do Papagaio (Mapa 2).



Mapa 2. Divisão do Estado em Regiões de Saúde

Fonte: Luan Santos Santana, Araguaína, 02/07/2019.

Apresenta 5.2% de domicílios com esgotamento sanitário adequado ocupando a 106 posição entre os 139 municípios do Estado, 67.9% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização (Foto 2) o que corresponde a 94 posição entre os municípios do Estado e 2.9% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização (Foto 3) adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio) onde ocupa a 14 posição do Estado.

No que se refere a esses indicadores, quando comparado a outras cidades do Brasil, Tocantinópolis ocupa a posição 4786 de 5570 municípios com esgotamento sanitário adequado, 3234 de 5570 municípios com domicílios urbanos com vias públicas arborizadas e 3878 de 5570 municípios com domicílios urbanos com urbanização adequada, respectivamente (IBGE, 2010).

Foto 2. Vista aérea de Tocantinópolis apresentando vias públicas com arborização



Fonte: arquivos do site Tocnotícias, acesso em 04/10/2018.

Quanto a coleta de lixo, é realizada pela própria prefeitura que possui efetivo e maquinários próprios. Não existe na cidade um local adequado para o descarte de lixo, sendo comum a prática da queimada pelos moradores, em especial os que têm moradia periurbana.

Foto 3. Vista aérea de Tocantinópolis – TO apresentando vias públicas com urbanização (calçadas, meio fios)



Fonte: arquivos do site Tocnotícias, acesso em 04/10/2018.

O percurso deste trabalho teve como primeiro passo a realização da revisão de estudos, que nos abriu um campo de possibilidades para o prosseguimento do trabalho, sobre os conceitos envolvidos na construção do campo “saúde pública e a transmissão de doenças vetoriais”, seguido de levantamento de dados, análise de documentos e observação em campo. Estudou-se documentos como o Plano de Ação para Intensificação da Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral (PAIVCLV), elaborado pela equipe de vigilância epidemiológica do município, de dados dos casos notificados no Sistema Nacional de Notificação (SINAN).

Foram utilizados instrumentos para a coleta de dados como diários de campo, gravador e câmera fotográfica.

As conversas foram previamente marcadas e pactuadas com os gestores, agentes de saúde e comunidade nos ambientes de trabalho e/ou onde seja mais confortável e conveniente para os participantes. Foi utilizado somente o áudio das conversas, o registro de imagens somente dos ambientes, não sendo utilizado nenhum meio para identificação dos espaços e participantes.

Durante o trabalho de campo nos deslocamos até os agentes de saúde e indivíduos expostos a LVH para conversa com os mesmos, salientando a importância de cada história de vida para a pesquisa. A apresentação sempre foi o mais simples possível com o intuito inicial e prioritário de conquistar a confiança de cada entrevistado/a.

Respondendo às expectativas iniciais, nenhum dos participantes abordados se recusou a participar da pesquisa e as conversas com estes se deu nas suas residências. Após a abordagem, foi lido o Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE (Apêndices A e B) deixando o mais claro possível o objetivo da pesquisa, do que se tratava e a importância da contribuição tanto para o resultado final da pesquisa quanto para a melhoria da qualidade de vida da população em relação a possibilidade de entender como se dá a expansão da LVH na cidade.

As entrevistas com os agentes de saúde ocorreram a partir de visitas em vários setores da cidade como: na secretaria municipal de Saúde de Tocantinópolis – TO, em 02 Unidades Básicas de Saúde (UBS) – Policlínica localizada no setor Alto da Boa Vista e UBS do Bairro Alto Bonito, locais com os maiores índices de LVH.

Foram entrevistados 09 agentes de saúde dentre: coordenadores de Atenção Básica, coordenador de epidemiologia, agentes de endemias, agentes da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) responsável pela coleta e eutanásia dos animais, agentes comunitários de saúde e moradores dos Bairros Alto da Boa Vista e Alto Bonito que foram infectados pela LVH no município de Tocantinópolis – TO. Após obter a sua atenção, estes foram informados da pesquisa sobre a LVH e solicitado a contribuição com os relatos de seu dia-a-dia, contato com a comunidade, dentre outras informações em função de algumas questões pertinentes. Todos os agentes de saúde abordados contribuíram com as informações solicitadas.

As fotos foram obtidas nos bancos de dados dos sites de notícias do município (Tocnotícias), IBGE, Google Earth e de natureza própria.

Os dados e cartografia do município de Tocantinópolis – TO foram cedidos pela Secretaria Municipal de Saúde para a produção do mapa da distribuição dos casos de LVH na cidade, à qual foram realizadas correções a partir da imagem de satélite do Google Earth sempre que necessário. Os mapas foram produzidos por Luan Santos Santana, geógrafo usando instrumentos tecnológico como Google Earth e ArcGis.

Os dados populacionais foram obtidos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) com base em estimativas populacionais da população do município para o ano intercensitário de 2018 (IBGE, 2010).

Para os dados relativos à caracterização da epidemia de Leishmaniose Visceral Humana no Brasil, Estado e município de Tocantinópolis estes foram coletados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde, artigos, teses e outros. O banco de dados com os casos de LVH municipal foi obtido na secretaria municipal de saúde de Tocantinópolis.

Foram propostas categorias de análise dentro do terceiro e quarto capítulo desse trabalho com diferentes abordagens e correlações (Quadro 1).

Quadro 1. Categorias de análise

PADRÕES CULTURAIS	ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA SAÚDE	ESTRUTURA DE SENTIDO/SENTIMENTOS
Moradia, saneamento e higiene pessoal	Planejamento e desenvolvimento de Ações	O Adoecer
Relação homem x natureza: Animais domésticos e pássaros	Unidades de saúde x Acesso aos serviços	Agir comunicativo como prática de saúde

Finalizando com a análise de conteúdo dos documentos e fala dos participantes da pesquisa foi realizada uma triangulação das categorias de análise cujo objetivo é apresentar a epidemia de Leishmaniose Visceral

Humana em Tocantinópolis – TO num diálogo entre as perspectivas de território, cultura da saúde e mundo da vida, no intuito de explorarmos as ligações existentes entre os vários itens, buscando estabelecer relações e associações, combinando, separando e/ou reorganizando os dados obtidos.

Atendendo aos aspectos éticos da pesquisa, o projeto da dissertação foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Tocantins – Campus de Palmas, CAAE 08269219.2.0000.5519 a qual obteve o parecer aprovado de número 3.390.920 após correções, conforme Anexo B deste trabalho.

CAPÍTULO III – MODOS DE VIDA DA POPULAÇÃO ATINGIDA PELA EPIDEMIA DA LEISHMANIOSE VISCERAL HUMANA EM TOCANTINÓPOLIS-TO

Rocha & David (2015, p. 2) consideram que a Epidemiologia faz uso de um raciocínio predominantemente indutivo, “(...) que resulta em inferências aplicáveis a outras populações expostas às mesmas condições”. Já na Clínica “não considera a historicidade dos fatos sociais, pressupondo a existência de padrões universais de saúde-doença”. Ainda para Rocha & David (2015, p.131):

Estas abordagens concordam que os fatores econômicos (renda, emprego e organização da produção) podem interferir positiva ou negativamente na saúde de grupos populacionais; que os ambientes de convivência e de trabalho podem gerar efeitos mais ou menos lesivos à saúde das pessoas; e que a cultura e os valores também podem interferir ampliando ou restringindo as possibilidades de saúde das pessoas, pelo valor que se atribui à vida, reconhecimento de cidadania, concepção de saúde, e forma como cada povo lida com as diferenças de gênero, de etnia e até mesmo econômicas.

Dessa maneira, os lugares se diferenciam como resultado do arranjo espacial do modo de produção. Tanto as regiões quanto os Estados e municípios passam a agregar desigualdades sociais significativas, expresso em diferentes indicadores de educação, trabalho, rendimento, saúde, saneamento básico. Com isso, o desafio é considerar as diferentes realidades dos municípios brasileiros para o processo de implantação das políticas sociais, que na atualidade vem se apropriando da dimensão territorial.

Em termos gerais, o processo saúde-doença é determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento, apropriação que se realiza por meio de processo de trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção (ROCHA & DAVID, 2015). Segundo Haesbaert (2007, p. 42):

O território, como espaço dominado e/ou apropriado, manifesta hoje um sentido multi-escalar e multidimensional que só pode ser devidamente apreendido dentro de uma concepção de multiplicidade, tanto no sentido da convivência de "múltiplos" (tipos) de território quanto da construção efetiva da multiterritorialidade. Toda ação que se pretenda efetivamente transformadora, hoje, necessita, obrigatoriamente, encarar esta questão: ou se trabalha com a multiplicidade de nossas territorializações, ou não se alcançará a transformação que almejamos.

O conceito território está vinculado ao modo como as pessoas utilizam a terra, se organizam no espaço e como dão significado ao lugar. Daí a importância de considerar a dinâmica, a heterogeneidade, as relações, as histórias e o movimento de uma localidade específica no processo de elaboração de políticas sociais. Para relacionar-se com e no território é necessário ter noção e domínio de sua complexidade uma vez que o território é ocupado por uma população heterogênea, formada por atores sociais muitas vezes antagônicos, mas que “obriga todo mundo a viver junto e, conseqüentemente, a discutir todos os dias o seu futuro” (SCARCELLI, 2011, p. 65)

Com isso, o território se torna um terreno clássico de lutas políticas e urbanas. Conhecer essa realidade e apreender os jogos de interesses e disputas, assim como os limites e potencialidades permite que ele se torne ponto de partida e não de chegada ao processo de elaboração de políticas sociais. Tratar a dimensão territorial enquanto o espaço vivido, reconhecer e valorizar as particularidades locais, os anseios e as necessidades da população significam permitir a democratização das informações e o exercício da cidadania com aprimoramento de políticas diferenciadas para questões específicas de suas populações.

Os próximos subitens abordam alguns padrões culturais identificados dentro de contextos como moradia, saneamento, higiene e nas relações entre homem e natureza com a presença e criação de animais domésticos que propiciam a urbanização da LVH em Tocantinópolis – TO.

3.1 Padrões de Moradia, saneamento e higiene

As maiores preocupações da ciência no limiar do século XXI estão relacionadas com as condições da existência humana, uma vez que a atual configuração de “um mundo em rede” (FARIA & BORTOLOZZI, 2009) possibilitou a globalização da natureza, acompanhada pela globalização dos problemas ambientais e conseqüente globalização da saúde. Ainda que as conseqüências desse processo sejam distribuídas desigualmente nas diversas regiões do mundo, essas questões começam a preocupar os países desenvolvidos, já que “a natureza não reconhece as fronteiras territoriais e tornou possíveis os fluxos de vírus e bactérias, que podem se alastrar rapidamente nas diversas regiões do globo e produzir grandes epidemias” (FARIA & BORTOLOZZI, 2009, p.5).

Nessa ótica, tornou-se impossível pensar em saúde coletiva e saúde ambiental separadamente, visto a necessidade de aliarmos promoção e prevenção:

(...) num processo de ressignificação da relação homem-ambiente, retornando à concepção do homem como um dos elementos da própria natureza, e não como uma entidade superior que deva dominá-la para fins mercantis e de ganhos financeiros (MACHADO E RAMOS, 2010, p.1).

Em pleno final de século, persistem ou ressurgem doenças como malária, leptospirose, doença de Chagas, todas estreitamente relacionadas com a forma predatória de intervenção do homem sobre o ambiente. Além de afetar vastas regiões do interior do país, as doenças típicas do passado e do subdesenvolvimento também ressurgem nos contextos modernos, como ocorreu com a urbanização das leishmanioses.

Aliada aos problemas ambientais, as epidemias têm como fatores determinantes de transmissão os insetos chamados de vetores que agem

como intermediários no processo de adoecimento. Diversos países no mundo, aqui inserido o Brasil, vivenciam uma realidade em que as doenças de transmissão vetorial, abordada especificamente a Leishmaniose Visceral Humana (LVH), tem tido grande reincidência, estão em franca expansão geográfica principalmente nas regiões Norte e Nordeste do país, cujo bioma principal é o Cerrado.

Essa expansão geográfica e do agronegócio gera uma devastação e como consequência um desequilíbrio ambiental, visto que os animais e insetos perdem o seu habitat, se refugiam nas cidades, se abrigando nas moradias às quais encontram abundante fonte de alimentação no sangue dos animais domésticos e das pessoas no caso dos insetos.

São fatores condicionantes dessas epidemias a expansão agropecuária nas áreas de Cerrado, o processo imigratório, a ocupação de encostas e aglomerados semi-urbanizados na periferia dos centros urbanos; desmatamentos em áreas florestais, além do processo predatório de colonização (Foto 4A, 4B, 4C e 4D), aliados a outros aspectos de cunho social e cultural, como crenças, modo de vida, costumes, etc.

Foto 4A, 4B, 4C e 4D. Conjunto de fotos com vista aérea mostrando a presença de espaços com expansão agropecuária (4^a), a ocupação de encostas e aglomerados semi-urbanizados na periferia dos centros urbanos (4B); desmatamentos em áreas florestais (4C), além do processo predatório de colonização (4D) em Tocantinópolis – TO



Fonte: Elianôra G. de Carvalho, em 04/10/2018.

Segundo Silva (2013, p. 22) “a Leishmaniose Visceral (LV) além de apresentar-se em processo de expansão geográfica, encontra-se também em processo de urbanização, onde a incidência canina e humana tem aumentado ao longo dos anos”. Atualmente considerada como uma doença reemergente, a Leishmaniose Visceral – LV, tanto canina quanto humana, encontra-se em expansão no Brasil, sendo endêmica em 12 países nas Américas.

No período de 2001 a 2014 foram registrados um total de 48.720 casos de leishmaniose visceral e média anual de 3.480 casos, sendo que 96,42% (46.976) estão concentrados no Brasil (OPAS, 2016; SILVA, 2013). Segundo o

Ministério da Saúde a região Norte do país apresentou a segunda maior incidência da doença em 2015 com 2,7 casos/100.000 habitantes ano em que o Tocantins apresentou a maior incidência com 12,2/100.000 habitantes, respectivamente (BRASIL, 2017; SILVA, 2013) caracterizando uma epidemia visto que a Organização Mundial de Saúde preconiza 1,0 caso/100.000 habitantes.

Vários fatores epidemiológicos são citados para justificar o aumento da incidência dos sorotipos, os riscos de infecção e transmissão da LVH, sendo: ambientais, sociais e culturais – às quais são necessários instrumentos e metodologias eficazes para a vigilância e monitoramento de cada fator de risco.

Consideramos pertinente trazer para essa discussão o conceito de territorialização como processo “de habitar e vivenciar um território; uma técnica e um método de obtenção e análise de informações sobre as condições de vida e saúde de populações; um instrumento para se entender os contextos de uso do território em todos os níveis das atividades humanas (econômicos, sociais, culturais, políticos etc.)” (GONDIM & MONKEN, 2008, p. 397), tornando o “território como uma categoria de análise social” (Souza, 2004, p. 70).

A maior parte dos estudos relacionados a LVH destaca fatores de risco como convivência com animais domésticos, tais como galinhas e cães, proximidade de áreas florestais, higiene e limpeza, o desmatamento acentuado e a ocupação das matas residuais e encostas nos centros urbanos (SILVA, 2013), o aumento do número de vetor, condições socioeconômicas da população afetada, não associando aspectos como concentração de pessoas e características domésticas como material de construção dos domicílios, pisos, paredes de palha (Foto 5), comportamento humano, dentre outros. Para Silva (2013, p. 23):

Apesar das baixas taxas de fecundidade, a população brasileira vai continuar crescendo nas próximas décadas o que tem implicado em uma transição demográfica acelerada, resultando numa expressiva transição epidemiológica. [...] Faz-se necessária uma abordagem mais ampla para que se tenha a

compreensão do processo de transição e consolidação da tripla carga de doença estabelecida e enfrentada na Atenção Básica.

Foto 5. Moradias de adobe e palha no setor Sol Nascente no município de Tocantinópolis – TO.



Fonte: Elianôra G. de Carvalho, em 04/10/2018.

As moradias no setor Sol Nascente em Tocantinópolis – TO são de adobe e palha (Foto 5), a maioria com terreno delimitado por cercas de madeira, pisos de terra batida, geralmente com mais de um morador que frequentemente e em várias das moradias reveza a estadia com familiares. O bairro Alto Bonito foi um dos primeiros a receber asfalto, energia elétrica e água encanada, bem como, casas com estrutura em tijolos e telhas com pisos de cimento queimado ou cerâmica. Para Thompson (2004, p. 184):

Interpretar os dados sobre o meio urbano não é uma tarefa mais simples. No final do século 18, havia muitos trabalhadores agrícolas que viviam com suas famílias em habitações de um único cômodo, úmidas e abaixo do nível do solo. Estas condições tornaram-se mais raras, cinquenta anos depois. Apesar de tudo o que se pode dizer sobre a falta de planejamento das novas construções ordinárias e a especulação nas cidades industriais em expansão, as casas eram melhores do que as conhecidas pelos imigrantes do campo.

Os contrastes são grandes quanto às moradias nos bairros estudados (Fotos 5 e 6), embora a alta taxa de arborização seja característica dos bairros mais afetados pelos casos de LVH. No setor Sol Nascente o saneamento ainda é inexistente, e embora no bairro Alto Bonito as condições de moradia sejam melhores também não possui saneamento adequado.

Thompson (2004, p. 185) concorda que “a deterioração do ambiente urbano é uma das mais desastrosas consequências da Revolução Industrial, sob vários pontos de vista: a estética, as comodidades da população, o saneamento e a densidade demográfica”.

Quanto às condições socioeconômicas, se percebe pelo relato de AS3 (2019) que no setor Sol Nascente as famílias que ali estão já tem moradias em setores já estruturados, com posto de saúde, escolas, igrejas, praças, dentre outros. Entretanto, abandonam suas casas em busca de lotes, nem sempre para si mas para outros membros da família.

O povo de lá, tem muita gente que tem casa aqui na cidade que vem invadir lá pra poder ganhar uma casa. É pro filho, pra filha. Sabe como é invasão: o povo entra e logo, logo ta tudo povoado né?! Eu conheço uns aqui na área que eu visito, conheço uns que largou a casa e colocou o irmão para morar e foram invadir. (AS3, 2019)

Não muito diferente das condições em que se encontrava a população à época da Revolução Industrial, se encontra a população hoje moradora do setor Sol Nascente. A precariedade das moradias, a degradação do ambiente, o acúmulo de lixo, falta de água encanada são condições gerais do setor. Sobre a água encanada, que os moradores buscam na única bica existente no local, temos o seguinte relato:

Tem não! Aqui nois puxa água nos mangueiro! Dá briga pra poder puxar água pra cá. Dá briga!! (M4, 2019)

Segundo Thompson (2004) p. 185):

Além disso, as condições gerais nas grandes cidades pareciam (e eram, efetivamente) mais repugnantes e inconvenientes. Nas vilas, a água de um poço próximo ao cemitério podia ser impura, mas, pelo menos, seus habitantes não tinham de se levantar à noite para entrar numa fila diante da única bica que servia a várias ruas, nem tinham de pagar por ela.

