



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

ELAINE BARROS DE ALENCAR COSTA

A LEISHMANIOSE VISCERAL HUMANA E O DESAFIO DA
INTERSETORIALIDADE NO MUNICÍPIO DE ARAGUAÍNA-TOCANTINS

ARAGUAÍNA (TO)

2020

ELAINE BARROS DE ALENCAR COSTA

**A LEISHMANIOSE VISCERAL HUMANA E O DESAFIO DA
INTERSETORIALIDADE NO MUNICÍPIO DE ARAGUAÍNA-TOCANTINS**

Dissertação de Mestrado apresentada
ao Programa de Pós-graduação em
Estudos de Cultura e Território da
Universidade Federal do Tocantins
como requisito parcial para a obtenção
do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Marivaldo
Cavalcante da Silva

ARAGUAÍNA (TO)

2020

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

- C837I Costa, Elaine Barros de Alencar Costa.
A leishmaniose visceral humana e o desafio da intersectorialidade no município de Araguaína - Tocantins. / Elaine Barros de Alencar Costa Costa. – Araguaína, TO, 2020.
109 f.
Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Araguaína - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) em Estudo de Cultura e Território, 2020.
Orientador: Marivaldo Cavalcante da Silva Silva
1. Leishmaniose visceral humana. 2. Intersectorialidade. 3. Cultura . 4. Território. I. Título

CDD 306

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizada 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).

ELAINE BARROS DE ALENCAR COSTA

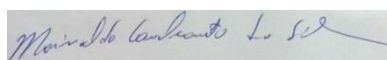
**A LEISHMANIOSE VISCERAL HUMANA E O DESAFIO DA
INTERSETORIALIDADE NO MUNICÍPIO DE ARAGUAÍNA-TOCANTINS**

Dissertação de Mestrado apresentada
ao Programa de Pós-graduação em
Estudos de Cultura e Território da
Universidade Federal do Tocantins
como requisito parcial para a obtenção
do título de Mestre.

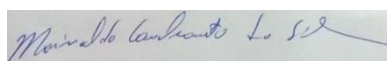
Orientador: Prof. Dr. Marivaldo
Cavalcante da Silva

DATA DE APROVAÇÃO: 14 / 08 / 2020.

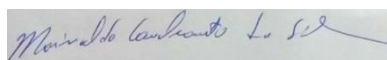
Banca examinadora:



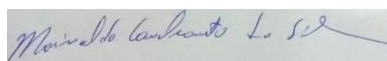
Prof. Dr. Marivaldo Cavalcante da Silva – UFT. Orientador - via web conferência.



Prof. Dr. Adeir Archanjo Mota – UFGD. Avaliador - via web conferência.



Prof. Dr. Dagmar Manieri – UFT. Avaliador - via web conferência.



Prof. Dr. Samuel do Carmo Lima – UFU. Avaliador - via web conferência.