O estudo empírico do processo saúde-doença “permite descrever as condições de saúde de um grupo relacionadas às condições sociais deste, evidenciando a problemática de forma mais abrangente do que a mera descrição biológica das condições de saúde, fato que influencia, diretamente, na prática sanitária” (ROCHA E DAVID, 2015, p. 3).

Práticas ainda comuns e características da zona rural, como o acúmulo de lixo (Foto 6) e queimadas (Foto 7), ainda são predominantes em várias cidades, hábito este que deveria ser repensado em vista da configuração e organização social adotada nos espaços urbanos, levando a necessidade de novos modos de agir, pensar e se relacionar.

Foto 6. Acúmulo de lixo no setor Sol Nascente (6A) e entulhos e sujeira deixados pela população na Rua Costa e Silva no Bairro Alto Bonito (6B), em Tocantinópolis – TO



Fonte: Elianôra G. de Carvalho, 04/10/2018

O acúmulo de lixo aparece tanto no setor Sol Nascente (Foto 6A), quanto no bairro Alto Bonito (Foto 6B). Apesar de a prefeitura realizar coleta do

lixo, prevalece uma quantidade de dejetos e resíduos sólidos gerados pela grande quantidade de árvores no bairro Alto Bonito, desmatamento no setor Morada do Sol.

As queimadas aparentemente são frequentes e acontecem como forma da população eliminar o lixo gerado pelo consumo e pelo desmatamento. Essas práticas eliminam os habitats do vetor que vai se abrigar nas moradias. Conhecer os hábitos dos mosquitos transmissores da LVH pode ser um trunfo no desenvolvimento de estratégias de combate a esse vetor, como armadilhas ou outros elementos para manter os mosquitos fora das residências. Para Junior et al (2016, p. 1):

O impacto do desmatamento sobre a saúde humana pode ser considerado uma lacuna de conhecimento e atuação dentro do cenário ambiental e sanitário no Brasil. Diversos estudos nacionais e internacionais sugerem que a incidência de doenças pode aumentar localmente com a derrubada das florestas. Esse seria assim um dos menos conhecidos – e ao mesmo tempo um dos mais graves – efeitos da atividade.

Se considerarmos o domínio do fogo tanto um fenômeno humano quanto sociocultural, as queimadas no meio urbano se traduz como um aspecto a ser considerado nas práticas em saúde. Para Geertz (1998) “os atores sociais, de acordo com as circunstâncias geográficas e históricas em que vivem, desenvolvem formas de saber local, que constituem um repertório específico de práticas e instituições sociais ligadas às suas necessidade pragmáticas”. Assim, o conceito de cultura de Geertz pode explicar porquê os indivíduos promovem queimadas em localidades urbanas, visto que essa prática se traduz como um modo de vida rural e que não é condizente com o modo de vida urbano; tem residências com grandes espaços e muita arborização, bem como, mantêm animais domesticados dentro das moradias.

Um estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) analisou a relação entre desmatamento e diversas doenças de notificação compulsória,

dentre elas a LV cujos resultados mostraram um efeito significativo do desmatamento no aumento de casos de leishmaniose de 1% de área desmatada para um aumento de 8% a 9% evidenciando que existe um custo para a saúde que deve ser levado em conta na elaboração de políticas públicas (JUNIOR et al, 2016). Esse resultado é mais significativo na região Norte onde os efeitos advindos da vulnerabilidade social podem ampliar os desequilíbrios ambientais. Para Junior et al (2016) “ações de prevenção dessas doenças podem ocorrer de maneira conjunta com ações de fiscalização ambiental, levando em consideração a distribuição espacial do desmatamento e sua evolução.

Foto 7. Queimadas de lixo em lote baldio no setor Sol Nascente em Tocantinópolis – TO



Fonte: Elianôra G. de Carvalho, 04/10/2018

Para Silva (2013, p. 23) “outra prática comum é a permanência de árvores frutíferas nas proximidades das residências (Foto 8) sem os devidos tratamentos culturais, que criam condições propícias para a reprodução dos flebotomíneos, ou seja, área sombreada, solo úmido e com matéria orgânica” (Foto 8), a falta de limpeza das ruas (Foto 6), o grande número de lotes com densa cobertura vegetal (Foto 9), os quintais ainda com matas residuais (Foto 10).

Foto 8. Frutas em putrefação dispersas na rua acumulando mosquitos no bairro Alto Bonito em Tocantinópolis – TO



Fonte: Elianôra G. de Carvalho, em 04/10/2018.

As praças no município de Tocantinópolis – TO no geral são bastante arborizadas e possuem muitas árvores frutíferas, em especial, mangas que no período de produção deixam esses locais com bastante matéria orgânica, visto que a população não reaproveita esses alimentos. Como a fêmea do mosquito deposita os ovos em matéria orgânica e lixo (Foto 8). Por isso, as condições higiênicas no entorno fazem diferença.

A doença é passada pelo mosquito palha, que se reproduz em local sombrio, com muita umidade e matéria orgânica em decomposição (Foto 9), como por exemplo, naquelas frutas que ficam caídas nas praças (Foto 8) e o morador ou o poder público não limpa.

Que lá é tipo um sítio... não sei se você já foi lá. Que tem a coisa propícia: um bananal, muita mata, muita sobra, aqueles resto de alimento que cai da pia que solta que aquilo é também propício pra eles. (AS4, 2019)

Tem um bananal. Aquele quintal deles é muito sujo! Como é que se diz... cheio de lata suja(...) tipo ferro velho! (AS2, 2019)

Ali é porque é sujo mesmo. Tinha até um chiqueiro. (AS2, 2019)

Fotos 9. Lotes com por mato em áreas periurbanas propiciando habitat para os mosquitos (9A), quintal com matas residuais, que propiciam umidade, sombra e matéria orgânica em decomposição (9B), bananal no quintal de residência (9C) no bairro Alto Bonito em Tocantinópolis – TO



Fonte: Elianôra G. de Carvalho, em 04/10/2018.

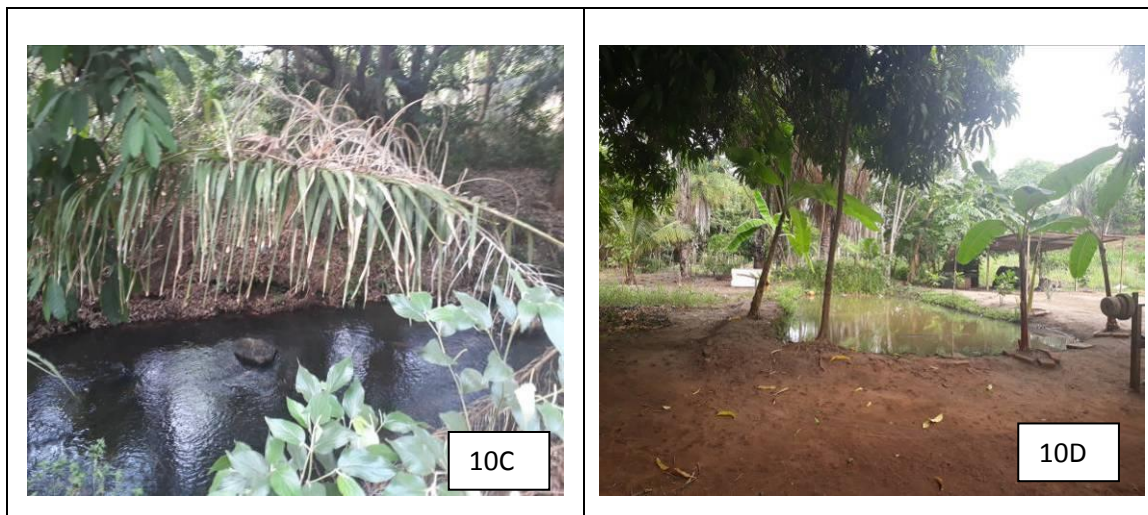
Por ser um município localizado às margens de um rio e possuir inúmeros córregos de variados tamanhos, este tem as condições ideais de umidade para a reprodução do mosquito, ainda condiciona uma forte interação entre disponibilidade de matéria orgânica e hospedeiro. Embora no bairro Alto Bonito não tenha nenhum córrego, no período chuvoso a água escorre pelas ruas e desce nos fundos de residências que acabam formando uma represa devido a alta quantidade de dejetos, lixo e matéria orgânica acumulada no local (Foto 10A).

Realmente a gente sofre. Que o nosso lote aqui não é muito agradável! Que o lado da minha casa aqui é um rio e recebe toda a água da rua toda vem pra cá. Água e lixo! Ali realmente é feito um buraco lá na frente que é pra receber essa água. Inclusive é muita água demais da conta! Tem uma grota muito feia! (M1, 2019)

Já o setor Alto da Boa Vista possui um córrego e nascente que passa pelo quintal de algumas residências (Foto 10C), condicionando uma alta taxa de umidade o ano todo por ser totalmente sombreado. A água que mina da nascente é represada (10B) e em alguns locais ainda propicia condições de manter um tanque de peixe (10D).

Foto 10. Local por onde passa um córrego na época de chuva no quintal de residência no Bairro Alto Bonito (10A), córrego represado em residência no Alto da Boa Vista (10B), córrego que corta residência no Alto da Boa Vista (10C) e tanque de peixe em residência no Alto da Boa Vista (10D) em Tocantinópolis – TO





Fonte: Elianôra G. de Carvalho, em 04/10/2018.

As condições de saneamento são fatores que atingem diretamente a população, condicionando o surgimento de doenças as mais diversas possíveis. No setor Sol Nascente não possui nenhuma condição de infraestrutura, como calçamento, esgoto, fossas sanitárias (Foto 11) e água encanada.

Foto 11. Banheiro na casa de um morador do Setor Sol Nascente em Tocantinópolis –TO



Fonte: Elianôra G. de Carvalho, 04/10/2018

No setor Sol Nascente os banheiros são feitos de lona e bambus retirados da derrubada das árvores para abertura dos lotes, sem nenhum tipo

de cobertura ficando a céu aberto; está a uma certa distância das casas o que em períodos de chuva pode dificultar o deslocamento do morador e propicia condições inseguras, tanto de ataque de animais peçonhentos quanto de outras pessoas durante a noite. A fossa séptica é um buraco feito pelos próprios moradores, sem nenhuma barreira que impeça a contaminação de lençol freático. Para Thompson (2004, p. 189):

Certamente uma taxa de crescimento populacional sem precedentes e a concentração nas áreas industriais criariam sérios problemas em qualquer sociedade, mas, principalmente numa que se fundamentasse na obtenção de lucro e na hostilidade ao planejamento. Podemos considerá-las como problemas inerentes à industrialização, agravadas pela tendência predatória do *laissez-faire* capitalista. Contudo, mesmo que os problemas estejam bem delimitados, as explicações não representam mais do que diferentes formas de descrever ou interpretar os mesmos acontecimentos.

A organização dos saberes e das vivências dos indivíduos e a forma de organização desses fatores é essencial para o planejamento, o fortalecimento de ações de promoção da saúde humana e ambiental. Nessa perspectiva a “promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas” (PNPS, 2010, p.12).

3.2 Padrão da relação homem x natureza: Animais domésticos e pássaros

A forma como as pessoas percebem o risco é ressaltada de acordo com as condições reais de vida em interação com seu meio social, ambiental e

territorial que insere valores essenciais sociais e pessoais como tradições, crenças, hábitos.

De acordo com Silva (2013b, p. 23) “os hábitos simples da população como a criação de alguns animais nos quintais como cães, galinhas, [...] soltos pelas ruas das cidades, são fonte permanente de repasto sanguíneo dos insetos transmissores de doenças”.

Tem um cachorro lá. (AS2, 2019)
Tira um e já bota outro. (M4, 2019)
A mulher foi lá e trouxe outro de Parauapebas. (AS2, 2019)
Tem casa Elionora que tem até 10 cachorro. (AS2, 2019)

Comprovadamente e com reconhecimento do ponto de vista epidemiológico, além dos cães domésticos, apenas as raposas e os marsupiais (como o gambá) podem adoecer de LV. Todavia, é importante ressaltar que os flebotomíneos se alimentam de muitos outros animais, embora esses não adoeçam de LV. Isso, pois, permite a sobrevivência do inseto em ambientes não cuidados e, portanto, a manutenção do ciclo de transmissão da LV mesmo em locais em que não existam cães ou raposas (tais como galináceos, bovinos, equídeos, pequenos ruminantes e suínos).

Aqui é preciso se mexer muito pra dar conta desses galinheiros. (AS2, 2019)

Estudos apontam que espécies de raposas foram encontradas naturalmente infectadas no Ceará, no Pará e em Minas Gerais e em marsupiais nos Estados da Bahia e no Rio de Janeiro. Segundo Gontijo & Melo (2004, p.

344) “o fato destes animais possuírem hábitos sinantrópicos¹ poderia promover a ligação entre os ciclos silvestre e doméstico”.

No ambiente doméstico, o cão é considerado um importante hospedeiro e fonte de infecção para os vetores, sendo um dos alvos nas estratégias de controle. Entretanto, para se determinar o papel destes animais na manutenção da transmissão da LV, são necessários maiores estudos.

O povo acha sempre que o coitadinho do cachorro é que tá transmitindo. (M5, 2019)

Acaba centralizando a culpa somente no cão. (M2, 2019)

O fato é que para a população parece não haver outros hospedeiros e que o cão é o transmissor direto da LVH conforme relatos. De acordo com Lima & Grisotti (2018, p. 1261):

No contexto das zoonoses, a premissa de que o cão é considerado pelos órgãos de saúde pública como um dos componentes da complexa cadeia de transmissão das leishmanioses (sendo recomendada sua eutanásia e, a partir de 2016, o tratamento com medicação específica se os cães forem diagnosticados com essa enfermidade), está permeada de conflitos, especialmente devido ao espaço que tais animais gradativamente ocupam na vida dos seres humanos, sendo até considerados como substitutos de filhos e constituindo o que vem sendo denominado de “família multiespécie”.

¹ Animais sinantrópicos são aqueles que se adaptaram a viver junto ao homem, a despeito da vontade deste. Diferem dos animais domésticos, os quais o homem cria e cuida com as finalidades de companhia (cães, gatos, pássaros, entre outros), produção de alimentos ou transporte (galinha, boi, cavalo, porcos, entre outros).

Os animais sinantrópicos, como todo ser vivo, necessitam de três fatores para sua sobrevivência: água, alimento e abrigo. A água não é fator limitante no nosso meio, mas podemos interferir nos outros dois fatores – alimento e abrigo – de modo que espécies indesejáveis não se instalem ao nosso redor.

Para tanto, é necessário conhecermos o que serve de alimento e abrigo para cada espécie que se pretende controlar e adotarmos as medidas preventivas, de forma a alcançar esse controle, mantendo os ambientes que frequentamos mais saudáveis e evitando o uso de produtos químicos (os quais poderão eliminar não somente espécies indesejáveis, como também espécies benéficas, além de contaminar a água e o solo), que por si só não evitarão novas infestações.

Segundo Castro et al (2016, p. 99) "a relação entre os seres humanos e o seu território faz dos costumes ou usos tradicionais uma cultura profundamente enraizada no solo. Tem assim uma identidade profunda entre o homem (a doença) e o cachorro (território), e deste modo, com os fundamentos bastante fortes da ideologia territorial". Esta articulação com o reservatório canino, que fixa o sentimento dos seres humanos, é um "território mágico", e tem repercussões sociais importantes.

A apropriação desse território, neste caso, representa mais que a propriedade, ou mais exatamente, a identificação entre os seres humanos com esse espaço, faz com que os indivíduos tenham uma ligação afetiva com esse ser vivo que não é seu pelo sangue (BONNEMAISON, 1980). De acordo com Castro et al (2016, p. 100):

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

A presença de animais domésticos ainda é muito comum nas cidades de médio e pequeno porte do Estado do Tocantins, como por exemplo, Tocantinópolis – TO, pois bem poucas têm leis sanitárias próprias que inibem a criação desses animais aliada ao hábito das pessoas criarem esses animais para alimentação - no caso das galinhas, proteção ou mesmo devido a crenças - no caso dos cães (Foto 12).

Foto 12. Presença de animais domésticos como: galinhas (12A e 12D) e cães (12B), patos (12C) nas ruas e quintais do Bairro Alto Bonito e Alto da Boa Vista em Tocantinópolis – TO



Fonte: Elianôra G. de Carvalho, em 04/10/2018.

Para Castro et al (2016, p. 100):

A humanização no trato com os animais de estimação surge como um grave problema de saúde pública e impasse jurídico, tendo em vista que o possível, porém, ilegal, tratamento de animais doentes tem motivado muitos proprietários a remover seus animais para outros ambientes, às vezes, não endêmicos para a doença, além do grande volume de ações judiciais em prol da preservação e do tratamento de animais infectados.

Esse processo de humanização assume para alguns autores um caráter de antropomorfização na sociedade. Para outros, esse fenômeno se caracteriza como “a humanização do animal”, onde o animal passa a ser visto como um membro da família, com diversas funcionalidades, dentre elas a de guarda da casa e da família, de companhia e outras.

Eu bato na porta lá mas é com cuidado. (AS2, 2019)
Ele serve pra todo lado com nós. Quando chegava gente ele latia. E ele não era nem grande. (M5, 2019)
Tem outra coisa interessante: até a vizinha que antes achava ruim o cachorro, hoje assim... apesar de quando ele ta solto ele não permite entrar aqui em casa, ele avança mesmo em quem entra mas ele protege a vizinhança. (M2, 2019)

Diante disso, podemos pensar na necessidade de “redefinição de condutas e atuações” dos profissionais que lidam com a interface homem-animal, visto que “se pode pensar em um cruzamento entre humanidade e animalidade como estados do ser”, e nisso, não se pode garantir que “as abordagens do campo das humanidades sejam as únicas apropriadas à compreensão das questões referentes aos seres humanos, e nem que as vidas e os universos dos animais não humanos sejam totalmente esgotados pelo paradigma da ciência natural” (LIMA & GRISOTTI, 2018, p. 1263). Muito embora, os riscos não devam ser subestimados ou desprezados visto que o município de Tocantinópolis – TO vive uma situação de epidemia.

Diversos fatores como reprodução rápida, proles numerosas, falta de políticas públicas de saúde eficazes, crescimento da população humana e carência de educação e higiene desencadeiam inúmeras condições adversas, “ocasionando possíveis abandonos e aumento dos riscos que esses animais podem representar para a sociedade em termos de saúde pública e desequilíbrio ambiental” (LIMA & GRISOTTI, 2018, p. 1265).

Sendo assim, quando nessa relação de convivência surge a possibilidade de adoecimento quando esses animais se tornam a provável fonte de infecção e a eliminação destes animais surge como um dos pontos de tensão entre os agentes de saúde pública e donos de animais.

Não pode fazer nada porque não deu positivo. (AS2, 2019)
Como que eles vão tirar um cão que não é positivo? Você sabe que eles não podem. Porque não tem nenhuma lei que permite. (AS2, 2019)
Tá o DN ali em posição ali pra pegar esses cachorro, tanto positivo como esses cachorro que já ta suspeito. É difícil de entregar! Só entregou um que foi ali na rua da Foice ali perto. Esse lá quando eu fui já tava... num queria mais comer! (AS2, 2019)
Tinha um cachorro... deu positivo? Deu. Aí sacrificaram? Hum rum. Tinha feito exame e eu já sabia que ele tava e o resultado de positivo. (M5, 2019)
Só ali na rua da Foice deu 12 cachorro positivo! (AS2, 2019)
Quando tem um cachorro malacatento véi, aí a gente avisa pra eles. (AS2, 2019)

Várias críticas têm sido feitas com relação à eficácia da eliminação de cães para controle das leishmanioses, principalmente no que se refere à quantidade elevada de trabalho que provoca, o alto custo e a possibilidade de que um grande número de cachorros infectados, particularmente animais vadios, não venham a ser detectados (LIMA & GRISOTTI, 2018, p. 1267).

Entretanto, segundo recomendações do Conselho Federal de Medicina, somente os cães positivos que estiverem em tratamento com medicamento exclusivo para esse fim e aprovado pelo MAPA não deverão ser eutanasiados. Nesse caso específico, o responsável pelo cão com LVC deverá apresentar ao profissional de saúde que visitar sua moradia, um atestado médico emitido pelo médico veterinário regularmente inscrito no CRMV, contendo as informações de tratamento do animal acompanhado do resultado de sorologia realizada nos últimos 04 meses. Esta recomendação afeta diretamente os donos dos animais que não possuem condições financeiras de manter o cão e que acabam por “esconder” o animal para este não ser sacrificado.

Para Castro et al (2016, p. 101) “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”. O controle da doença não se restringe aos animais infectados e à eliminação dos cães, sendo recomendadas outras medidas com vistas a reduzir o sofrimento dos animais e

da população. 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 (CASTRO et al, 2016, p. 101).

Ainda para Castro et al (2016, p. 100):

Todos esses momentos têm significados subjetivos bastante expressivos, esses indivíduos são testemunhas dessas transformações e seus depoimentos representam uma prova de que as políticas públicas precisam considerar essas mudanças no controle da expansão da LVH. Cabe destacar que esse tipo de intervenção na saúde pública, de maneira impositiva, como é a eutanásia, representa mais do que um cuidado, mas um controle do Estado sobre a população, o que pode resultar em resistências e conflitos.

Nesse sentido, são relatadas situações em que os moradores agridem verbalmente os agentes de saúde pública, o que às vezes é motivo de frustração porque parte de pessoa conhecida e com as quais esse agente de saúde convive há muito tempo.

Tem vez que o pessoal não quer entregar essas coisa toda e assim vai indo. (AS2, 2019)

O cara passou foi aqui comigo: ah ta aqui o cachorro! Gozando barato!.. caçando conversa! E tu sabe porque? Porque ele me chamou foi de véi sem vergonha. [...] quando eu fui falar pra ele. Ele andou foi me caçando! E me chamou desse nome. E eu fui direto na secretaria e falei tudo mas não adianta não. [...] é ruim demais pra trabalhar! (AS2, 2019)

Tava ali e me xingaram: véi sem vergonha! (AS2, 2019)

Xinga mesmo. O pessoal fica tudo brabo! Fica tudo brabo na hora de xingar. [...] só escuto. (AS5, 2019)

Por fim, para Lima & Grisotti (2018, p. 1267), “a magnitude da relação humano-animal permanece ignorada e reduzida a olhar ora para um, ora para o outro, e nunca para ‘um e outro’ em interação. Esta perspectiva tradicional ainda impera, limitando o âmbito de observação aos indivíduos da relação e ‘cegando’ o observador para a complexidade das relações do fenômeno

estudado, que por sua vez é produzido pela relação entre eles. Assim, o sistema humano-cão permanece oculto, inexplicável e a mercê de interpretações que lhe atribuem propriedades que não possui.

Percebe-se que a rua, o bairro são parte do território simbólico das comunidades carentes. Isso é um fato muito distinto de outras camadas da população com maior poder aquisitivo que não se apropriam de seu espaço, pois deslocam-se com veículos e frequentam diversos lugares de serviços e de lazer. Para o cão e seu proprietário de regiões periféricas, sua comunidade é seu microcosmo. Deste modo, torna-se evidente a realização de medidas informativas contínuas em um processo gradativo de esclarecimento e assimilação de conceitos básicos sobre a transmissão do agravo e a posse responsável de cães para a população desses locais específicos (CASTRO et al, 2016, p. 97).

CAPÍTULO IV – DO TERRITÓRIO ÀS PRÁTICAS EM SAÚDE

Considerando o território como espaço vivido, de conflitos, de transformação, é na cultura que os indivíduos vão vivenciar emocionalmente e adquirir uma percepção compartilhada do território. De acordo com Helman (1994, p. 23) cultura:

É um conjunto de princípios (explícitos e implícitos) herdados pelos indivíduos enquanto membros de uma sociedade em particular, que mostram a eles a forma de ver o mundo, de vivenciá-lo emocionalmente, e de comportar-se dentro dele em relação a outras pessoas, a deuses ou a forças sobrenaturais, e ao meio ambiente natural. Ele também lhes fornece a forma de transmitir estes princípios para a geração seguinte – através do uso de símbolos, linguagem, ritual e artes.

Na prática, todas as sociedades possuem múltiplas culturas com algum tipo de estratificação social que divide os indivíduos em classes, castas ou posições sociais, caracterizados por aspectos culturais próprios, como formas de linguagem, comportamentos, modos de vestir, padrões alimentares e habitacionais e assim por diante (HELMAN, 1994, p. 23). Cada estrato vai possuir a sua própria perspectiva cultural herdada com seus conceitos, regras e organização. Segundo Helman (1994, p. 24):

Tais aspectos certamente terão implicações importantes nas questões de saúde e na atenção à saúde. Contudo a cultura na qual um indivíduo nasceu ou vive, não é por certo, a única influência dessa natureza sofrida por ele. É apenas uma dentre várias outras influências, as quais incluem fatores individuais (como idade, gênero, altura, aparência, personalidade, inteligência e experiência), fatores educacionais (formais ou informais, profissional ou étnica) e fatores socioeconômicos (como classe social, status econômico e redes de apoio social)

Portanto, esse pano de fundo cultural exerce importante influência em muitos aspectos da vida das pessoas, incluindo suas crenças,

comportamentos, percepções, emoções, dentre outros, além das atitudes em relação a doença, dor e outras formas de infortúnios o que vem de encontro com a proposta desse capítulo.

4.1 Contextualizando a epidemia da LVH em Tocantinópolis - TO

Trata-se de um estudo baseado em dados do Sistema Nacional de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), obtidos nos sites oficiais do governo federal, informados pelo Centro de Controle de Zoonoses de Araguaína e Secretaria Municipal de Saúde de Tocantinópolis – TO. Relatos dos envolvidos na epidemia de Leishmaniose Visceral Humana em Tocantinópolis – TO sobre os modos de vida da população que impactam na urbanização da doença. Foram incluídos todos os envolvidos diretos na epidemia de Leishmaniose Visceral Humana residentes no município no período de 2018 totalizando 11 participantes.

Para Langdon & Wiik (2010, p. 178) “o *sistema de atenção à saúde* é um modelo conceitual e analítico, não uma realidade em si para os grupos sociais com os quais se convive ou se estuda”. Nesse sentido, a forma como ele é vivenciado pela população é carente de elementos e fatores do cotidiano condicionando uma visão fragmentada e subjetiva da saúde. Porém, “ele auxilia a sistematização e compreensão de um complexo conjunto de elementos e fatores experimentados no cotidiano, de maneira fragmentada e subjetiva, seja em nossa própria sociedade e cultura ou diante de outras não familiares” (LANGDON & WIİK, 2010, p. 178).

Helman (1994) considera que o foco da Epidemiologia “não recai sobre os casos individuais de problemas de saúde, mas nos grupos de pessoas saudáveis e doentes” onde vários fatores de natureza econômica, social e cultural como idade, sexo, comportamento, dentre outros são relacionados visando descobrir uma relação causal entre um destes e o desenvolvimento da doença.

Atualmente considerada como uma doença reemergente, a Leishmaniose Visceral – LV, tanto canina quanto humana, encontra-se em expansão no Brasil, sendo endêmica em 12 países nas Américas. No período de 2001 a 2014 foram registrados um total de 48.720 casos de leishmaniose visceral e média anual de 3.480 casos, sendo que 96,42% (46.976) estão concentrados no Brasil (OPAS, 2016; SILVA, 2013b).

Segundo o Ministério da Saúde a região Norte do país apresentou a segunda maior incidência da doença em 2015 com 2,7 casos/100.000 habitantes ano em que o Tocantins apresentou a maior incidência com 12,2/100.000 habitantes, respectivamente (BRASIL, 2017; SILVA, 2013b) caracterizando uma epidemia visto que a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza 1,0 caso/100.000 habitantes.

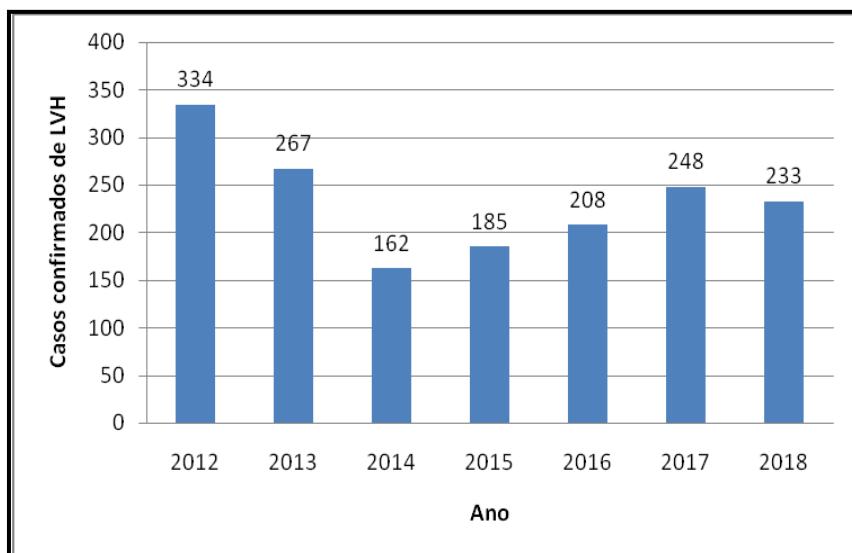
Vários fatores epidemiológicos são citados para justificar o aumento da incidência dos sorotipos da doença, os riscos de infecção e transmissão da Leishmaniose Visceral – LV em humanos, sendo: ambientais, sociais e culturais – às quais são necessários instrumentos e metodologias eficazes para a vigilância e monitoramento de cada fator de risco.

A maior parte dos estudos relacionados à Leishmaniose Visceral Humana destaca fatores de risco como convivência com animais domésticos, proximidade de áreas florestais, higiene e limpeza, o desmatamento acentuado e a ocupação das matas residuais e encostas nos centros urbanos (ORYAN & AKBARI, 2016; SILVA, 2013b) e o aumento do número de vetor, condições socioeconômicas da população afetada, não associando aspectos como concentração de pessoas e características domésticas como materiais de construção dos domicílios, pisos, paredes de palha, comportamento humano, dentre outros.

Nos últimos anos tem se expandido para os centros urbanos, determinando um caráter de periurbanização e urbanização do vetor, que associado aos aspectos culturais e de territorialização da população pode condicionar uma maior probabilidade de transmissão e incidência da doença em determinadas áreas populacionais. No Estado do Tocantins, os números de

casos confirmados chegaram a dobrar entre 2007 a 2011 em relação aos anos anteriores (Gráfico 1), tendo uma diminuição considerável em 2014 (162 casos) tornando a aumentar em 2015 (185 casos) e 2016 (208 casos).

Gráfico 1. Número de casos confirmados de Leishmaniose Visceral Humana no período de 2012 a 2018 no Estado do Tocantins



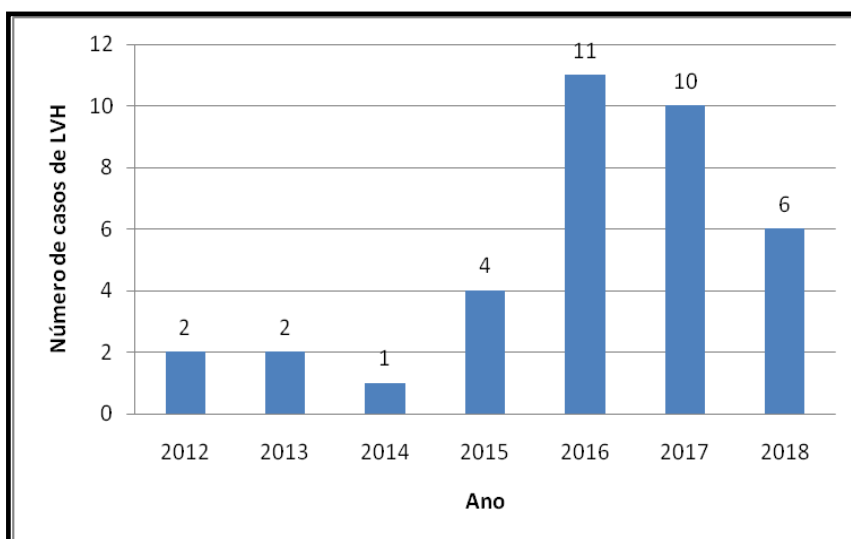
Fonte: adaptado SINAN/SVS/MS

Jayme et al (2016, p.3) considera:

[que] no estado do Tocantins, em decorrência de mitificações eco epidemiológicas, como a construção de Palmas, capital do estado, o interesse nas atividades ligadas à penetração das matas, a manutenção de hábitos simples pela população, entre eles: a criação de animais nos quintais; a presença comum de animais soltos nas ruas das cidades interioranas; a ocupação das florestas pelo perímetro urbano; o intenso fluxo migratório e a falta de estrutura básica e sanitária propiciaram a urbanização do setor e a propagação da doença.

Houve um aumento considerável da LV-H em 2016 e 2017 (Gráfico 2) no equivalente a 38% (11 casos em 2016 e 10 casos em 2017) dos casos confirmados de 2012 a 2017 em Tocantinópolis – TO.

Gráfico 2. Número de casos confirmados de Leishmaniose Visceral Humana no período de 2012 a 2018 em Tocantinópolis, TO



Fonte: Plano Municipal de Saúde de Tocantinópolis/TO

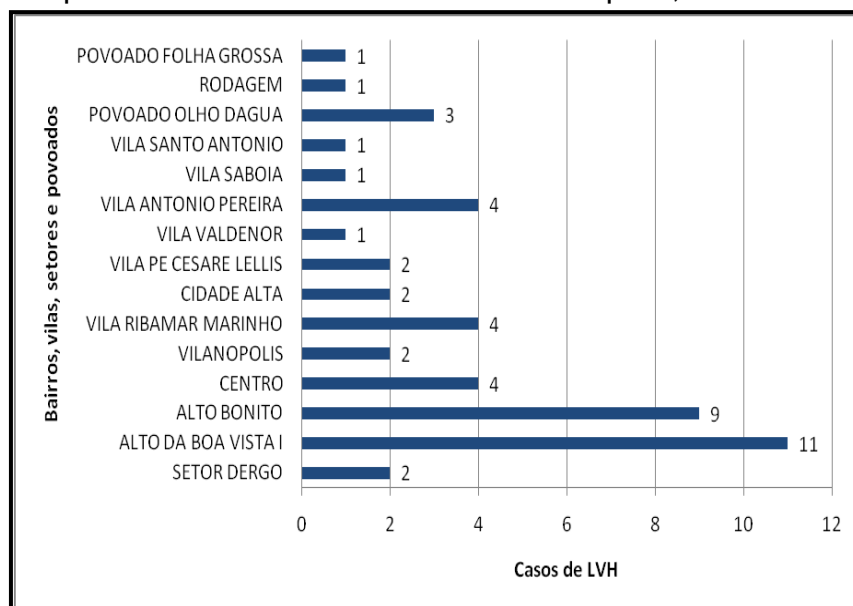
Caracteristicamente urbana, Tocantinópolis – TO sofreu um processo de popularização em meados dos anos 90 com o desenvolvimento de um programa habitacional a qual demandou a criação de novos bairros na cidade e a territorialização da população que passou a habitar essas áreas. Para Rafesttin (1993, p.143) ao se apropriar de um espaço, de forma concreta ou abstrata, “[...] o ator ‘territorializa’ o espaço” que para Gondim e Monken (2009, p. 2):

significa que o território materializa as articulações estruturais e conjunturais a que os indivíduos ou os grupos sociais estão submetidos num determinado tempo histórico, tornando-se intimamente correlacionado ao contexto e ao modo de produção vigentes.

Em função do aumento da população e das áreas ocupadas em Tocantinópolis – TO, vem a necessidade de readequar toda a rede municipal de saúde nos diversos níveis – administrativo, físico, financeiro e de recursos humanos e os programas gerenciais passam a ser ampliados para responder ao atendimento em consequência da demanda pelos serviços de saúde, necessitando de uma “análise social do território” (GONDIN & MONKEN, 2009, p. 6) que deve contribuir na definição de estratégias de ação nas múltiplas dimensões do processo de saúde-doença-cuidado.

Os casos confirmados de LVH em Tocantinópolis – TO concentraram-se em dois bairros (Gráfico 03) distintos em origem e desenvolvimento: Alto da Boa Vista (08 casos confirmados) e Alto Bonito (07 casos confirmados). Nos dois bairros foram recorrentes 02 casos confirmados da LVH em pessoas da mesma família residentes no mesmo logradouro (Mapa 3).