RESUMO

A Leishmaniose visceral humana (LVH) é uma doença endêmica de importância em saúde pública com alta letalidade quando não tratada e crescente disseminação há décadas. Apresenta difícil controle uma vez que seu processo de transmissão envolve diversos fatores biológicos, sociais, culturais e ambientais. A eficácia dos programas de saúde pública depende de uma boa gestão territorial, e essa gestão requer ações integradas respaldando a necessidade de um trabalho intersetorial e interdisciplinar que não se limita à visão dicotômica que muitas vezes se tem produzido em saúde no Brasil. Pretende-se com essa pesquisa, compreender a importância da intersetorialidade no combate da epidemia de LVH em Araguaína -Tocantins nos diversos campos de atenção à saúde, bem como verificar quais os entraves têm sido percebidos entre os setores de atenção à saúde frente à epidemia de LVH. Ao conhecer esse contexto, soluções possam ser buscadas para que a intersetorialidade seja eficiente no alcance da redução dos índices da doença em Araguaína. O estudo é de natureza quali-quantitativa, do tipo exploratório e descritivo, pois essa categoria possibilita a construção de uma visão mais completa da pesquisa. Foram realizadas dez entrevistas semi-estruturadas destinadas à coordenação do Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) e aos profissionais dos atendimentos primário, secundário e terciário da doença no município. Ao analisar a gestão territorial frente a distribuição das unidades de saúde de Araguaína, foram levantadas questões como a sobrecarga do atendimento emergencial devido existência de apenas uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) na cidade e necessidade de abertura de novas Unidades Básicas de Saúde (UBS) devido crescimento populacional no município. Ao procurar identificar fatores de ordem cultural para a formulação de ações interssetoriais, situações como uma comunicação ineficaz no manejo da saúde e entre os setores de saúde no município, foram apontadas pelos profissionais entrevistados. Para se chegar ao controle efetivo da LVH, é preciso atuar de forma a incorporar as particularidades de cada contexto, de cada território, criar processos dialógicos e participativos entre os membros da comunidade e os serviços de saúde e outros setores que seguramente terão de ser acionados, considerando a complexidade da doença.

Palavras-chave: Leishmaniose visceral humana. Intersetorialidade. Cultura. Território.

ABSTRACT

Human visceral leishmaniasis (LVH) is an endemic disease of public health importance with high lethality when not treated and increasing dissemination for decades. It is difficult to control since its transmission process involves several biological, social, cultural and environmental factors. The efficiency of public health programs depend on good territorial management, and this management requires integrated actions backing up the need for intersectoral and interdisciplinary work that is not limited to the dichotomous vision that has been often produced in health in Brazil. This research intends to understand the importance of intersectorality in fighting the LVH epidemic in Araguaína -Tocantins in the different fields of health care, as well as verifying which barriers have been perceived among the health care sectors in the face of the LVH epidemic. In knowing this context, solutions can be sought so that intersectorality is efficient in achieving the reduction of the disease rates in Araguaína. The study is of a quali-quantitative nature, of an exploratory and descriptive type, as this category allows building a more complete view of research. Ten semi-structured interviews were carried out to coordinate the Control Center of Zoonosis (CCZ) and professionals in the primary, secondary and tertiary care of the disease in the county. When analyzing the territorial management regarding the distribution of health units in Araguaína, issues were raised such as the overload of emergency care due to the existence of only one Emergency Care Unit known as UPA in the town and the need to open new Basic Health Units known as UBS due to population growth in the county. When seeking to identify cultural factors for the formulation of intersectoral actions, situations such as ineffective communication in health management and between health sectors in the county, were pointed out by the interviewed professionals. To achieve effective control of LVH, it is necessary to act in ways to incorporate the particularities of each context, each territory, create dialogic and participatory processes between members of the community and health services and other sectors that will surely have to be activated , considering the complexity of the disease.

Keywords: Human visceral leishmaniasis. Intersectorality. Culture. Territory.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de casos confirmados notificados pelo Sinan no ano de 2017. Fonte: Sinan (2017)	30
--	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Gráfico com panorama histórico do número de casos notificados no Brasil. Fonte: Ministério da saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde (2018).	28
Gráfico 2 - Série histórica de casos confirmados de leishmaniose visceral em humanos. Araguaína –TO, 2001 a 2019. Fonte: Banco de dados CCZ.....	37
Gráfico 3 - Série histórica do número de óbitos por leishmaniose visceral em humanos. Araguaína –TO, 2001 a 2019. Fonte: Banco de dados CCZ.....	38

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição de casos autóctones de LVH em alguns bairros de Araguaína – TO de 2007 à 2019. Fonte: Banco de dados CCZ	18
Quadro 2 - Categorias de análise. Fonte: Autor.....	22
Quadro 3 - Definição dos portes aplicáveis às UPA 24h. Fonte: Ministério da Saúde (2017)	68