Gráfico 3. Número de casos confirmados de Leishmaniose Visceral Humana por bairros no período de 2012 a 2018 em Tocantinópolis, TO



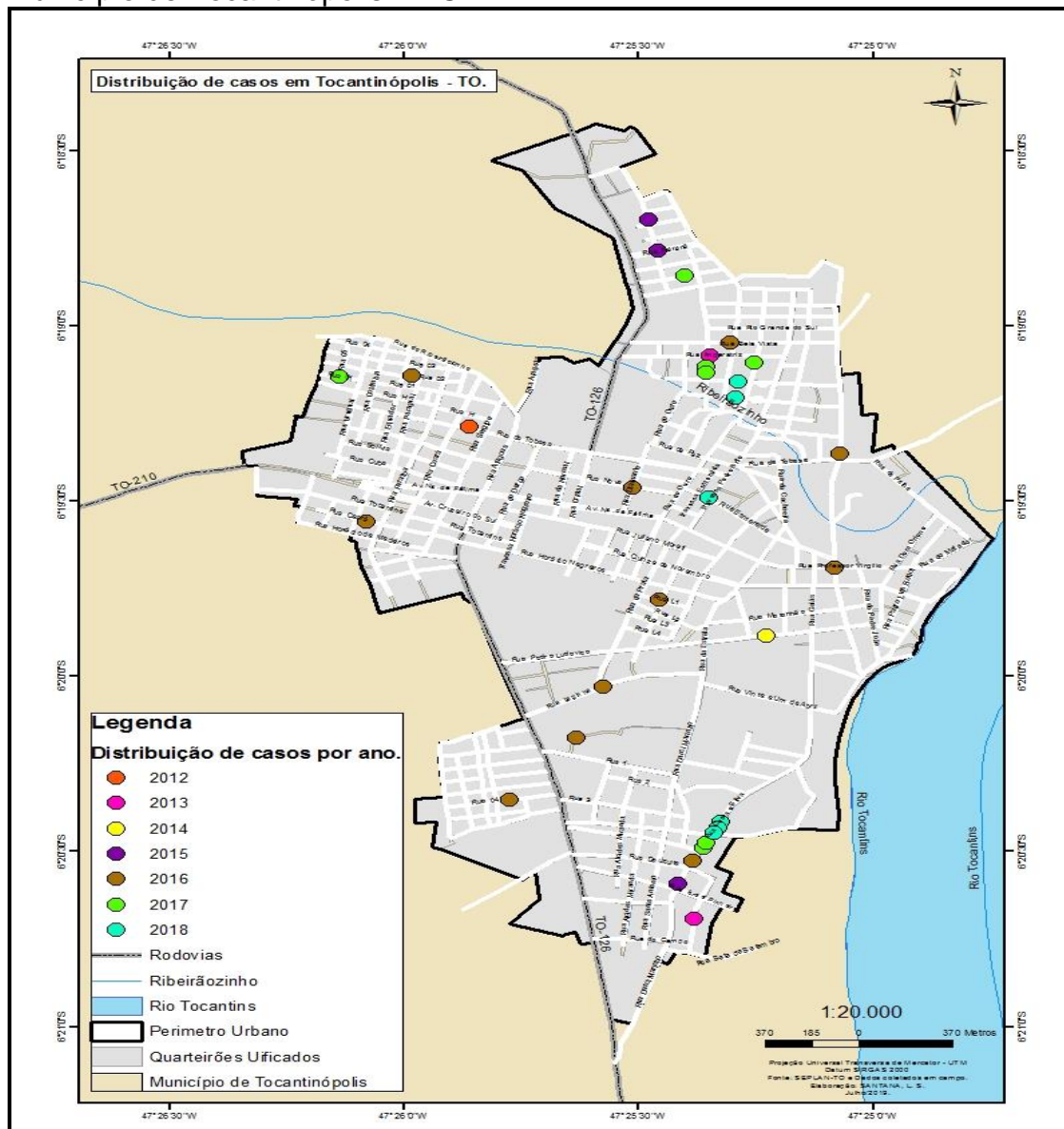
Fonte: adaptado SINAN/SVS/MS'

Ponderando sobre o “*sistema cultural de saúde*” de Langdon & Wiik (2010) que ressalta a dimensão simbólica do entendimento que se tem sobre *saúde* e inclui os conhecimentos, percepções e cognições utilizadas para definir, classificar, perceber e explicar a doença, está previsto no Plano de Ação para Intensificação da Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral de Tocantinópolis do ano de 2017 ações de educação permanente voltadas para a população com foco nas percepções que eles têm do processo de saúde/doença, os aspectos sociais, econômicos, ambientais e culturais.

Mesmo as doenças de transmissão vetorial, como é o caso da LVH, podem ser analisadas por um viés sociocultural considerando também como se dá a “*apropriação*” do território (HAESBAERT, 2005). No bairro Alto da Boa Vista, alguns afetados pela LVH, embora tenham suas residências nesse local

também tem outras no setor Vilanópolis, que também apresenta casos confirmados da doença (Mapa 3).

Mapa 3. Localizando os casos de Leishmaniose Visceral Humana (LVH) no município de Tocantinópolis – TO



Fonte: Luan Santos Santana, Araguaína, 02/07/2019.

No bairro Alto Bonito, um dos mais antigos de Tocantinópolis-TO as falas com relação a determinadas doenças ainda são consideradas tabu. Para uma mesma família do bairro que apresentou 05 casos da doença no período de 2012 a 2017 e 01 óbito em 2008, não há reconhecimento público de que contraiu a doença por parte dos afetados pela LV-H, tem noções específicas e “apresentam comportamentos e pensamentos singulares quanto à experiência

da doença provenientes de diferenças socioculturais”. (LANGDON & WIIK, 2010).

Não é somente a forma como cada grupo interage com um ambiente físico determinado, onde a transformação devido à ação do homem é constante, mas também a sua cultura, que vai decidir de forma precisa como sobreviver nesse ambiente, “pode se encontrar, dentro de um mesmo tipo de ambiente, várias soluções particulares que respondem pela sobrevivência das sociedades” (LANGDON & WIIK, 2010, p. 4) e para a qual as condições socioeconômicas vão determinar a distribuição das pessoas nos ambientes, condicionando um fator de risco relativo ao número de pessoas no mesmo ambiente.

Para Alves, Azevedo e Ximenes (2015) “a necessidade de compreender como os sujeitos organizam suas vivências e saberes é imprescindível para o planejamento e a consolidação de ações de promoção da saúde humana e ambiental”. Tocantinópolis-TO apresenta diversas características socioculturais, como: crenças, hábitos (principalmente no que se relaciona a convivência com animais), modo de vida (famílias com grande número de pessoas vivendo juntos na mesma residência), que estão previstas para serem identificadas, analisadas, discutidas no Plano Municipal de Combate a Leishmaniose Visceral Humana.

A Secretaria Municipal de Saúde – SMS, da Prefeitura Municipal de Tocantinópolis-TO, apresenta o Plano Municipal de Intensificação das Ações de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral, cujo conteúdo propõe a partir da definição da estratificação de risco, intensificar as ações de vigilância em saúde e controle da doença no município. Neste plano são apresentadas as ações para a organização e execução dos serviços, bem como o método para o acompanhamento e avaliação das atividades realizadas e capacitações de recursos humanos. Dessa forma, espera que o plano possa contribuir na estruturação e implementação das ações, visando assim à redução da morbimortalidade da LVH em Tocantinópolis-TO e servir como registro para futuras intervenções.

4.2 Territorialização e territorialidades: estrutura organizacional de saúde

Conhecer as formas de organização, gestão, desenvolvimento, territorialização e territorialidades que são assumidas dentro do sistema de saúde do município possibilitam um olhar diferenciado para as práticas de combate a LVH.

4.2.1 O Planejamento do combate a Leishmaniose Visceral Humana

A análise documental na presente pesquisa usou o Plano de Ação para Intensificação da Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral (PAIVCLV) e teve como foco verificar quais são as diretrizes que a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Tocantinópolis – TO na implantação das estratégias de combate à Leishmaniose Visceral, a relação destas com as demais ações de saúde, suas influências no planejamento local e desenvolvimento na comunidade. São elaboradas e desenvolvidas ações de vigilância epidemiológica, de educação em saúde, controle de reservatórios e manejo ambiental.

O Plano traz as principais informações epidemiológicas que facilita a compreensão da situação do município e os dados estão correlacionados, porém não são analisados de acordo com a totalidade, levando em consideração os aspectos culturais e sociais da população.

Essa dimensão territorial deve ultrapassar os limites físicos e de ocupação de uma porção específica de terra, implicando em compreender o território numa perspectiva de construção histórica, política e simbólica, permeada de relações sociais e de disputa de poder (SANTOS, 1979, 2012; HAESBAERT, 2007; SAQUET, 2007). De acordo com esses autores, na perspectiva histórica o espaço caracteriza-se enquanto uma construção social e historicamente datada onde os objetos e as ações devem ser reunidos numa lógica simultânea entre o passado (sua datação, sua realidade material, sua

causação original) e a lógica da atualidade (seu funcionamento e significado no presente).

Embora não seja um fator de transformação, a apropriação e divulgação dos dados podem condicionar um processo de aproximação com o território propiciando a responsabilização de todos pelas ações a serem desenvolvidas.

De acordo com o PAIVCLV (2018) as atividades de educação em saúde devem ser inseridas em todos os serviços que desenvolvem as ações de controle da LV, requerendo o envolvimento efetivo das equipes multiprofissionais e multi-institucionais, com vistas ao trabalho articulado nas diferentes unidades de prestação de serviços, através de:

- ✓ Divulgação à população sobre a ocorrência da LV na região, alertando sobre os sinais clínicos e os serviços para o diagnóstico e tratamento;
- ✓ Capacitação das equipes, englobando conhecimento técnico, os aspectos psicológicos e a prática profissional em relação à doença e aos doentes;
- ✓ Adoção de medidas preventivas considerando o conhecimento da doença, atitudes e práticas da população, relacionada às condições de vida e trabalho das pessoas;
- ✓ Estabelecimento de relação dinâmica entre o conhecimento do profissional e a vivência dos diferentes estratos sociais através da compreensão global do processo saúde/doença, no qual intervêm fatores sociais, ambientais, econômicos, políticos e culturais;
- ✓ Incorporação das atividades de educação em saúde voltadas à LV dentro de um processo de educação continuada.

Quanto às ações e manejo ambiental:

- ✓ Gradeamento e/ou roçagem e recolhimento da matéria orgânica (capim) nos terrenos baldios;

- ✓ Visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde e agentes de endemias nos imóveis com o objetivo de orientar, estimular e colaborar com o morador para recolher e armazenar adequadamente toda matéria orgânica (galhos, folhas, frutos, restos de alimentos, podas de árvores, fezes de animais, etc) e entulhos que possam servir de criadouros ao vetor para posterior recolhimento pela prefeitura;
- ✓ Durante as visitas domiciliares, os agentes devem aproveitar a oportunidade para estimular os moradores a manterem seus quintais livres de matéria orgânica e fontes de umidade que possam contribuir para o estabelecimento de criadouros de formas imaturas do vetor, tais como pias e girais, com escoamento de água e restos de alimentos nos quintais;
- ✓ Realizar levantamento dos imóveis com arborização intensa, que necessitam de podas, estimulando os moradores a executarem a poda para recolhimento dos galhos e folhas pela prefeitura.

De acordo com Gontijo & Melo (2004, p. 346):

O entendimento das interações entre mudanças do meio ambiente urbano e os flebotomíneos vetores constituem um pré-requisito para o desenvolvimento de ações apropriadas de prevenção e estratégias de controle. Um dos fatores de risco mais importantes na aquisição da LV é a exposição ao inseto vetor. O controle do vetor tem sido baseado no uso de inseticida direcionado para as formas adultas, uma vez que os criadouros da espécie são pouco conhecidos. O inseticida de ação residual é aplicado no interior das casas e abrigos de animais, sendo esta medida considerada eficaz para reduzir a população de flebotomíneos e, conseqüentemente, os níveis de transmissão.

Faz parte da rotina uma reunião semanal no que seria um processo de reflexão coletiva. São nessas reuniões que se discutem as ações e atividades da semana, os locais afetados e que terão prioridade. Discutem as dificuldades, como as atividades de rotina estão sendo encaminhadas, situações vividas no campo.

No entanto que eles têm uma reunião semanal. Toda segunda feira tem reunião com as equipes da vigilância epidemiológica, agentes de endemias e agentes de saúde. É o momento que eles vêem quais são as dificuldades, traços... é o momento que eles sentam para conversar sobre alguma coisa (AS1).

Além dos mutirões, nas visitas domiciliares de rotina, os agentes comunitários e de endemias devem orientar os moradores de todo o município, a colaborarem e dar continuidade ao manejo ambiental, podendo ser utilizado o formulário específico LV.5 – Manejo Ambiental.

De acordo com relato de um entrevistado, essas orientações acontecem, assinalando que essa é uma das obrigações dos agentes de saúde enquanto estão no campo, salientando também que outras ações são desenvolvidas dentro da própria unidade de saúde. Entretanto, em relato de outro entrevistado as visitas com orientação raramente acontecem, por parte do Agente Comunitário de Saúde, sendo necessário que ela vá à UBS buscar orientação quando necessário, ressaltando que a ACS que não é da área é que sempre fazia a visita.

O agente de saúde e o agente de endemias isso é um trabalho rotineiro deles. A visita que eles fazem nas casas eles já vão orientando. Fora isso nós temos também as ações dentro das Unidades, por exemplo, é uma palestra que a gente faz no corredor, é uma ação da saúde do homem que é um momento a parte que acontece uma vez no mês a noite... então!!! Tudo, tudo é, como diz o ditado popular é uma desculpa pra gente ta falando sobre esses agravos. Não só a Leishmaniose, mas Zika, Dengue, Chikungunia. Então a todo momento a gente ta usando esses... esses intervalos, esse momento pra poder falar sobre um pouquinho. (AS1, 2019).

A gente vai lá, orienta. Pede ao meno pra ela vê se a prefeitura dá uma geral, mais aí é do mesmo jeito. (AS4, 2019)

O pessoal do postinho costuma dar orientação pra vocês né? É quando a gente vai lá! [...] É muito difícil! Tem aquelas visitas que eles fazem, eles fazem mais nas casas que tem pessoa doente não é?! [...] vir eles não vem. Eu que vou lá!" [...] Mas a menina a RR ela vinha muito aqui. (M1, 2019)

Para Castro et al (2016, p. 94) “a educação em saúde e a participação comunitária são vistas como a forma mais importante de se combater a doença; a colaboração da população torna-se fundamental para o êxito da campanha de combate à LVH”. Seja pelos meios de comunicação de massa, como TV, rádio ou jornal, seja por meio dos profissionais de saúde, com visitas domiciliares ou palestras, a população deve ter acesso às informações sobre a doença, sobre o vetor e sobre as medidas de prevenção e controle para que possam saber como agir para ajudar a reduzir e, posteriormente, eliminar os focos de transmissão (BUENO, 2001).

A repetição com o pessoal lá quase não tem surtindo efeito, mas nós já fizemos até ação, eu mais a AS4 e a coordenadora. Assim, essas ações nesses local. Disseram que até melhorou [...] recomendação que nós fizemos pra ela. (AS2, 2019)

Essa aqui é direto que faz! O pessoal faz. É a vigilância epidemiológica que faz todo mês. Todo mês a gente ta passando naquele local... pra conversar com o pessoal. Tem nós, tem os agentes de saúde tudo, tem a RR. (AS2, 2019)

E aqui em casa teve uma conversa interessante... o pessoal da vizinhança aí tava falando o negócio do cachorro: cumade tira essa cachorro daí, não sei o que... após ver o noticiário sobre Tocantinópolis ta no ápice. (M2, 2019)

A vó também não tinha muito conhecimento que a galinha transmitia né?! Aí o HD como gosta muito do cachorro dele, aí ele pesquisa... o HD ta pesquisando alguma coisa assim, aí ele falou pra vó e depois disso ela também parou de falar que quem transmitia era só o cão. (M3, 2019)

Vale lembrar que a educação em saúde é um dos princípios do SUS que ainda carecem de maior instrumentalização, tendo em vista que a Política Nacional de Educação Permanente foi criada no contexto da descentralização administrativa e participação social. A definição do município como microterritório de implementação das políticas públicas no Brasil, embora possua sua lógica formal, dado que o município é a esfera de maior proximidade com os problemas sociais, acabou por reforçar as desigualdades regionais do país, por não ser acompanhada dos instrumentos necessários para garantir a efetividade dessa estratégia de controle de doenças negligenciadas, como a LVH (CASTRO et al, 2016, p. 94)

As ações propostas demandam uma interação e reconhecimento da cultura da população com vistas à eficácia das ações. Entretanto, nas visitas domiciliares as relações das condições de vida e trabalho das pessoas e o estabelecimento de relação dinâmica entre o conhecimento do profissional e a vivência dos diferentes estratos sociais não acontecem por diversos fatores, alguns também previstos nos referidos documentos, como a educação continuada dos profissionais da saúde.

No Brasil, diversos problemas de cunho orçamentário e de recursos humanos demandaram uma descontinuidade das ações como o controle do vetor ocorrendo reinfestações dos ambientes e ressurgimento de casos humanos e caninos de LV (GONTIJO & MELO, 2004, p. 346). Outras tentativas e experiências baseadas no controle do vetor e centradas no reservatório canino, como os experimentos recentes com coleiras impregnadas com deltametrina, têm mostrado resultados promissores na proteção dos animais, com consequências na transmissão. O impacto do controle canino através da remoção e sacrifício dos cães soropositivos tem sido discutido por se mostrar trabalhoso e de eficácia duvidosa (GONTIJO & MELO, 2004, p. 346).

Tendo em vista que os métodos até agora utilizados têm sido somente parcialmente efetivos na prevenção e controle da doença, novas estratégias de controle devem ser desenvolvidas como imunoprofilaxia nos cães, vacinas contra LV humana e canina foram recentemente publicadas em revistas. Não há até o presente uma vacina humana eficaz, e as duas vacinas já descritas na literatura para cães não mostraram eficácia no campo (GONTIJO & MELO, 2004, p. 346).

Langdon & Wiik (2010, p. 8) consideram que “apesar de passíveis de contradições internas e, conseqüentemente, geradores de predicamentos, sustenta-se, aqui, a premissa de que os valores, conhecimentos e comportamentos culturais atrelados à saúde formam um sistema sociocultural integrado, total e lógico”.

Para Gontijo & Melo (2004, p. 346):

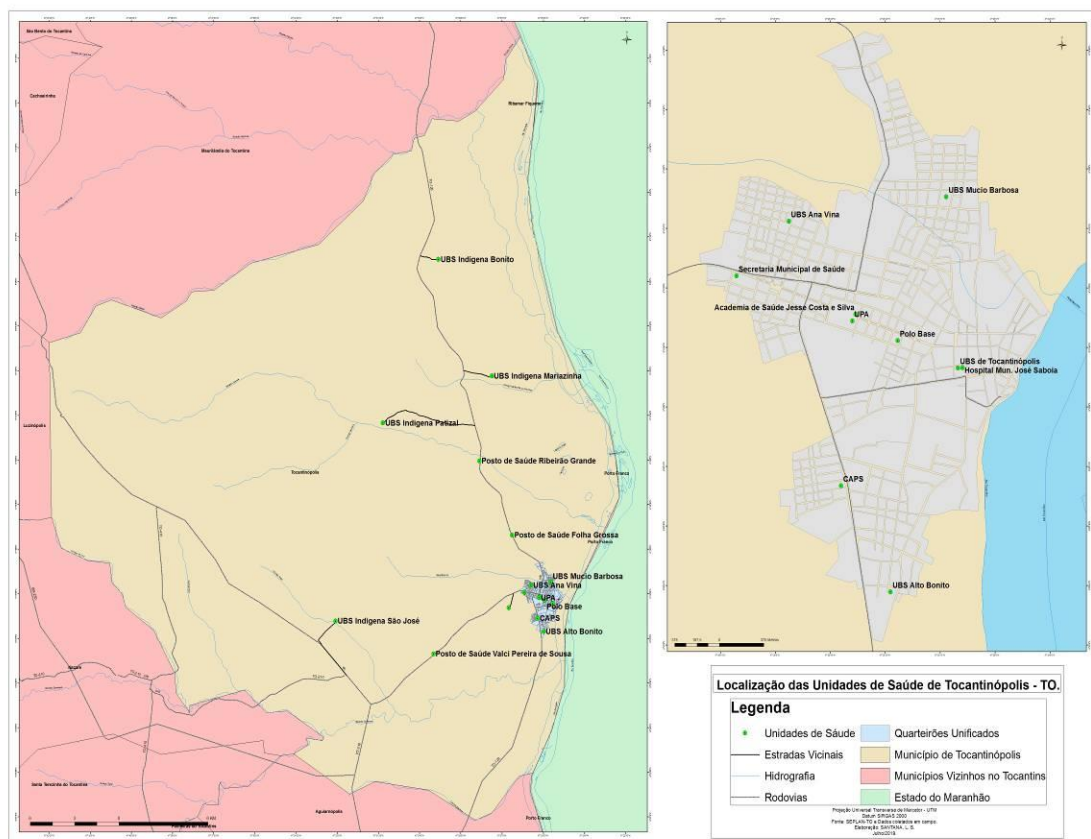
As grandes mudanças no sistema brasileiro de saúde ocorridas nas últimas décadas, relacionadas com a descentralização e unificação das ações na área da saúde pública, trouxeram novas expectativas em relação ao controle da LV. Teoricamente, as estratégias de controle parecem adequadas, mas na prática a prevenção de doenças transmissíveis por vetores biológicos é bastante difícil, ainda mais quando associada à existência de reservatórios domésticos e silvestres e aos aspectos ambientais, incluindo aspectos físicos de utilização do espaço habitado.

Considerar um sistema de saúde que integre as suas ações os matizes culturais da população, não em contraponto, mas como um complemento “aos estudos epidemiológicos que tendem a tratar o tema “doença e cultura” em termos de uma relação externa, passível de formulação na linguagem de “fatores condicionantes” (ALVES E RABELO, 1998, p. 107) pode ser relevante para a eficácia das ações, pois levam em consideração as diferenças culturais de cada grupo social.

4.2.2 Unidades de saúde x acesso aos serviços

A discussão sobre territórios e suas possibilidades, na perspectiva da organização dos serviços de saúde, busca estabelecer áreas geográficas de responsabilidade e atuação das equipes de saúde, em um processo de planejamento das ações de saúde, indissociável ao processo de identificação do território e suas possibilidades.

O município de Tocantinópolis – TO conta atualmente com 20 estabelecimentos de saúde, dentre: 01 SMS, 01 Unidade de Pronto Atendimento (UPA), 08 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 01 academia de saúde, 01 farmácia básica, 01 Polo indígena base, 05 postos de saúde, 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e 01 Hospital Municipal de Média Complexidade (Quadro 03).



Mapa 4. Localização dos estabelecimentos de saúde do município de Tocantinópolis TO.

Fonte: Fonte: Luan Santos Santana, Araguaína, 02/07/2019.

Dentro do SUS, os serviços de saúde têm uma delimitação espacial utilizado para a gestão dos serviços e controle de doenças cuja abrangência deve ser coerente com os níveis de atenção organizado em hierarquias e de acordo com seus níveis de complexidade.

A atenção primária em saúde é o centro da rede de atenção, estruturante dos demais níveis de atenção, compreendida pela Unidade Básica de Saúde e a equipe da Estratégia Saúde da Família, sendo alocado o mais próximo possível do domicílio das pessoas. Aqui o gerenciamento do território pode se tornar complexo, principalmente porque nesse nível de atenção são necessários profissionais que tenham sensibilidade para compreender os processos que o compõe.

O setor Sol Nascente, embora não seja reconhecido, não é uma área descoberta em Tocantinópolis – TO. Conforme relatos, embora seja ocasional e escasso, há uma certa atenção por parte do serviço público em assistir à população desse setor.

Tem uma moça que trabalha lá, mas é uma área que não é reconhecida, ainda... (AS3, 2019)

Algum dia passa um por aqui! Isso cuuusstaaa. É raro aparecer gente por aqui. Nois num tem assistência de saúde, nois num tem nada! Quando nois adoecer aqui corre ali no postim, pega uma fichinha lá, quando ta morrendo leva pra UPA... donde é? Lá do Sol Nascente, invasão! Ah ta bom, tudo bem! (Risadas) (M4, 2019)

Geograficamente, os contornos territoriais nos níveis de atenção são definidos de acordo com a necessidade de atenção da população e podem estar localizados em um município, em parte de um município ou vários municípios. As malhas e os nós que os compõem não são visíveis. Para Raffestin (1993, p. 151):

Esses sistemas de tessituras, de nós e de redes organizadas hierarquicamente permitem assegurar o controle sobre aquilo que pode ser distribuído, alocado e/ou possuído. Permitem ainda impor e manter uma ou várias ordens. Enfim, permitem realizar a integração e a coesão dos territórios.

O território micro-área é uma subdivisão do território área sob a responsabilidade da equipe de saúde e atualmente é usado na Saúde da Família. Normalmente é assimétrico, delimitado segundo a concentração de grupos populacionais mais ou menos homogêneos de acordo com as condições objetivas de existência. Nele se localizam os domicílios, ou territórios-moradia, que é o local, espaço da vida, que se destina a servir de habitação a uma ou mais pessoa, sendo o lócus para o desencadeamento de ações de intervenção.

Nesse contexto, a visão de espaço meramente físico, pode ser superada e incorporada pela Epidemiologia, o qual nas obras de Milton Santos será pensado essa categoria enquanto relação social e assim permitir pensar a doença enquanto processo de mudança da estrutura espacial, não meramente descrevendo-a podendo superar uma visão não histórica do processo biológico e ao mesmo tempo entender os fatores econômicos, sociais, políticos e culturais responsáveis pela produção das doenças endêmicas e epidêmicas.

Contudo, somente pensar a divisão do território com recortes aleatórios ou baseados na soma de domicílios, em agrupamento de bairros ou no estabelecimento de áreas de abrangência segundo características geográficas não corresponde ao processo de territorialização e acaba por não atender aos princípios preconizados pelo SUS. A divisão territorial deve ser definida mediante critérios culturais, políticos e sociais levando em consideração o território vivido pela população.

O território é expressão de uma determinada área, população e uma instância de poder, quer seja público, privado, governamental ou não governamental. Enquanto palco de conflitos e de disputa, na atual conjuntura dois projetos políticos institucionais requisitam interesses divergentes. O primeiro, o projeto neoliberal possui como premissa a desresponsabilização do Estado pela saúde e a defesa de um modelo mercantil. Em contrapartida, o Projeto da Reforma Sanitária requisita ações e serviços convergentes aos atuais princípios do SUS.

Como bem demonstram os estudos de Barcellos (2008), além de ter a sua importância na organização política, administrativa, econômica e gerencial, o território tem a sua importância para o agir em saúde pois, como produto social, nele se verifica a interação entre saúde e população. O território quando usado na compreensão do espaço vivido das populações permite subsídios para as intervenções propostas pela política de saúde.

De acordo com Faria e Bortolozzi (2009, p. 35) “ao entender o espaço no contexto do desenvolvimento técnico-científico-informacional o setor saúde passa a entender a doença não apenas como o resultado da presença de vírus

e bactérias (análise unicausal), mas, como resultado de uma dinâmica social complexa”. Nesse sentido a categoria território se mostra pertinente, tanto no que se refere ao alcance social dos bens produzidos pela sociedade moderna, quanto para a investigação das realidades sociais mais deploráveis. Entretanto, o reconhecimento do território torna-se essencial para a adoção de políticas públicas de saúde, visto que o uso e adoção que cada pessoa faz dele permite uma compreensão e visualização da complexa inter-relação que existe entre as coisas que necessitamos em razão da sobrevivência e da vida em sociedade.

Se de um lado o território - cenário das relações sociais -, pode ser essencial para investigar a apropriação/dominação do espaço e sua relação com a saúde, de outro, torna-se importante para o planejamento de ações que permitam diminuir os impactos dessa apropriação na vida das pessoas, da disseminação e controle de doenças como a LVH, dentre outros. Como exemplo importante pode-se citar o planejamento territorial urbano que pode tanto evitar a produção de doenças, controlando a ocupação de áreas inadequadas e criando uma estrutura ambientalmente saudável, quanto tornar mais eficaz a ação da saúde pública, instalando equipamentos e serviços que sejam condizentes com as realidades territoriais a que se destinam.

Dentro dessa concepção, elencamos as estruturas, organização e hierarquias presentes no atual modelo de saúde do país para entendermos as possibilidades do agir comunicativo dentro de uma conjuntura político/social.

O Sistema Único de Saúde (SUS), desde sua criação no Brasil a partir da Constituição Federal de 1988, tem como uma de suas diretrizes a descentralização administrativa e operacional, por meio da integração das ações e dos serviços públicos de saúde, em redes regionalizadas e hierarquizadas, sob gestão única em cada esfera governamental (BRASIL, 1988). Nessa perspectiva, a preocupação com a definição de territórios para delimitar população e área de abrangência sob responsabilidade de cada ente federado sempre esteve presente nos documentos que orientam a gestão pública nessa área.

Em 1996, a Norma Operacional Básica do SUS (NOB SUS/96) salienta a necessidade dos gestores nos diferentes níveis de governo pactuarem ações e investimentos, de modo a garantir maior acesso e qualidade aos serviços, bem como maior equidade e otimização de recursos. Nessa programação, deveria ser observado o princípio da integralidade na organização das ações de saúde, traduzindo todo o conjunto de atividades relacionadas a uma população específica e desenvolvidas num território determinado, independente da vinculação institucional do órgão responsável pela execução destas atividades” (BRASIL, 1996, p. 18).

Buscando superar a fragmentação da atenção e gestão nas regiões de saúde, a Portaria Nº 4279/2010 constitui a Rede de Atenção em Saúde por meio da articulação de ações/serviços de densidades tecnológicas diversas, propondo assegurar a integralidade do cuidado com efetividade e eficiência. Nessa perspectiva, os espaços de cuidado são reconhecidos como “espaço de construção de sujeitos e de subjetividades, um ambiente que tem pessoas, sujeitos coletivos, que inventam mundos e se inventam, mas, sobretudo, produzem saúde” (BRASIL, 2010, p. 6).

Essa Portaria destaca a necessidade de mudança do modelo de atenção a saúde, centrado na doença, no atendimento a demanda espontânea, para um modo de organizar [...] que construa a intersetorialidade² para a promoção da saúde, contemple a integralidade dos saberes com o fortalecimento do apoio matricial, considere as vulnerabilidades de grupos ou populações e suas necessidades, fortalecendo as ações sobre as condições crônicas (BRASIL, 2010, p. 15). Nesse sentido, sua efetivação exige interesse e disponibilidade dos atores envolvidos em desenvolverem uma ação comunicativa (RIVERA, 1995), isto é, em praticar um diálogo permanente com representantes de outros setores, órgãos e instituições e com representantes de grupos sociais existentes em um trabalho coletivo cujo propósito maior é promover a saúde na

² Parte de um conjunto de estratégias que consistem em ações mobilizadoras e articuladoras de práticas e projetos entre o setor saúde e demais setores do desenvolvimento, no planejamento, organização, direção, implementação, monitoramento e avaliação de intervenções voltadas para modificação do modelo assistencial (PAIM, 1994).

medida em que a ação intersetorial permite a intervenção em fatores condicionantes da mesma.

4.3 Sentidos e o cuidado na saúde–urbanização da Leishmaniose Visceral Humana em Tocantinópolis – TO

No mundo industrializado, as abordagens antropológicas são particularmente relevantes para a atenção primária à saúde dirigida à comunidade. Essa prática se dedica à atenção primária à saúde de indivíduos e famílias, bem como, às necessidades e aos problemas relacionados à saúde de sua comunidade local. Parte do acompanhamento contínuo da saúde comunitária envolve a conscientização do papel das crenças e condutas culturais como benéficas à saúde e como causadoras de doenças.

Os fatores culturais, quando identificados, não são fáceis de quantificar, entretanto, há indícios suficientes que confirmam seu papel no desenvolvimento das doenças, ainda que este papel seja complementar, e não diretamente causador (HELMAN, 1004).

Parte-se do pressuposto de que todos têm cultura, e de que é a cultura que determina essas particularidades. Igualmente, sustenta-se que as questões inerentes à saúde e à doença devem ser pensadas a partir dos contextos socioculturais específicos nos quais os mesmos ocorrem (LANGDON & Wiik, 2010, p. 175).

A partir do emprego do método etnográfico e da análise interpretativa, tais estudos apontam para a “centralidade da construção do significado das enfermidades por parte dos pacientes, a qual se sobrepõe à causalidade e racionalidade biomédicas” (LANGDON & Wiik, 2010, p. 175).

4.3.1 O Adoecer

Enquanto um conceito, a doença assume diversas etimologias de acordo com a perspectiva que ela vai ser utilizada. Cassel in Helman (1994, p. 104): utiliza o termo doença (illness) para se referir a “o que o paciente está sentindo enquanto se dirige ao consultório medico” e enfermidade (disease) para “o que ele tem ao retornar, para casa, do consultório. A enfermidade é o que o órgão tem, a doença é o que o homem tem”.

A doença é a resposta subjetiva do paciente e de todos os que o cercam, ao seu mal-estar. Particularmente, é a maneira como ele – e eles – interpretam a origem e a importância do evento, o efeito deste sobre seu comportamento e relacionamento com outras pessoas, e as diversas providências tomadas por ele para remediar a situação. A definição de doença não inclui somente a experiência pessoal, do problema de saúde, mas também o significado que o indivíduo confere a mesma.

A doença, portanto, “assim como outra adversidade qualquer, é, normalmente, parte integrante das dimensões psicológica, moral e social de uma cultura em particular” (HELMAN, 1994, p. 105). É um conceito mais amplo e difundido do que o de enfermidade, devendo ser utilizado como essencial para a compreensão de como as pessoas interpretam seus problemas de saúde e respondem aos mesmos. Assim, as definições de saúde e doença podem variar entre grupos, etnias, indivíduos e classes sociais, sendo que a forma como o indivíduo a define está baseado nas percepções de cada um, dos outros ou de ambos (HELMAN, 1994, p. 106) .

Também, no contexto urbano, caracterizado pela presença de pacientes pertencentes a diferentes classes sociais, religiões, regiões ou até mesmo grupos étnicos, esses pacientes apresentam comportamentos e pensamentos singulares quanto à experiência da doença, assim como noções particulares sobre saúde e terapêutica. Tais particularidades não advêm das diferenças biológicas, mas, das diferenças socioculturais. (LANGDON & Wiik, 2010, p. 175)

As culturas possuem conceitos sobre o que é ser doente ou saudável. Possuem também classificações acerca das doenças, e essas são organizadas segundo critérios de sintomas, gravidade etc. As suas classificações, tanto quanto os conceitos de saúde e doença, não são universais e raramente refletem as definições biomédicas. Por exemplo, *arca caída*, *cobreiro*, *quebranto* e *mau-olhado* são consideradas doenças para vários grupos brasileiros, entretanto, não são reconhecidas ou tratadas pelos (bio)médicos. As classificações dessas doenças são organizadas segundo critérios próprios, os quais guiam os diagnósticos e terapias, cujos especialistas detêm elementos e materiais para tratá-las e as reconhecer como curadas ou não (LANGDON & Wiik, 2010, p. 179).

Assim como as chamadas “doenças populares” como o câncer e a AIDS, ainda há muitas doenças populares nas zonas urbana e rural que estão arraigadas às tradições populares e continuam inalteradas pelo modelo médico, que estão frequentemente associadas na imaginação das pessoas, a crenças tradicionais sobre a natureza moral da saúde, da doença e do sofrimento humano (HELMAN, 1994, p. 111).

Como exemplo, estas doenças acabam por representar “grande parte das ansiedades mais comuns das pessoas como o medo, o colapso do ordenamento da sociedade, de uma invasão ou de uma punição divina. No imaginário das pessoas essas doenças acabam por se transformar em metáforas”, pois, são mais que uma condição clínica (HELMAN, 1994, p. 111). Nesse sentido, os relatos abaixo representam bem as formas como a LVH é expressa, bem como, traz a tona o medo da doença após a pessoa ser infectada.

Lexo, ainda chamam de lexo. (AS3, 2019)

Inclusive eu trabalhando com essas coisa ruim, peguei foi berno! (AS2, 2019)

Quando foi a última etapa, quando ela tava ruim, ruim mesmo... aí ela foi mais o pai dela , o finado Vr, aí levou ela em Araguaína, aí ele foi ficando desinquieto e disse: médico é o

seguinte você tá tratando essa moça de que é? Não... é infecção de rins e a outra infecção mulher que eu não to lembrada!!! Tinha outra infecção... [...] Aí o finado Vr: não! é o seguinte, ... lá em casa deram Calazar! Faça aí o exame do Calazar pra ver!! Aí fizeram o exame do Calazar e deu: calazar, lexo, maniose, humana.Quatro! (M1, 2019)

Portanto, as metáforas dos problemas de saúde podem trazer consigo “uma série de associações simbólicas, que podem afetar profundamente a forma como as vítimas percebem a sua doença e o comportamento de outras pessoas como relação às mesmas” (HELMAN, 1994, p.112), tornando de extrema importância entender essas percepções vistas à necessidade de aprimorar o sistema de saúde e o atendimento aos indivíduos, dado que o uso de terminologias populares usadas pelos pacientes pode confundir os agentes de saúde, sobretudo se estes não conhecem e interagem com o território que vivenciam e se “pertencem a outra cultura diferente” (HELMAN, 1994, P. 132).

Além disso, os estigmas e metáforas associados às doenças podem impedir a busca por diagnóstico e tratamento, além do apoio humanitário que merecem. Cassens em Helman (1994, p. 114) descreveu as “graves consequências sociais e psicológicas sofridas por homens gays diagnosticados de AIDS, dentre elas a rejeição familiar e demais pessoas, passando ainda por isolamento e privação de apoio social”.

Essas metáforas também podem ser um instrumento discriminatório (ver relato abaixo de M4) utilizado para estigmatizar alguns grupos ou locais na sociedade, o que pode impedir qualquer “avaliação racional dos riscos da doença, sua identificação, controle, prevenção e tratamento ((HELMAN, 1994, P. 114). Watney em Helman (1994, p. 114) observa como o “pânico moral” e o preconceito contido na maior parte dos comentários sobre a AIDS veiculados pelos meios de comunicação dificultam muito qualquer análise racional, uma vez que os preconceitos são os determinantes principais do rumo das discussões sobre o vírus”.

Até na UPA são três, quatro pessoas do Sol Nascente que vão ficando pro fim, já fiz foi ver isso lá. [...] porque é discriminado! (M4, 2019)

Para Helman (1994, p. 107) “o paciente possui algum controle sobre a maneira através da qual ele demonstra sua doença e sua atitude em relação a mesma, o que são em grande parte, determinadas por fatores socioculturais”. O adoecer gera medo e preocupação. Medo do tratamento, das mudanças que podem ocorrer na vida da pessoa, sejam elas econômicas, sociais, até mesmo físicas e estéticas. Medo da morte, conforme evidenciado em relatos abaixo:

Quando meu avô tava muito debilitado falaram que poderia ser o Calazar! Minha mãe mas a minha avó. Não é... ele tava muito ruim, tava muito magro, tava parecendo com gente que tava com o Calazar. (Já estavam com medo?) É assim... já tavam colocando culpa no Calazar! Pelo fato dele morrer assim numa situação muito feia. (M2, 2019)

A MC também... ela sentiu uns sintomas muito parecidos com Calazar e a gente ficou desesperado! Eu e o pai dela... Marcone não queria nem queria a MC viesse aqui em casa por causa do Spike. Aí já ligou no Calazar! A MRZ no postinho que foi ela quem atendeu... aí eu já me desesperei. (M3, 2019)

Só em pensar que eu estava no hospital... não gosto nem de falar. [...] acho que fiquei uns 15 dias. [...] com fé em deus não! (M5, 2019)

Quando nós fala em relação a qualquer tipo de doença, sintoma que aparece em relação a ta muitos dias de febre, a gente mesmo acaba estigmatizando o calazar. (M2, 2019)

O processo de “adoecer” envolve, portanto, experiências subjetivas de mudanças físicas ou emocionais e – com exceção dos indivíduos completamente isolados – a confirmação dessas mudanças por parte de outras pessoas. Para que haja essa confirmação, deve haver um consenso entre todos os indivíduos envolvidos sobre o que constitui um estado sadio e um sinal ou sintoma anormal. Deve haver também uma conduta padronizada através da qual uma pessoa doente possa chamar a atenção sobre essas

mudanças anormais para que receba cuidados e apoio (HELMAN, 1994, p. 107). Para Castro et al (2016, p. 7)

Souto (2006) argumenta que o indivíduo infectado está sempre preocupado com as consequências da infecção e/ou do seu tratamento sobre sua aparência e saúde físicas, convivendo permanentemente com o medo e com a insegurança acerca do que poderá lhe acontecer. É possível que o sujeito também sofra com a imagem do que poderá significar e representar sua infecção. O diagnóstico, portanto, altera a identidade desse sujeito, transformando-o em outra pessoa. Associam essa mudança a algo negativo que tem a capacidade de distanciar as pessoas entre si, produzindo, assim, um desarranjo social do indivíduo. Segundo Souto (2006), a enfermidade altera o encaixe social das pessoas e é responsável também por mudanças nos sentimentos dos pacientes. Portanto, os laços interpessoais dos enfermos sofrem revisão e assumem novos significados.