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Localização geográfica do município de Araguaína, Tocantins. Fonte: Google maps.....	17
Figura 2 - Mapa com a localização das unidades básicas de saúde pertencentes ao município de Araguaína – TO. Fonte: Banco de dados CCZ.....	19
Figura 3 - Lutzomyia longipalpis, principal inseto flebotomíneo vetor do protozoário causador da Leishmaniose Visceral Humana no Brasil. Fonte: https://drauziovarella.uol.com.br/doencas-e-sintomas/leishmaniose-visceral-calazar/	25
Figura 4 - Distribuição espacial dos casos notificados no Brasil no ano de 2017. Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde (2018).....	32
Figura 5 - Mapa gerado pelo índice que Kernel que georreferencia os casos de leishmaniose visceral humana nas áreas ocupadas das unidades de análise territoriais Araguaína –TO de 2007 a 2012. Fonte: Toledo e colaboradores (2017)..	36
Figura 6 – Moradia construída com tábuas e lonas plásticas no Setor Presidente Lula (invasão) em Araguaína – TO. Fonte: Autor, 08/02/2020.....	74
Figura 7 – Rua no Setor Presidente Lula (invasão) sem asfalto e sem saneamento básico em Araguaína – TO. Fonte: Autor, 08/02/2020.....	75
Figura 8 – Avenida asfaltada e arborizada em Araguaína – TO com modernas construções. Fonte: https://www.araguaina.to.gov.br/portal/index.php	75

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AC	Acre
ACE	Agente de Combate de Endemias
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
AL	Alagoas
AP	Amapá
AM	Amazonas
BA	Bahia
CCZ	Centro de Controle de Zoonose
CE	Ceará
CEP	Comissão de Ética e Pesquisa
DF	Distrito Federal
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ES	Espírito Santo
ESF	Estratégia Saúde da Família
EVI	Enhanced Vegetation Index
GO	Goiás
HDT	Hospital de Doenças Tropicais
LV	Leishmaniose Visceral
LVH	Leishmaniose Visceral Humana
MA	Maranhão
MG	Minas Gerais
MS	Mato Grosso do Sul
MS	Ministério da Saúde
MT	Mato Grosso
NIR	Núcleos Intersetoriais Regionais
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pará
PB	Paraíba
PE	Pernambuco
PI	Piauí
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde

PR	Paraná
PVCLV	Programa de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral
RJ	Rio de Janeiro
RN	Rio Grande do Norte
RO	Rondônia
RR	Roraima
RS	Rio Grande do Sul
SC	Santa Catarina
SE	Sergipe
SES/RS	Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SP	São Paulo
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TO	Tocantins
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFT	Universidade Federal do Tocantins
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 METODOLOGIA	14
2.1 Localização	16
2.2 Público alvo	20
2.3 Entrevistas	21
3 REVISÃO DA LITERATURA	23
3.1 A Leishmaniose visceral humana	23
3.1.1 Etiologia, transmissão e sinais clínicos.....	24
3.1.2 A expansão geográfica da LVH no Brasil e estado do Tocantins.....	27
3.1.3 O município de Araguaína - TO e a epidemia de LVH.....	33
3.1.4 O conceito de território diante da epidemia de LVH.....	39
3.1.5 O conceito de cultura diante do modelo assistencial de saúde no Brasil..	42
3.1.6 O Programa de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral (PCLV)..	46
3.2 A intersectorialidade na saúde pública	48
3.2.1 Os desafios das equipes na prática intersectorial com as famílias.....	56
3.2.2 Práticas intersectoriais, vulnerabilidade e assistência social.....	58
3.2.3 Saúde, interdisciplinaridade e intersectorialidade: entraves.....	60
3.2.4 A intersectorialidade como ferramenta estratégica.....	64
4 ANÁLISE DA GESTÃO TERRITORIAL FRENTE A DISTRIBUIÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO	67
4.1 Órgãos de saúde X Epidemia de LVH em Araguaína	67
4.2 Expansão geográfica X Acesso aos serviços de saúde	71
5 IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES DE ORDEM CULTURAL PARA A FORMULAÇÃO DE AÇÕES INTERSETORIAIS	78
5.1 Comunicação e saúde	78
5.2 Integração entre os setores de saúde	83
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
REFERÊNCIAS	91
Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	102
Anexo A – Declaração da instituição participante	105
Anexo B – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa – CEP / HDT-UFT	106