Portanto frequentemente há uma ligação direta ou indireta entre as condutas e as crenças culturais humanas, a ecologia do planeta e a saúde de seus habitantes. O que se deverá considerar são as práticas humanas que envolvem a poluição do meio ambiente, o desmatamento, a extinção de várias espécies selvagens e a valorização de lucros imediatos, e do poder político, em detrimento dos interesses a longo prazo da humanidade. Porque “a cultura humana influencia a maneira como estes problemas são produzidos, se eles são reconhecidos e se eles são possíveis de serem superados ou não” (HELMAN, 1994).

Ao final, somos todos sujeitos da cultura, experimentada de várias formas, inclusive quando se adocece e se procura por tratamento. Porém, na atuação como profissionais e pesquisadores da área da saúde, depara-se com sistemas culturais diversos ao nosso (ou no qual se foi treinado), sem relativizar o próprio conhecimento médico. Isso de dá, em especial, no campo da saúde, pois, no Ocidente moderno e racional, *naturaliza-se* o campo médico, cobrindo-o de verdade universal e absoluta, afastando-o das formas de conhecimento *culturalizado*, isto é, cuja verdade é particular, relativa e condicional.

4.3.2 O agir comunicativo como prática de saúde

Enquanto da área da ciência humana, os profissionais da saúde não deveriam limitar seus conhecimentos unicamente aos provenientes das ciências naturais. No ideário social, os profissionais de saúde veriam as pessoas como seres totais, que possuem família, cultura, têm passado e futuro. São seres humanos, que apresentam comportamentos peculiares construídos a partir de valores, princípios, padrões culturais e experiências que não podem ser objetivados e tão pouco considerados como elementos separados que influenciam nas experiências de saúde e doença.

De acordo com Palermo (2013, p. 8) as interações entre atores sociais ocorrem no mundo da vida e têm como eixo importante as ações comunicativas realizadas por pessoas, bem como a colocação tanto de um tema como de uma nova situação, essenciais para que os atores consigam determinar limites entre a natureza exterior, a sociedade e a natureza interior de cada um, 'de forma a renovar o mundo da vida e estabelecer novas interações o que traria novas necessidades de entendimento e também de possibilidades, ensejando mudanças na situação à qual os participantes estão referenciados, gerando também novos planos dos atores sociais.

O recorte de um contexto e as possibilidades racionais de mudanças, novos acordos, novas formas de pensar, partem da ação comunicativa que está inserida, ao mesmo tempo, em diferentes relações com o mundo. 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" (CASTRO ET AL, 2016, p. 96). Segundo os autores:

Uma proposta de mudança de informar a sociedade sobre determinado agravo, de forma a implicar novas práticas institucionais do campo da saúde, requer estudos de novas linguagens e vontade política para a introdução de abordagens diferenciadas, mais próximas da antropologia visual e da saúde, devendo respeitar e dialogar com as culturas, a

subjetividade e a cidadania, desenvolvendo estéticas audiovisuais (narrativas e imagéticas) como práxis educativa no campo da saúde coletiva (PIMENTA; LEANDRO; SCHALL, 2007).

Com o desenvolvimento da teoria do agir comunicativo, Habermas (2012) procura conectar novamente ética e política, viabilizando a possibilidade de se reposicionar e reavaliar a função da razão no mundo moderno, na medida em que há condição para a criação de novos acordos normativos estabelecidos intersubjetivamente. Essas possibilidades podem ser vislumbradas no relato abaixo:

O ruim que achei é que ficava só jogando, de lá pra cá, de um lado pro outro, não falava nada. Vai pro postinho! Vai pra UPA! Aí da UPA jogava pra lá de novo e ficava! (M5, 2019)

Conforme se pode observar é necessário valorizar a sistematização da participação popular, não preestabelecidas por imposições ordenadas, impostas e, desta forma, podem oferecer maior possibilidade e capacidade de intervenção dos diversos meios sociais com inclusão da comunicação intersubjetiva utilizando de escalas dentro do direito, da lei e da atuação na esfera pública.

Através das atitudes do homem no processo de interação com a natureza, é perceptível a relação biológico-psicológico com o meio ambiente, completado pelo relacionamento cultural, cujo diferencial que marcou a relação de equilíbrio ou desequilíbrio do homem com a natureza foi a retirada ou apropriação dos bens da natureza, numa consciência contínua de interação com o meio em que se insere.

É na compreensão de apropriação da natureza, organização da sociedade e os conflitos gerados por essa interação que percebemos a gama de possibilidades e benefícios que o agir comunicativos pode trazer para o homem e a natureza. No agir comunicativo podemos vislumbrar novas

perspectivas para as políticas públicas, aí inseridas e especialmente abordadas nesta reflexão as políticas de saúde pública, atualmente tão carentes de novas possibilidades e perspectivas.

É no território, também, que se exerce o controle das subjetividades. É nele que se instala o olho vigilante do poder disciplinar que se ramifica e adere às rotinas cotidianas, transmutando-as ao sabor das conveniências do mercado. E o que se vende com as mercadorias são modos de ser, novos mundos e novas formas coletivas de conceber a vida e a existência – subjetividades capturadas e ansiosas pelo consumo. Mas se, como propõe Foucault (2002), ali onde o poder incide é onde se exerce a resistência, o território é ainda lugar de produção contínua de modos de vida e de relações que escapam ao controle.

Para Campos et al (2002, p. 17) “se faz necessário nas práticas de saúde, agregar ações para um cuidado comprometido com o outro e suas subjetividades”. Aqui o agir comunicativo como capacidade reflexiva exige um olhar para as características próprias do ser humano durante o processo de trabalho ou de intervenção, onde diversos outros saberes e práticas devem se somar em prol de maior resolutividade e eficácia da clínica.

De acordo com Campos et al (2002, p.18):

Ao analisar a promoção em saúde, temos que avançar para além da observação dos “riscos” sociais, como problemas no meio ambiente, urbanização inadequada, pobreza extrema, violência, drogas, doenças endêmicas, etc. Trata-se de enfatizar ações intersetoriais, procurando respostas que colaborem com a população, refletindo a partir do local e dos seus objetos, interagindo com os moradores e através dos mesmos, utilizando os aparelhos possíveis para enfrentar seus problemas.

Muito importante é a percepção do território para o planejamento das ações de saúde, onde a interação entre agentes de saúde e comunidade reflete a viabilização destas determinando a capacidade que os sujeitos tem de

se protegerem de um adoecimento, risco ou agravo (CAMPOS ET AL, 2002, p.18). O fato das pessoas perceberem ou não as doenças como consequência de seu próprio comportamento depende de uma série de fatores que podem estar correlacionados com variáveis socioeconômicas, como educação e moradia.

Uma das vantagens dessa percepção é a mudança de atitude frente a doença, seja por causa da doença seja pela informação que é dada a população sobre as causas, transmissão da LVH, como se percebe nos relatos abaixo:

O pessoal que vai lá ela conversa mermo bonito. Ela tem uma conversa danada ali!! ...dependo que fez aquilo, fez isso. (AS2, 2019)

A vó até mudou! Aqui em casa sempre que alguém vai comer alguma fruta do quintal ela já manda lavar porque acha que o mosquito deixou larva ali. (M2, 2019)

Destacamos que o vínculo entre agente de saúde e o usuário pode determinar a eficácia do tratamento ou prevenção da doença.

Mas a conversa só é grande quando alguém adoece. (AS2, 2019)

Sobre a dimensão da clínica, cabe ainda destacar a questão do vínculo, onde as “relações precisam ser claras e próximas, ressaltando a integração com a comunidade em seu território, no serviço, no consultório, nos grupos e se tornar referência para o paciente, individual ou coletivo, que possa servir à construção de autonomia do usuário” (CAMPOS ET AL, 2002, p. 18). Logo, para Campos et al (2002, p.19):

o papel do profissional de saúde é agir sobre o outro que se coloca sob nosso cuidado, mas é também o de ajudar os

outros a se ajudarem. As práticas em saúde enfrentam o desafio de construir estas relações com alteridade, em estimular a capacidade das pessoas vivenciarem suas realidades, em uma troca sincera com o profissional em busca de qualidade de vida, independente de presença ou ausência de agravos.

Milton Santos aponta essa dualidade de forças que incidem no território, afirmando:

[que] o território não é um dado neutro nem um ator passivo. Produz-se uma verdadeira esquizofrenia, já que os lugares escolhidos acolhem e beneficiam os vetores da racionalidade dominante, mas também permitem a emergência de outras formas de vida. Essa esquizofrenia do território e do lugar tem um papel ativo na formação da consciência. O espaço geográfico não apenas revela o transcurso da história como indica a seus atores o modo de nela intervir de maneira consciente (SANTOS, 2001, p. 80).

O autor aposta que a luta por mudanças está na base das ações dos movimentos comunitários e populares como novas formas de fazer comunicação e realizar obras que sirvam ao outro, e destaca o papel dos pobres na produção do presente e do futuro. Antes, distingue pobreza de miséria, afirmando que esta última acaba por ser a privação total, com o quase aniquilamento da pessoa. Já a pobreza é “uma situação de carência, mas também de luta, um estado vivo, de vida ativa, em que a tomada de consciência é possível. [...] Miseráveis são os que se confessam derrotados. Mas os pobres não se entregam” (SANTOS, 2001, p. 132). É no cotidiano, na lida diária, que eles descobrem e inventam formas de trabalho e luta, convivendo com a necessidade e com o outro. Para Lima & Iasui (2014, p. 598):

Assim a cidade cria e recria uma cultura com a cara do seu tempo e do seu espaço, e de acordo ou em oposição aos ‘donos do tempo’, que são também os donos do espaço. Assim se elabora a política dos de baixo, constituída a partir das suas visões do mundo e dos lugares: uma política dos pobres baseada no cotidiano vivido por todos, pobres e não pobres, e

alimentada pela simples necessidade de continuar existindo (SANTOS, 2001).

Essa é a vida que pulsa no lugar. Essa é a aposta na construção dos serviços substitutivos territoriais. Nessa perspectiva, ainda segundo Lima & lasui (2014, p. 599) “as relações entre clínica, território e subjetividade introduzem a noção de ‘território existencial’, que envolve espaços construídos com elementos materiais e afetivos do meio, que, apropriados e agenciados de forma expressiva, findam por constituir lugares para viver”. Para os autores, estamos aqui trabalhando com a perspectiva de Deleuze e Guattari, que compreendem o território a partir de uma articulação entre os sentidos etológico, subjetivo, sociológico e geográfico do conceito, como um agenciamento entre seres, fluxos e matérias (HAESBAERT; BRUCE, 2002).

A noção de território aqui é entendida num sentido muito amplo [...]. Os seres existentes se organizam segundo territórios que os delimitam e os articulam aos outros existentes e aos fluxos cósmicos. O território pode ser relativo, tanto a um espaço vivido quanto a um sistema percebido no seio do qual um sujeito se sente “em casa” (GUATTARI; ROLNIK, 1986, p. 323).

Nessa concepção Habermas (2012b) procura nas ações realizadas no mundo da vida³ um sentido que possa instigar novas formas de fragmentação social cujo objetivo é nortear as ações humanas de forma mais ampla e completa, saturada de comunicação intersubjetiva.

Para Kujawski (1980), no homem, a ação biológica manifesta-se complicada com a ação racional, entremeada de hesitações, opções, ponderação, avaliação, cálculo e planejamento. Ao sair das relações sensitivas

³Conceito que Habermas valoriza muito em sua construção teórica: a dimensão do mundo da vida. É através do mundo da vida que “os participantes da comunicação chegam a um entendimento sobre alguma coisa” (Ibidem, p. 581). Trata-se, pois, de um recorte do mundo no qual vivenciamos e experimentamos uma determinada situação social. Este conceito está ligado às possibilidades de realização de situações contidas num contexto social, o que abre um horizonte de possibilidades que pode ser modificado à medida que novos acontecimentos exerçam influência no mundo da vida. Portanto, há inúmeras possibilidades envolvidas que são acionadas em função de situações ligadas àquele momento no qual os participantes estão situados/colocados.

originais das ações biológicas instintivas, o homem tenta construir as ações de fora, à base de ponderação e planos. Não há continuidade entre o ser humano e a natureza; a solução de continuidade é esperada pela razão, conforme esta substitui a resposta inteligente, inventiva, criadora.

Nessa perspectiva, Habermas (2012b) propõe a teoria do agir comunicativo como uma forma de produzir novo sentido para a razão na modernidade, sendo especialmente importante a intersubjetividade comunicativa, devido ao seu caráter essencial na vida humana em sociedade. É por meio dessas perspectivas comunicativas que torna possível produzir um entendimento, uma forma de se construir bons resultados ancorados numa razão que se propõe ser dialógica e ética através de procedimentos para os quais a razão comunicativa é fundamental por meio da ação comunicativa.

Assim, a criação de políticas públicas, como as de promoção da saúde, vigilância em saúde, saúde ambiental, dentre outras, é um passo importante para o estabelecimento do controle dos riscos, uma vez que é praticamente impossível extingui-los da vida em sociedade.

Torna-se necessário e urgente uma recomposição dos Serviços de Saúde no Brasil, onde as ações destinadas à população não sejam pensadas e construídas apenas na visão dos membros da equipe de saúde, passando a compor um quadro de conflito, havendo a necessidade de se lutar por reconhecimento onde a forma de autonomia é intersubjetiva, ou seja, é assegurada por relações sociais de reconhecimento em que sujeitos reconhecem e são reconhecidos. Definido como espaços de entendimento, aqui é o local, campo, das interações humanas, na qual resulta uma tomada de decisão, propostas, fruto de consenso democrático.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É urgente e necessário garantir um espaço de debate de ideias e diálogo numa perspectiva de diversidade interdisciplinar dentro da saúde pública, estando permanentemente aberto para refletir sobre a transformação das práticas, de maneira que se tenha mais engajamento nas ações de saúde para a população desenvolvendo, estimulando e potencializando o exercício de práticas e concepções estratégicas e eficazes. O que se propõe aqui são rodas de conversas com a comunidade nos ambientes de saúde, onde pelo menos uma (01) vez por mês integrantes das unidades de saúde e representantes voluntários da comunidade possam debater seus problemas, apresentar soluções, sugestões, críticas, dentre outros dos processos, organização da saúde em cada território.

Persiste ainda um domínio tecnicista nas ações em saúde, sem considerar a dimensão histórica e social local. Embora tenha como fator determinante as condições ambientais, segundo o atual modelo de saúde, é possível identificar alguns aspectos culturais que também podem influenciar na disseminação da LVH como modo de vida e hábitos.

As relações entre agentes da saúde e a população também pode ser permeada por conflitos, visto que há uma relação entre a pessoa e o cão portador ou não da doença, propiciando uma abordagem da “moral” das ações em saúde. Entender esses processos, fatores e demandas geradas pela doença, apresentando estes durante as rodas de conversa, ou mesmo durante eventos específicos de educação em saúde, podem estabelecer uma interação entre os agentes de saúde e a comunidade propiciando entendimentos, sensibilização quanto aos fatores que podem ocasionar a disseminação da doença e provável mudanças de atitudes quanto ao uso e ocupação dos territórios.

Os resultados em Tocantinópolis-TO demonstram uma situação epidêmica com casos confirmados em cenários distintos. Embora diversos

estudos em outros locais comprovem uma situação epidemiológica que está relacionada a diversos fatores de risco, em especial aos ambientais e social, as contribuições que outras perspectivas podem trazer para a área da saúde possibilitam uma diversificação das estratégias em consonância com o modelo de saúde implantado no local.

Fazer um estudo considerando o papel da população afetada, seu modo de vida, suas crenças, hábitos dentre outros elementos culturais no combate às doenças, em especial às de transmissão vetorial como a Leishmaniose Visceral, pode se tornar uma importante estratégia de saúde em situações epidêmicas. Ir ao encontro do território estando atento para os modos de organização, de articulação, de resistência e de sobrevivência que as pessoas ocupantes desses espaços vão inventando no seu cotidiano.

O conceito de território é, portanto, complexo e deve ser abordado também na perspectiva de libertar o conhecimento local, advindo das necessidades e das realidades locais. O conhecimento local expresso nas práticas cotidianas e heterogêneas é o conhecimento que contribui na produção de sentidos para uma nova semântica do território e seu viver.

As diversas perspectivas de território podem propiciar uma visão interdisciplinar para o desenvolvimento das ações em saúde e, especificamente, na proposição de ações no estudo e combate à LVH. A inserção da categoria território na investigação epidemiológica pode ser fundamental visto que esta questão está diretamente ligada com os princípios da equidade e da universalidade no atendimento à saúde.

Considerando o território como espaço de apropriação, construção, transformação e conflitos, essas dimensões ficam explícitas nos relatos envolvendo os cães e outros animais domésticos, os agentes e a comunidade atingida pela LVH, na forma como as pessoas se apropriam dos espaços transformando o ambiente ou mesmo na forma como elas mudam as suas posturas e modos de ver a doença quando são informadas e orientadas sobre a mesma.

Compreender a relação entre homem e animal, em especial o cão precisa de maiores estudos, novas técnicas de pesquisa e maior entendimento da interação que existe entre eles, um agir comunicativo mais eficaz que determine um processo de diálogo, construção e reconhecimento de saberes no que diz respeito à informação de que o cão é o principal transmissor da LVH. Assim, consideramos que o reconhecimento e respeito às práticas, crenças, modos de vida, saberes, etc. pode conferir maior efetividade às ações de promoção, prevenção e cuidado, realizadas pelos serviços de saúde.

Buscando contribuir para a reflexão sobre o território, cultura e saúde que entendemos as múltiplas possibilidades apresentadas neste trabalho, sua importância na estruturação e implementação das ações ofertadas pelo SUS no estudo, bem como no combate à LVH.