1 INTRODUÇÃO

A leishmaniose visceral humana (LVH) é uma doença de transmissão vetorial com ampla distribuição mundial, ainda que 90% dos casos ocorram em apenas seis países: Índia, Bangladesh, Sudão, Sudão do Sul, Brasil e Etiópia afetando particularmente populações vivendo em situação de pobreza e vulnerabilidade social (WERNECK, 2016).

É um problema de saúde pública que não possui fronteiras raciais ou culturais. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), esta doença é considerada uma das prioridades dentre as doenças tropicais devido à ampla distribuição e por encontrar-se entre as seis endemias consideradas prioritárias no mundo, uma vez que cerca de 350 milhões de pessoas estão em risco de contrair leishmaniose e 2 milhões de novos casos sejam notificados a cada ano provocando de 20 mil a 40 mil mortes. A grande atenção a essa doença deve-se ao fato de, caso não tratada adequadamente, poder atingir 90% de letalidade (FILHO et al., 2019; OSMAN et al., 2017; PARISE et al., 2019).

Segundo Werneck (2016), até a década de 1980 foi descrita como uma endemia rural, mas a partir de então a doença passou por um processo de urbanização e expansão no território brasileiro. Nos anos de 2010 a 2014 foram registrados cerca de 17 mil novos casos de LVH e mais de 1.100 óbitos, com autoctonia em 25% dos municípios brasileiros de 20 estados e o Distrito Federal. Hoje, mais de 70% dos casos ocorrem em cerca de 200 municípios e parte deles com mais de 100 mil habitantes: Aracaju (Sergipe), Araguaína (Tocantins), Bauru (São Paulo), Belo Horizonte (Minas Gerais), Campo Grande (Mato Grosso do Sul), Fortaleza (Ceará), Montes Claros (Minas Gerais), São Luís (Maranhão) e Teresina (Piauí).

O controle da doença tem sido realizado pela adoção de quatro medidas básicas: o tratamento dos casos humanos, a eutanásia de cães soropositivos, a redução da população de vetores, através da aplicação de inseticida nos domicílios e eliminação de fatores de risco (AFONSO et al., 2017; BRASIL, 2006; FARIA & ANDRADE, 2012; MARCONDES & ROSSI, 2013). Apesar dos esforços, a leishmaniose visceral humana tem aumentado significativamente nas áreas urbanas

e periurbanas dos trópicos. Dados do Ministério da Saúde (MS) em 2015 posicionaram o Estado do Tocantins no primeiro lugar no *ranking* nacional (BEVILACQUA, 2001; BRASIL, 2017; FARIA & ANDRADE, 2012).

A eficácia dos programas de saúde pública depende de uma boa gestão territorial. A gestão do território requer ações integradas respaldando a necessidade de um trabalho interdisciplinar que não se limita à visão dicotômica que muitas vezes se tem produzido em saúde no Brasil. O território, para Raffestin (1993), é formado a partir de uma base espacial, material e simbólica e pelos diversos agentes em suas relações culturais, de sociabilidade e de produção, nas quais se destacam a figura do Estado, com sua organização central do poder, e a sociedade, com seus trabalhos, sonhos, necessidades, lutas, desejos e microfísicas do poder (FOUCAULT, 2004).

Para a constituição de uma base organizativa dos processos de trabalho nos sistemas locais de saúde, é importante o reconhecimento dos territórios e de seus contextos de uso, pois estes materializam diferentemente as interações humanas, as necessidades e os problemas de saúde e as possíveis ações de base intersetorial. O território utilizado pela população pode ser assim operacionalizado, devido à concretude produzida pelas práticas humanas, tanto as planejadas e inerentes às políticas governamentais de intervenção setorial como as práticas circunscritas à vida social cotidiana (MONKEN, 2008).

Dentre os vários significados dado por diversos autores, Cavalcanti e colaboradores (2013) conceituaram “intersetorialidade” através de uma análise da formação da palavra - a junção da expressão/prefixo “inter” agregada a um conjunto de setores que, ao se aproximarem e interagirem entre si, podem produzir ações e saberes mais integrais e totalizantes – revelando relações entre dois ou mais setores.

A intersetorialidade é uma das prerrogativas contemporâneas em políticas públicas, na medida em que é compreendida em termos práticos como uma estratégia para intervir em fenômenos que são complexos em sua constituição, como são os fenômenos de saúde em geral e seus determinantes sociais (ANDRADE, 2006; PEREZ et al., 2017).

Desse modo, é premente a necessidade de se compreender e efetivar a intersetorialidade como ferramenta para os serviços da saúde pública frente ao combate de epidemias de grande relevância como a leishmaniose visceral humana.

De acordo com o exposto acima, o presente trabalho tem como objetivo compreender a importância da intersetorialidade no combate da epidemia da leishmaniose visceral em Araguaína -Tocantins.

São objetivos específicos deste trabalho:

- Examinar a leishmaniose visceral nos setores de saúde do município de Araguaína em uma perspectiva intersetorial.
- Analisar a gestão territorial da epidemia da leishmaniose visceral a partir da distribuição das unidades de saúde na cidade de Araguaína.
- Identificar os fatores de ordem cultural que condicionam a formulação e implementação de ações intersetoriais no embate da leishmaniose visceral em Araguaína.

Este foi dividido em quatro partes, a qual:

Inicialmente foi dado ênfase aos caminhos metodológicos da pesquisa, uma vez que a maneira como os dados são avaliados é de suma importância. Nessa porção exploramos as bases teóricas metodológicas que serviram como suporte para o desenvolvimento do trabalho.

Na parte II trazemos uma ampla revisão de literatura abrangendo os aspectos da doença, sua distribuição geográfica no país com destaque para o Estado do Tocantins e a cidade de Araguaína. Apresentamos o aporte teórico nas quais abordamos os conceitos de cultura, território, saúde, intersetorialidade e o processo de construção interdisciplinar entre estes e as ciências que os abordam. Ademais tratamos as perspectivas da saúde pública tendo em vista o território e cultura como atores dessa epidemia, utilizando o conceito de intersetorialidade como condutor e elo de ligação do desenvolvimento do trabalho.

A parte III traz uma análise da gestão territorial frente à distribuição das unidades de saúde do município de Araguaína -Tocantins.

Finalizando, a parte IV procura identificar os fatores de ordem cultural para a formulação de ações intersetoriais.

2 METODOLOGIA

Para Gil (2002) a pesquisa é definida com o processo formal e cujo o objetivo fundamental é descobrir respostas para problemas mediante o emprego de procedimentos científicos, assim obtendo novos conhecimentos no campo da realidade estudada. A finalidade da atividade científica é a obtenção da verdade, por intermédio da comprovação de hipóteses, que por sua vez, são pontes entre a observação da realidade e a teoria científica, que explica a realidade (MARCONI & LAKATOS, 2010).

Segundo Oliveira (2002), a metodologia pode ser compreendida como um processo no qual se aplica em diferentes tipos de métodos, técnicas e materiais, obtendo a variação no modo laboratorial como instrumentos e equipamentos para se coletar dados em campo.

Dentro desse campo há os métodos exploratórios de natureza descritiva que oferecem ao leitor uma maior intimidade e a possibilidade de aperfeiçoamento das ideias, proporcionando uma visão geral do tema estudado que ainda é relativamente pouco explorado. Gil (2002) explica que o método exploratório é utilizado para pesquisas bibliográficas, de campo, documental, laboratorial, bem como, de estudo de caso, dada a sua maior flexibilidade.