Entendemos que o conceito de adoecimento parte das experiências/vivências de cada pessoa, que percebe e relata esse processo partindo de um sentido singular e único, permeado por territorializações, desterritorializações e reterritorializações que vão moldando o indivíduo e suas percepções da doença, da organização da saúde, das práticas dos agentes de saúde e da própria comunidade que ajudam ou não na disseminação da LVH. Por isso, o entendimento de como cada pessoa construiu esse processo pode ajudar no controle e combate à doença.

Estudos sociológicos, geográficos dentre outras áreas de conhecimentos, de modo interdisciplinar, com ênfase nas perspectivas quanti/qualitativas podem ajudar a mediar estratégias de saúde mais consonantes com as necessidades da população.

Os autores que trouxemos aqui para o diálogo ajudam-nos a considerar todos os territórios envolvidos em um dado agenciamento – uma rede de serviços, um encontro entre um usuário e um serviço – e a mapear as forças que os atravessam. A partir desse mapa é possível inventar espaços de subjetivação nos quais o cuidado se daria em uma produção de atos regidos pela alegria e pela beleza, que promovem bons encontros, potencializando a vida.

Quando os participantes narram sobre suas histórias de vida, podemos afirmar que algumas experiências são mais intensas e significativas. Essas experiências foram consideradas também como recordações-referências, experiências importantes que se tornaram referência no contexto de suas histórias de vida.

Algumas questões podem ser aprofundadas e complementadas em futuras investigações. Uma das possibilidades para o estudo e combate a LVH pode ser o fortalecimento da comunidade por meio de ações intersetoriais, a superação dos conflitos entre agentes de saúde e comunidade com o reconhecimento do território, as práticas em saúde e do cotidiano, dentre várias outras possíveis.

Ações planejadas em conjunto com a comunidade, considerando os aspectos individuais e coletivos, as vivências e experiências, o modo de perceber a doença de cada pessoa atingida ou não pela LVH, podem ter uma maior efetividade, visto que as ações seriam pensadas a partir do território, do “mundo da vida” de cada envolvido, permeada pela multiplicidade do agir comunicativo como um fator de agregação, construção, multiplicação e transformação da comunidade e dos agentes de saúde. Percebemos que existe uma certa aproximação entre comunidade e agentes de saúde, mas de forma ocasional e restrita a alguns locais e pessoas.

Os diretamente atingidos pela LVH percebem que as condições do ambiente e a higiene não são adequadas, que propiciam a urbanização do mosquito, mas são escassas e repetitivas as atitudes e práticas que auxiliem na diminuição dos casos. Logo, entendemos que uma das formas de prevenir a disseminação da LVH é a educação que só produzirá bons resultados se estiver fundamentada no entendimento profundo dos conhecimentos, comportamentos e práticas predominantes no município de Tocantinópolis _TO. Não basta programar ações setoriais, é preciso que se promova a interação e articulação entre todos os envolvidos de modo a se ter um lugar saudável.

Ao final, o que se entende é que a cultura está presente e se apresenta de várias formas, inclusive quando se adocece e se procura por tratamento. Porém, na atuação como pesquisadores da área da saúde, nos deparamos com sistemas culturais diversos ao nosso, que devem ser considerados nas práticas em saúde cotidianas e de combate a LHV.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, V. *História oral: a experiência do CPDOC*. Rio de Janeiro: Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil, 1989. 202 p.

ALBERTI, Verena. *Manual de História Oral*. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

ALBERTI, Verena. *Histórias dentro da história*. In: BINSKY, Carla Bassanezi (Org.). *Fontes Históricas*. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2006. p. 156-202.

ALMEIDA, Jozimar Paes de. *A extinção do arco-íris: ecologia e história*. Campinas: Papirus, 1988.

ALVES, Paulo Cesar. RABELLO, Miriam Cristina. (1998). *Repensando os estudos sobre representações e práticas em saúde/doença*. In: Alves, Paulo César; Rabello, M. C. (orgs.). *Antropologia da saúde: traçando identidades e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Fiocruz/RelumeDumará, 107-121.

APPOLINÁRIO, Fabio. *Dicionário de metodologia científica: um guia para a produção do conhecimento científico*. São Paulo, Atlas, 2009.

AROUCA, Sérgio. *A História Natural das Doenças*. Rev.Saúde em Debate. n.1, Rio de Janeiro, out-dez, 1976. p.15-19

BARCELLOS, Christovan (org). *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008.

BEAUD, Stéphane; WEBER, Florence. *Guia para pesquisa de campo: produzir e analisar dados etnográficos*. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3ª edição. Brasília, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acesso em: 05 de jan de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Casos confirmados de Leishmaniose Visceral, Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas. 1990 a 2016. Brasília, 2017. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/14/LV-Casos.pdf>. Acesso em 05 de jan de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coeficiente de incidência de Leishmaniose Visceral por 100.000 habitantes. Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas. 1990 a 2015. Brasília, 2017. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/novembro/08/LV-Coeficiente%20de%20Incidncia.pdf>. Acesso em 07 nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Casos de LV por Município de infecção, Brasil, 2015. Brasília, 2017. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/marco/03/LV-Graficos-e-Mapas.pdf>. Acesso em 07 nov. 2017.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. *Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e os serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do SUS (NOB SUS/96)*. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 2.446, de 11 de novembro de 2014*. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html>. Acesso em: 18 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria No4.279, de 30 de dezembro de 2010*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção a Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2018.

BREILH, Jaime. *Epidemiologia: economia, política e saúde*. São Paulo, UNESP/Hucitec, 1991.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *Sete considerações sobre saúde e cultura*. Saúde e sociedade. 11(1): 105-115, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v11n1/11>. Acessado em: 04/07/19.

CASTRO, Josiane Marcia de. RODRIGUES, Suely Maria. TARSO, Savio; de LACERDA COSTA, Flavio. da COSTA PIAZZAROLLO RODRIGUES, Ana Clara. DUARTE FERREIRA VIEIRA, Lucas. RODRIGUS LIMA, Marlucy. BORJA-CABRERA, Gulnara Patrícia. *Conhecimento, Percepções de Indivíduos em Relação à Leishmaniose Visceral Humana Como Novas Ferramentas de Controle*. Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde, vol. 20, núm. 2, 2016, pp. 93-103.

CELLARD, André. *A análise documental*. In: POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, Vozes, 2008.

CHIZZOTTI, Antonio. *Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais*. Petrópolis, Vozes, 2006.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Gilles. *O anti-édipo: capitalismo e esquizofrenia*. I. Tradução de Luiz B.L. Orlandi. São Paulo: Editora 34, 2010.

EAGLETON, Terry. *A idéia de cultura*. 2ª Ed. Tradução de Sandra C. Branco. São Paulo: Editora da UNESP, 2011.

FARIA, Rivaldo Mauro de. *A territorialização da atenção primária à saúde no sistema único de saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território*. Hygeia, 9 (16): 131 - 147, Jun/2013.

FARIA, Rivaldo Mauro de. BORTOLOZZI, Arlêude. *Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da Geografia da Saúde no Brasil*. R. RA'É GA, Curitiba, n. 17, p. 31-41, 2009. Editora UFPR.

FERREIRA, Marieta de Moraes; AMADO, Janaína. [orgs.] *Usos & abusos da história oral*. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

FERREIRA, Sônia Maria Isabel Lopes. PENTEADO, Maridalva de Souza. JUNIOR, Milton Ferreira da Silva. *Território e territorialidade no contexto hospitalar: uma abordagem interdisciplinar*. Saúde Soc. São Paulo, v.22, n.3, p.804-814, 2013.

FOUREZ, Gerard. *Interdisciplinarité et îlots de rationalité*. Canadian Journal of Science, Mathematics and Technology Education, Toronto, v. 1, n. 3, p. 341-348, 2001.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

GEERTZ, Clifford. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. In: _____. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. cap. 1, p. 13-41.

GEERTZ, Cliford. *O conhecimento local*. Petrópolis: Vozes, 1998.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda. MONKEN, Maurício. *Territorialização em saúde*. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2ª Edição revista e ampliada. Manguinhos, RJ. 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>. Acesso em 07 de nov. 2017.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda. MONKEN, Maurício. *Territorialização em saúde*. In *Pereira, Isabel Brasil; Lima, Júlio César França*. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro, EPSJV; FIOCRUZ, 2008. p.392-399.

GONTIJO, Célia Maria Ferreira. MELO, Maria Norma. *Leishmaniose Visceral no Brasil: quadro atual, desafios e perspectivas*. Rev. Bras. Epidemiol. Vol. 7, Nº 3, 2004.

GUBA, Egon G. LINCOLN, Yvonna S. *Effective evaluation*. San Francisco, Jossey-Bass, 1981.

GUIRALDELLI, Reginaldo. *O enfoque metodológico da História Oral em serviço social. Emancipação*, Ponta Grossa, 13, nºEspecial: 121-131, 2013. Disponível em <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao>>. Acesso em: 04/07/19.

HABERMAS, Jürgen. *Teoria do Agir Comunicativo 1: Racionalidade da ação e racionalização social*. Tradução: Paulo Astor Soethe. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2012a.

_____. *Teoria do Agir Comunicativo 2: sobre a crítica da razão funcionalista*. Tradução: Flávio Beno Siebeneichler. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2012b.

HAESBAERT, Rogério. *Des-caminhos e perspectivas do território*. In: RIBAS, A. D.; SPOSITO, E. S.; SAQUET, M. A. (Orgs.). *Território e desenvolvimento: diferentes abordagens*. Francisco Beltrão: UNIOESTE, p. 87- 120, 2005.

HAESBAERT, Rogério. *Território e multiterritorialidade: um debate*. *GEOgraphia*- Ano IX - No 17 – 2007.

HAESBAERT, Rogério; BRUCE, G. *A desterritorialização na obra de Deleuze e Guattari*. *GEOgraphia*, Niterói, v. 4, n. 7, 2002. Disponível em: <<http://www.uff.br/geographia/ojs/index.php/geographia/article/view/74/72>>. Acesso em: 08 mar. 2018.

HELMAN, Cecil. G. *Cultura, Saúde e Doença*. 2ª Edição. Editora Artes Médicas. Porto Alegre, 1994.

HENRIQUE, Wendel. *O direito à natureza na cidade*. Salvador: EDUFBA, 2009. 186 p.

HUSSERL, Edmund. *A crise das ciências européias e a fenomenologia transcendental: uma introdução à filosofia fenomenológica*. Tradução de Diogo F. Ferrer. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

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

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/to/tocantinopolis/historico>. Acesso em 08 de março de 2018

JAYME, Matheus Suavinha. WANDERLEY, Caren Lopes. MOURA, Francisco Filho Morais. CASTRO, José Gerley Díaz. *Perfil epidemiológico dos casos de Leishmaniose Visceral em Palmas, Tocantins no período de 2007 – 2014*. Rev Pat Tocantins V. 3, n. 01, 2016.

JUNIOR, Nilo Luiz Saccaro. MATION, Lucas Ferreira. SAKOWSKI, Patrícia A. Morita. *Efeito do desmatamento sobre malária e leishmaniose na Amazônia*. Revista Ipea – desafios do desenvolvimento. Ano 13. Edição 87 - 17/06/2016. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&view=article&id=3271&catid=29&Itemid=34. Acesso em 17 de julho de 2019.

KUJAWSKI, G.M. *Ecologia: qual o verdadeiro lugar do homem?* O Estado de São Paulo, São Paulo, Caderno 2, ano 1, n. 4, p. 4, 06 jul.1980.

LANGDON, Esther Jean. (2009). *Dialogando sobre o processo saúde/doença com a Antropologia: entrevista com Esther Jean Langdon*. Rev Bras Enferm, 62 (2), 323-6.

LANGDON, Esther Jean. WIJK, Flávio Braune. (2010). *Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde*. Rev.Latino-Am. Enfermagem, 18 (3).

LEININGER, Madeleine. (1985). *A Relevant nursing theory: transcultural care diversity and universality*. Em Simpósio brasileiro de teorias de enfermagem. Florianópolis, UFSC, 232-54.

LIMA, Clara Cynthia Lima. GRISOTTI, Marcia. *Relação humano-animal e leishmaniose: repercussões no cotidiano de indivíduos inseridos em região endêmica*. Saúde Soc. São Paulo, v.27, n.4, p.1261-1269, 2018.

MACHADO, C.J.S. RAMOS, R.R. *Ciência, saúde coletiva, meio ambiente e sociedade*. Artigo socializado pelo Jornal da Ciência/SBPC [JC e-mail 4069, de 06 de Agosto de 2010] e publicado pelo EcoDebate, 09/08/2010. Disponível em: <https://www.ecodebate.com.br/2010/08/09/ciencia-saude-coletiva-meio-ambiente-e-sociedade-artigo-de-carlos-jose-saldanha-machado-e-rafaela-rodrigues-ramos>.

MELLO, Claudia Helena Mantelle Silva. *A valorização dos aspectos culturais da população como estratégia para melhorar a adesão da comunidade às ações de promoção de saúde e prevenção de doenças*. Aurora, Marília, v.5, p. 9-24, 2012.

MEIHY, J.C.S.B. *Manual de História Oral*. 2. ed. São Paulo: Loyola, 1998. 86 p.

MEIHY, José Carlos Sebe B.; HOLANDA, Fabíola. *História Oral: como fazer, como pensar*. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento*. Rio de Janeiro: HUCITEC-abrasco, 1992.

MONKEN, Maurício. BARCELLOS, Christovam. *O território na promoção e vigilância em saúde*. In: Fonseca, Angélica Ferreira; Corbo, Ana Maria D'Andrea. *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro, EPSJV; FIOCRUZ, 2007. p.177-224.

MONKEN, Maurício. *Contexto, Território e o processo de territorialização de informações: desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em saúde*, 2008.

MONKEN, Mauricio et al. *O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente*. In: BARCELLOS, Christovam (Org.). *Território, Ambiente e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 23 – 41.

MORIN. Edgar. LE MOIGNE, Jean Louis. *A inteligência da complexidade*. 2. ed. São Paulo: Petrópolis, 2000.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. *Leishmanioses*. Informe Epidemiológico nas Américas. Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial de Saúde, Informe Leishmanioses, n. 4, 2016.

ORYAN, Armad. AKBARI, Maryam. *Worldwide risk factors in leishmaniasis*. Asian Pacific Journal of Tropical Medicine 2016; 9(10): 925–932.

PALERMO, Luis Claudio. *A importância da teoria do agir comunicativo na atualidade: racionalidade, mundo da vida e democracia deliberativa*. PRACS: Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP. Macapá, n. 6, p. 01-17, dez. 2013. Disponível em: <https://periodicos.unifap.br/index.php/pracs/article/viewFile/806/n6Palermo.pdf>. Acessado em: 16/04/2018.

PAULILO, Maria Ângela Silveira. *A pesquisa qualitativa e a história de vida*. Serv. Soc. Rev., Londrina, v. 2, n. 2, p.135-148, jul./dez. 1999.

PIGNATTI, Marta G. *Saúde e ambiente: as doenças emergentes no Brasil*. Ambiente & Sociedade – Vol. VII nº. 1 jan/jun. 2004, P. 133-148.

POMBO, Olga. *Epistemologia da interdisciplinaridade*. Revista do Centro de Educação e Letras da UNIOESTE - Campus de Foz do Iguaçu, v. 10, nº 1, p. 9-40, 2008.

RAFESTTIN, Claude. *Por uma geografia do poder*. Tradução de Maria Cecília França. São Paulo: Ática, 1993.

RIVERA, Francisco Javier Juribe. *Agir comunicativo e pensamento social: uma crítica ao enfoque estratégico*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

- ROCHA, Patricia Rodrigues. DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. *Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde*. Ver Esc Enferm USP - 2015; 49(1): 129-135.
- SAQUET, Marcos Aurélio. *Abordagens e concepções sobre território*. São Paulo: Expressão Popular, 2007.
- SANTOS, Milton. SILVEIRA, Maria Laura. *O Brasil: território e sociedade no início do século XXI*. Rio de Janeiro: Record, 2001.
- _____. *Por uma outra globalização (do pensamento único à consciência universal)*. Rio de Janeiro: Record, 2001.
- _____. *Natureza do Espaço: técnica, razão e emoção*. 4. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.
- SANTOS, Silvana Sidney Costa. HAMMERSCHMIDT, Karina Silveira de Almeida. *A complexidade e a religação de saberes interdisciplinares: contribuição do pensamento de Edgar Morin*. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, DF, v. 65, n. 4, p. 561-565, 2012.
- _____. *Espaço e sociedade*. Petrópolis: Vozes, 1979.
- SCARCELLI, Ianni Regia. *Entre o hospício e a cidade: dilemas no campo da saúde mental*. São Paulo: Zagadoni, 2011.
- SILVA, Marivaldo Cavalcante da. *Considerações sobre a expansão da leishmaniose visceral no Estado do Tocantins*. Revista Querubim. Ano 09 N°19 – 2013a.
http://www.uff.br/feuffrevistaquerubim/images/arquivos/zquerubim_19_2013_v_2.pdf. Acessado em: 16/11/2017
- _____. *Leishmaniose Visceral: fatores determinantes e condicionantes de uma epidemia anunciada em Araguaína-TO*. Tese (Doutorado em Geografia) - Instituto de Geografia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia MG, 2013b. 173f. <http://www.ppgeo.ig.ufu.br/sites/ppgeo.ig.ufu.br/files/Anexos/Bookpage/TESE%20FINAL%20para%20CD.pdf>. Acessado em: 16/11/2017
- SILVEIRA, Éder da Silva. *História Oral e memória: pensando um perfil de historiador etnográfico*. MÉTIS: história & cultura – v. 6, n. 12, p. 35-44, jul./dez. 2007.
- SMITH, Plínio J.; SILVA FILHO, Waldomiro J. (Orgs). *Significado, verdade, interpretação: Davidson e a filosofia*. São Paulo: Edições Loyola, 2005.
- SOUZA, Maria Adélia Aparecida de. *Uso do Território e Saúde*. Refletindo sobre “municípios saudáveis”. In: Ana Maria Girotti Sperandio. (Org.). *O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis*. 1ª ed. Campinas: IPES Editorial, v. 2, p. 57-77, 2004.

SOARES, Luiz Eduardo. *O Rigor da Indisciplina: ensaios de antropologia interpretativa*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

THOMPSON, Edward P. *A formação da classe operária inglesa: a maldição de Adão*. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997. p. 179-224.

THOMPSON, Paul. *A voz do passado: História Oral*. Tradução Lólio Lourenço de Oliveira. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

WILLIAMS, Raymond. *Palavras-chave: um vocabulário de cultura e sociedade*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2007.