Para Foucault (2000), identificar as origens discursivas das quais os sujeitos participam é fundamental, pois a partir disso é possível estabelecer entendimento de suas vinculações e interpretações do poder e do saber. Como poder e saber não se desenvolvem fora do tempo e do espaço, ou seja, relacionam-se com a cultura material, o discurso deve ser analisado em perspectiva social, sem desconsiderar, contudo, os mecanismos de produção de sentido internos ao texto.

O controle da LVH para além de uma gestão segmentada e setorializada é o problema dessa pesquisa; e seu êxito se baseia em compreender a importância da intersetorialidade no combate da epidemia da leishmaniose visceral humana em Araguaína -Tocantins através dos discursos dos profissionais que atuam na área.

O estudo é de natureza quali-quantitativa, do tipo exploratório e descritivo, pois essa categoria possibilita a construção de uma visão mais completa da pesquisa. Na

análise qualitativa é a presença ou a ausência de uma dada característica de conteúdo ou de um conjunto de características num determinado fragmento de mensagem que é tomado em consideração. A análise quantitativa funda-se na frequência de aparição de certos elementos da mensagem (BARDIN, 1977).

Segundo Minayo (1999), a pesquisa qualitativa permitir cercar o objeto estudado nas múltiplas relações e na sua complexidade dinâmica. Quanto à natureza descritiva, segundo Oliveira (2002) trata-se de uma pesquisa abrangente, que permite uma análise aprofundada sobre o problema de pesquisa que está relacionada aos aspectos sociais, econômicos, políticos, percepções de diferentes grupos, comunidades entre outros.

A utilização da técnica da entrevista destaca a fala individual como representativa de modelos culturais interiorizados, compartilhados pelo indivíduo a partir do seu processo de socialização no qual a cultura não é apenas assimilada, mas também reinterpretada (MINAYO,1999). A unidade de registro é considerada a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial (exemplo: palavra, frase, tema) (BARDIN, 1977).

O método Análise de Conteúdo, que segundo Bardin (1977), essa ferramenta constitui um conjunto de técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto na comunicação. A Análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que fornece informações suplementares ao leitor crítico de uma mensagem desejando distanciar-se da sua leitura “aderente”, para saber mais sobre o texto.

Através da análise de conteúdo das entrevistas, ao entender a língua como objeto sócio histórico, os fatores de ordem cultural serão estabelecidos. Segundo Bardin (1977), a análise de conteúdo configura um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Mediante a análise de dados quali-quantitativos, a análise de conteúdo apresenta como objetivo principal, a busca do sentido ou dos sentidos de um documento e/ou entrevista.

2.1 Localização

O presente trabalho foi realizado no município de Araguaína - TO localizado a aproximadamente 380 km da capital, Palmas.

Araguaína, importante cidade do jovem estado do Tocantins vem, nos últimos anos, permanecendo no topo do *ranking* de incidências de casos de Leishmaniose Visceral Humana a nível nacional. A expansão geográfica da LVH tem sido atribuída a vários fatores de âmbito social, ambiental, territorial e de gestão tais como dificuldades em eliminar os reservatórios, diversidade epidemiológica das regiões afetadas, altos custos financeiros para sustentação das ações de controle, alta capacidade de adaptação do vetor ao peridomicílio e medidas insuficientes para o seu controle (OLIVEIRA et al., 2008).

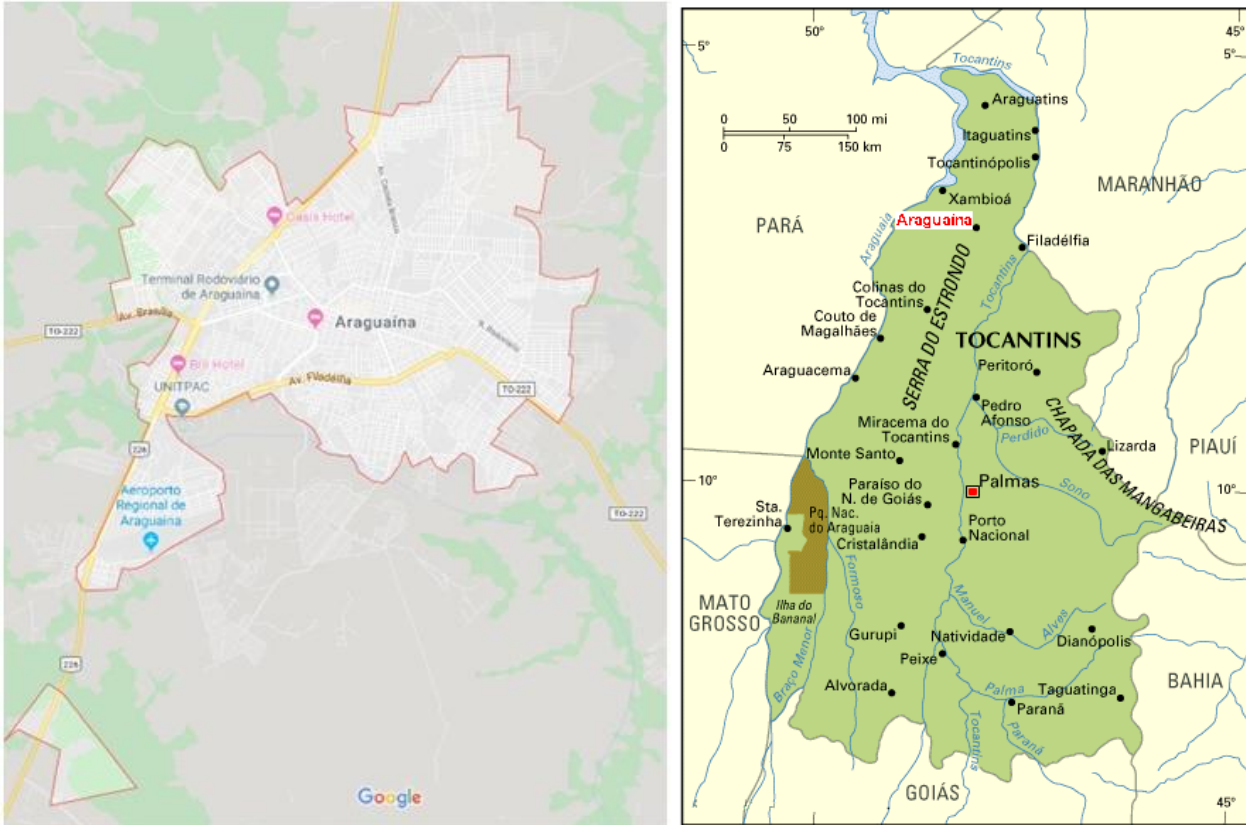
Em uma sociedade política os indivíduos se articulam por meio de relações reguladas e possui princípios mínimos de organização. Essa organização só se viabiliza quando existe normas habilitado a coordenar todos aqueles que se encontram em um determinado espaço. Por isso, quando se analisam os coletivos humanos ao longo da história, só se destaca a noção de território a partir das primeiras sociedades políticas. Com isso, corrobora-se a hipótese de que um elemento indissociável da noção de poder é o território, dado que não há organização sem poder (NUNES, 2006).

Diante desse cenário, a categoria mobilizada para a pesquisa, cultura e território, torna-se coerente ao realizar uma leitura com ênfase nos conflitos, nas contradições sociais e nos exercícios do poder.