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Comunidade

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr.(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa A INCIDÊNCIA DA LEISHMANIOSE VISCERAL HUMANA EM TOCANTINÓPOLIS-TO: PRÁTICAS PÚBLICAS DE COMBATE NA PERSPECTIVA DO TERRITÓRIO E CULTURA DA SAÚDE. Esta pesquisa será realizada pelos pesquisadores ELIANÔRA GOMES DE CARVALHO, do Curso de PÓS GRADUAÇÃO EM ESTUDOS INTERDISCIPLINARES DE CULTURA E TERRITORIO da Universidade Federal do Tocantins do Campus de Araguaína, sob orientação do(a) Prof.(a) MARIVALDO CAVALCANTE. Nesta pesquisa, pretendemos compreender a incidência da Leishmaniose Visceral Humana (LVH) em Tocantinópolis-TO, bem como a prática pública de combate à doença na perspectiva dos conceitos de território, cultura da saúde e mundo da vida. O motivo que nos leva a estudar esta temática é poder auxiliar nas pesquisas em saúde, no desenvolvimento de ações e estratégias que possibilitem a promoção de saúde num contexto e dentro dos princípios promulgados pelo SUS, sendo que estudos no âmbito das ciências sociais tem se mostrado de suma relevância para melhor entendimento de várias doenças. Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: pesquisa de cunho qualitativo a ser realizada mediante entrevistas com a população atingida pela Leishmaniose Visceral Humana e agentes de saúde de Tocantinópolis-TO. A sua participação consistirá em relatar como, quando e onde foi acometido pela doença e as percepções na assistência na saúde, não havendo coleta de material biológico e não haverá registros fotográficos de participantes somente dos locais. Haverá registro de áudio. Será realizada entrevista aberta para coleta dos dados usando de instrumentos como: diário de campo e gravador. O tempo de cada entrevista, bem como a quantidade de entrevistas pode variar de acordo com cada um, sua disponibilidade e aceitação. O local da entrevista pode ser privativo ou não a depender do seu conforto e bem-estar. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em desconforto, constrangimento ou alterações de comportamento durante gravações de áudio e vídeo; invasão de privacidade; discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado. Em caso de necessidade a pesquisadora providenciará o atendimento adequado durante o acompanhamento aos participantes da pesquisa durante todas as fases da pesquisa, bem como, o participante, em qualquer fase da pesquisa, pode retirar seu consentimento de participação. O participante terá direito a privacidade durante todas as fases da pesquisa. A pesquisa contribuirá para a conscientização da sociedade a respeito da natureza da construção do conhecimento

científico; existe uma elevada possibilidade de gerar conhecimento generalizável com vistas a entender, prevenir ou aliviar algum problema ou situação de saúde; produção e publicitação do conhecimento procedente da pesquisa visando contribuir para o desenvolvimento de alternativas efetivas para intervenção no futuro.

Para participar deste estudo o(a) Sr.(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito à indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar a qualquer tempo e sem quaisquer prejuízos. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr.(a) é atendido(a) pelo pesquisador. Os resultados obtidos pela pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou qualquer dado, material ou registro que indique sua participação no estudo não será liberado sem a sua permissão. O(A) Sr.(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida ao agente de saúde participante da pesquisa. Os dados, materiais e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos na sala da coordenação do PPGCULT do Curso de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares de Cultura e Território da UFT e, após esse tempo, serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Eu,

fui informado(a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa A INCIDÊNCIA DA LEISHMANIOSE VISCERAL HUMANA EM TOCANTINÓPOLIS-TO: PRÁTICAS PÚBLICAS DE COMBATE NA PERSPECTIVA DO TERRITÓRIO E CULTURA DA SAÚDE, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

- () **Concordo que o meu registro sonoro seja utilizado somente para esta pesquisa.**
- () **Concordo que o meu registro sonoro possa ser utilizado em outras pesquisas, mas serei comunicado pelo pesquisador novamente e**

assinarei outro termo de consentimento livre e esclarecido que explique para que será utilizado o material.

Rubrica do pesquisador: _____

Rubrica do participante: _____

Declaro que concordo em participar desta pesquisa. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido assinado por mim e pelo pesquisador, que me deu a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

Nome do Participante:

Data:

____/____/____

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

Nome do Pesquisador Responsável: ELIANORA GOMES DE CARVALHO
Endereço: RUA RICARDO AUGUSTO BRAZ QD29 LT30 Bairro: RESIDENCIAL CAMARGO
CEP: 77808-654 Cidade: Araguaína-TO Telefone Celular:
(63)99240-7695
E-mail: elianora.carvalho@gmail.com

Endereço profissional: RUA 15 DE NOVEMBRO N 899 CENTRO
CEP: 77803-070 Cidade: Araguaína-TO Telefone Fixo:
(63)3413-5304
E-mail: araguainacerest@gmail.com

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

DATA

Em caso de dúvidas quanto aos aspectos éticos da pesquisa o(a) Sr (a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFT. O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. Ele tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Se você achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o **CEP da Universidade Federal do Tocantins pelo telefone 63 3229 4023, pelo email: cep_uft@uft.edu.br, ou Quadra 109 Norte, Av. NS 15, ALCNO 14, Prédio do Almoxarifado, CEP-UFT 77001-090 - Palmas/TO. O (A) Sr. (a) pode inclusive fazer a reclamação sem se identificar, se preferir. O horário de atendimento do CEP é de segunda e terça das 14 às 17 horas e quarta e quinta das 9 às 12 horas.**

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (TCLE) – agente de saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr.(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa A INCIDÊNCIA DA LEISHMANIOSE VISCERAL HUMANA EM TOCANTINÓPOLIS-TO: PRÁTICAS PÚBLICAS DE COMBATE NA PERSPECTIVA DO TERRITÓRIO E CULTURA DA SAÚDE. Esta pesquisa será realizada pelos pesquisadores ELIANÔRA GOMES DE CARVALHO, do Curso de PÓS GRADUAÇÃO EM ESTUDOS INTERDISCIPLINARES DE CULTURA E TERRITORIO da Universidade Federal do Tocantins do Campus de Araguaína, sob orientação do(a) Prof.(a) MARIVALDO CAVALCANTE. Nesta pesquisa, pretendemos compreender a incidência da Leishmaniose Visceral Humana (LVH) em Tocantinópolis-TO, bem como a prática pública de combate à doença na perspectiva dos conceitos de território, cultura da saúde e mundo da vida. O motivo que nos leva a estudar esta temática é poder auxiliar nas pesquisas em saúde, no desenvolvimento de ações e estratégias que possibilitem a promoção de saúde num contexto e dentro dos princípios promulgados pelo SUS, sendo que estudos no âmbito das ciências sociais tem se mostrado de suma relevância para melhor entendimento de várias doenças. Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: pesquisa de cunho qualitativo a ser realizada mediante entrevistas com agentes de saúde de Tocantinópolis-TO. A sua participação consistirá em relatar as situações de identificação dos casos, situação socioeconômica, relação, comunicação, situações de violência em campo com os atingidos pela Leishmaniose Visceral Humana, não havendo coleta de material biológico e não haverá registros fotográficos de participantes somente dos locais. Haverá registro de áudio. Será realizada entrevista aberta para coleta dos dados usando de instrumentos como: diário de campo e gravador. O tempo de cada entrevista, bem como a quantidade de entrevistas pode variar de acordo com cada um, sua disponibilidade e aceitação. O local da entrevista pode ser privativo ou não a depender do seu conforto e bem-estar. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em desconforto, constrangimento ou alterações de comportamento durante gravações de áudio e vídeo; invasão de privacidade; discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado. Em caso de necessidade a pesquisadora providenciará o atendimento adequado durante o acompanhamento aos participantes da pesquisa durante todas as fases da pesquisa, bem como, o participante, em qualquer fase da pesquisa, pode retirar seu consentimento de participação. O participante terá direito a privacidade durante todas as fases da pesquisa. A pesquisa contribuirá para a conscientização da sociedade a

respeito da natureza da construção do conhecimento científico; existe uma elevada possibilidade de gerar conhecimento generalizável com vistas a entender, prevenir ou aliviar algum problema ou situação de saúde; produção e publicitação do conhecimento procedente da pesquisa visando contribuir para o desenvolvimento de alternativas efetivas para intervenção no futuro.

Para participar deste estudo o(a) Sr.(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito à indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar a qualquer tempo e sem quaisquer prejuízos. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr.(a) é atendido(a) pelo pesquisador. Os resultados obtidos pela pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou qualquer dado, material ou registro que indique sua participação no estudo não será liberado sem a sua permissão. O(A) Sr.(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida ao participante da pesquisa. Os dados, materiais e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos na sala da coordenação do PPGCULT do Curso de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares de Cultura e Território da UFT e, após esse tempo, serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, fui informado(a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa A INCIDÊNCIA DA LEISHMANIOSE VISCERAL HUMANA EM TOCANTINÓPOLIS-TO: PRÁTICAS PÚBLICAS DE COMBATE NA PERSPECTIVA DO TERRITÓRIO E CULTURA DA SAÚDE, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

- Concordo que o meu registro sonoro seja utilizado somente para esta pesquisa.**
- Concordo que o meu registro sonoro possa ser utilizado em outras pesquisas, mas serei comunicado pelo pesquisador novamente e**

assinarei outro termo de consentimento livre e esclarecido que explique para que será utilizado o material.

Rubrica do pesquisador: _____

Rubrica do participante: _____

Declaro que concordo em participar desta pesquisa. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido assinado por mim e pelo pesquisador, que me deu a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

Nome do Participante:

Data:

____/____/____

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

Nome do Pesquisador Responsável: ELIANORA GOMES DE CARVALHO
Endereço: RUA RICARDO AUGUSTO BRAZ QD29 LT30 Bairro: RESIDENCIAL CAMARGO
CEP: 77808-654 Cidade: Araguaína-TO Telefone Celular:
(63)99240-7695
E-mail: elianora.carvalho@gmail.com

Endereço profissional: RUA 15 DE NOVEMBRO N 899 CENTRO
CEP: 77803-070 Cidade: Araguaína-TO Telefone Fixo:
(63)3413-5304
E-mail: araguainacerest@gmail.com

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

DATA

Em caso de dúvidas quanto aos aspectos éticos da pesquisa o(a) Sr (a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFT. O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. Ele tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Se você achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o **CEP da Universidade Federal do Tocantins pelo telefone 63 3229 4023, pelo email: cep_uft@uft.edu.br, ou Quadra 109 Norte, Av. NS 15, ALCNO 14, Prédio do Almoxarifado, CEP-UFT 77001-090 - Palmas/TO. O (A) Sr. (a) pode inclusive fazer a reclamação sem se identificar, se preferir. O horário de atendimento do CEP é de segunda e terça das 14 às 17 horas e quarta e quinta das 9 às 12 horas.**

Anexo A – Declaração da instituição participante

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS DE ARAGUAÍNA
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Rua José de Brito Soares, nº 1015 | Setor Anhanguera
CEP 77.818-530 | Araguaína/TO
(63) 3413-8642 | cep.hdt@ebserh.gov.br



ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO

De : ELIANÔRA GOMES DE CARVALHO
Para : Sr. JAIR TEIXEIRA AGUIAR
Secretário Municipal de Saúde de Tocantinópolis – TO

Assunto: Solicitação de Anuência.

Senhor(a) Secretário(a),

Eu, ELIANÔRA GOMES DE CARVALHO, pesquisador(a) responsável pelo estudo intitulado A INCIDÊNCIA DA LEISHMANIOSE VISCERAL HUMANA EM TOCANTINÓPOLIS-TO: PRÁTICAS PÚBLICAS DE COMBATE NA PERSPECTIVA DO TERRITÓRIO E CULTURA DA SAÚDE” solicito a Vossa Senhoria ANUÊNCIA para executar a coleta de dados para minha pesquisa, junto a esta instituição, sob sua gestão.

Na expectativa de um pronunciamento favorável, antecipadamente agradeço.

Atenciosamente.

Elianôra Gomes de Carvalho

Termo de Anuência

Considerando que esta instituição possui condições de atender a solicitação do(a) pesquisador(a), minha manifestação é pelo DEFERIMENTO.

Tocantinópolis, 05 de fevereiro de 2019


Jair Teixeira Aguiar
Secretário Municipal de Saúde
Ata de Nomeação nº 003/GP/2017
JAIR TEIXEIRA AGUIAR
Secretário Municipal de Saúde

Anexo B – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa – CEP / Campus de Palmas-TO

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
FEDERAL DO TOCANTINS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A INCIDÊNCIA DA LEISHMANIOSE VISCERAL HUMANA EM TOCANTINÓPOLIS-TO: PRÁTICAS PÚBLICAS DE COMBATE NA PERSPECTIVA DO TERRITÓRIO E CULTURA DA SAÚDE

Pesquisador: ELIANORA GOMES DE CARVALHO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 08269219.2.0000.5519

Instituição Proponente: Fundação Universidade Federal do Tocantins

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.390.920

Apresentação do Projeto:

A presente pesquisa tem uma abordagem qualitativa, apoiada na História Oral e nas Histórias de Vida, apresentadas por autores como Meihy e Holanda (2013), Thompson (1992), Alberti (2005), Ferreira e Amado (2006). No Capítulo I foi dada ênfase aos caminhos da pesquisa: os sujeitos, lócus, histórico, área de estudo, fonte de dados, população de estudo com a caracterização da epidemia e bases teóricas metodológicas definindo método, técnicas, métodos de análise, dentre outros. Aqui apresentamos a população de estudo com suas peculiaridades, história e caracterizamos a situação de epidemia que vive o município, apontando previamente para os diversos fatores que podem levar a urbanização da LVH, dentre as quais os de território, ambientais, sociais e culturais. No Capítulo II apresentamos o aporte teórico nas quais abordamos os conceitos de cultura, território, ambiente, saúde pública e o processo de construção interdisciplinar entre estes e as ciências que os abordam. A interdisciplinaridade é o conceito condutor do desenvolvimento desse capítulo, onde se procura desenvolver um diálogo com autores que trabalham com o conceito de território, para que estes nos auxiliem a pensar como potencializar a relação entre serviço,

Endereço: Avenida NS 15, 109 Norte Prédio do Almoarifado

Bairro: Plano Diretor Norte

CEP: 77.001-090

UF: TO

Município: PALMAS

Telefone: (63)3232-8023

E-mail: cep_uf@uft.edu.br

Continuação do Parecer: 3.390.920

produção do cuidado, espaço e cultura. O Capítulo III traz uma análise das territorialidades, sentidos e modos de vida da população atingida pela epidemia da Leishmaniose Visceral Humana em Tocantinópolis-TO. Aqui procuramos dar ênfase às territorialidades, os modos de vida e a territorialização dos espaços presentes nas comunidades atingidas pela LVH. No subtítulo "Territorialização e territorialidades na estrutura de saúde" foi feita uma pré-análise do Plano de Combate a Leishmaniose do município com foco nas falas e as propostas de ações do Plano de Ação para Intensificação da Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral. Aqui é possível perceber como o território é subdimensionado e como a territorialização está impactando na urbanização da LVH. Pautado no que E. P. Thompson chamou de padrões de experiências vamos relacionar padrões como: moradia, saneamento e ambiente com a urbanização da LVH apresentando os sistemas de organizações, gerenciamento e trabalho presentes no território da saúde pública e no combate a LVH. No subtítulo "Os sentidos e o cuidado na saúde" apresentam uma análise das entrevistas realizadas na comunidade, trazendo os sentidos evocados pelos atingidos pela LVH (seja ele agente de saúde ou morador), e as perspectivas comunicativas que torna possível produzir um entendimento, uma forma de se construir bons resultados ancorados numa razão que se propõe ser dialógica e ética através de procedimentos para os quais a razão comunicativa é fundamental por meio da ação comunicativa. Aqui vamos apresentar descrever os sentimentos, as subjetividades e apontar as múltiplas possibilidades de estratégias a serem consideradas quando se amplia a visão de território e integra-se os modos de vida da população pautadas no que Raymond Williams chamou de estruturas de sentimentos e nas subjetividades apresentadas por Habermas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender a incidência da Leishmaniose Visceral Humana (LVH) em Tocantinópolis-TO, bem como a prática pública de combate a doença na perspectiva dos conceitos de território, cultura da saúde e mundo da vida.

Endereço: Avenida NS 15, 109 Norte Prédio do Almoxarifado
Bairro: Plano Diretor Norte **CEP:** 77.001-090
UF: TO **Município:** PALMAS
Telefone: (63)3232-8023 **E-mail:** cep_uft@uft.edu.br

Continuação do Parecer: 3.390.920

Objetivo Secundário:

•Correlacionar os modos de vida da população com a epidemia da Leishmaniose Visceral Humana – LVH em Tocantinópolis-TO; •Analisar as territorialidades da população atingida pela epidemia da Leishmaniose Visceral Humana – LVH em Tocantinópolis-TO a partir das histórias orais e de vida; •Identificar a concepção sobre a Leishmaniose Visceral Humana – LVH com base nos padrões de experiências dos indivíduos envolvidos na epidemia (saúde pública e população) em Tocantinópolis-TO.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

- Desconforto, constrangimento ou alterações de comportamento durante gravações de áudio e vídeo;- O risco de quebra de sigilo. - Invasão de privacidade; - Discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado;- Tomar o tempo do sujeito ao responder ao questionário/entrevista.

Benefícios:

• A curto prazo a resposta é nenhum uma vez que a pesquisa faz parte da conscientização da sociedade a respeito da natureza da construção do conhecimento científico, a qual será apropriadamente reconhecido e esclarecido ao participante; • Existe uma elevada possibilidade de gerar conhecimento generalizável com vistas a entender, prevenir ou aliviar algum problema ou situação de saúde; • Produção e publicitação do conhecimento procedente da pesquisa visando contribuir para o desenvolvimento de alternativas efetivas para intervenção no futuro.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Todas as alterações sugeridas no protocolo anterior foram atendidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos adequados.

Endereço: Avenida NS 15, 109 Norte Prédio do Almoarifado
Bairro: Plano Diretor Norte **CEP:** 77.001-090
UF: TO **Município:** PALMAS
Telefone: (63)3232-8023 **E-mail:** cep_uft@uft.edu.br

Continuação do Parecer: 3.390.920

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1278808.pdf	17/05/2019 12:39:48		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoelianoracorrigido.pdf	17/05/2019 12:37:47	ELIANORA GOMES DE CARVALHO	Aceito
Outros	cartaresposta.pdf	17/05/2019 12:35:48	ELIANORA GOMES DE CARVALHO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termocomunidade.pdf	17/05/2019 11:33:24	ELIANORA GOMES DE CARVALHO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termoagentedesaude.pdf	17/05/2019 11:32:22	ELIANORA GOMES DE CARVALHO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaodainstituicao.pdf	13/02/2019 17:28:23	ELIANORA GOMES DE CARVALHO	Aceito
Brochura Pesquisa	formulariodesubmissaodeprotocolo.pdf	13/02/2019 17:26:00	ELIANORA GOMES DE CARVALHO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAODOPEQUISADOR.pdf	13/02/2019 17:25:20	ELIANORA GOMES DE CARVALHO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo.pdf	13/02/2019 17:24:42	ELIANORA GOMES DE CARVALHO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOELIANORA.pdf	13/02/2019 17:05:06	ELIANORA GOMES DE CARVALHO	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	13/02/2019 17:04:24	ELIANORA GOMES DE CARVALHO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Avenida NS 15, 109 Norte Prédio do Almoarifado

Bairro: Plano Diretor Norte

CEP: 77.001-090

UF: TO

Município: PALMAS

Telefone: (63)3232-8023

E-mail: cep_uft@uft.edu.br

Continuação do Parecer: 3.390.920

Não

PALMAS, 13 de Junho de 2019

Assinado por:
Victor Rodrigues Nepomuceno
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida NS 15, 109 Norte Prédio do Almoarifado

Bairro: Plano Diretor Norte

CEP: 77.001-090

UF: TO **Município:** PALMAS

Telefone: (63)3232-8023

E-mail: cep_uf@uft.edu.br