O município Araguaína possui uma área territorial de 4.000,416 km² e 150.484 habitantes com população estimada para 2018 em 177.517 habitantes com densidade demográfica de 37,62 hab/km², altitude de 227m e clima tropical úmido segundo o último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). Limita-se ao Norte com os municípios de Santa-Fé do Araguaia, Muricilândia, Carmolândia e Aragominas; ao Sul, com Pau d'Arco, Arapoema e Nova Olinda; a Leste, com os municípios de Wanderlândia e Babaçulândia e, a Oeste, com o estado do Pará (SILVA, 2013).

O mapa da figura 1 apresenta a localização do município em estudo:

Figura 1 - Localização geográfica do município de Araguaína, Tocantins.



Fonte: Google maps.

O município de Araguaína compreende 18 unidades básicas de saúde – UBS (figura 2) das quais serão selecionadas e realizadas as entrevistas de cunho qualitativo para compreender os desafios da intersetorialidade frente ao combate da leishmaniose visceral humana.

De acordo com o banco de dados do CCZ, dentre os bairros com maior prevalência de LVH em Araguaína – TO, destaca-se Araguaína Sul, Nova Araguaína, Maracanã e Bairro São João conforme descrito no quadro 1. No período compreendido entre os anos de 2007 a 2019, os anos com maior e menor incidência respectivamente, foram:

- a) Araguaína Sul: 33 casos em 2007 e 2 casos em 2017;
- b) Nova Araguaína: 33 casos em 2007 e 1 caso em 2017;

- c) Maracanã: 17 casos em 2008 e 1 caso em 2015;
- d) São João: 23 casos em 2007 e 1 caso em 2018;
- e) Setor Universitário: 15 casos em 2011 e 1 caso em 2018;

Quadro 1 – Distribuição de casos autóctones de LVH em alguns bairros de Araguaína – TO de 2007 a 2019.

Bairros	Período Ano 2007 a 2019
Araguaína Sul	170 casos
Nova Araguaína	129 casos
Maracanã	106 casos
São João	95 casos
Setor Universitário	65 casos
Anhanguera	01 caso

Fonte: Banco de dados CCZ.

O território é resultado e determinante da reprodução da relação sociedade-natureza e da concomitante territorialização. Os territórios são produzidos espaço-temporalmente pelo exercício do poder por determinado grupo ou classe social e por suas respectivas territorialidades cotidianas (SAQUET, 2011).





Para Dematteis (1964), numa concepção relacional, crítica, multidimensional e transescalar, o conceito de território é compreendido como produto social, lugar de vida e de relações sociais. Estas determinam econômica, política e culturalmente as características do território. Há fatores psicológicos e técnico-econômicos envolvidos ao estudar características de uma região, e isso evidencia as relações sociais como condicionantes de suas formas e organização interna. Uma localidade rural sofre influências de distintos âmbitos territoriais: da família, da vizinhança, da comunidade e da sociedade urbana. Tal influência não é uniforme, varia conforme o modo de conceber as relações familiares.

Como há vários tipos de famílias, há uma diversidade de habitações, também condicionadas por valores urbanos. Estes influenciam diretamente na organização das casas através dos meios que facilitam a mobilidade das pessoas e a circulação da informação. No território, há formas, ou seja, as construções/habitações resultantes das relações sociais efetivadas entre os homens (DEMATTEIS, 1964).

Figura 2 - Mapa com a localização das unidades básicas de saúde pertencentes ao município de Araguaína - TO.

Mapa das Unidades Básicas de Saúde em Araguaína - TO/2019.

Legenda

-  UBS
-  Perímetros
-  Limites do Município
-  Quarteirões Unificados



Fonte: Banco de dados CCZ.

2.2 Público alvo

O público alvo desta pesquisa foi composto pelos profissionais dos atendimentos primário, secundário e terciário da epidemia da leishmaniose visceral, os quais foram selecionados com base nas orientações designadas pela coordenadora do Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) de Araguaína -Tocantins, entrevistada previamente, devido ao fato da vasta experiência e conhecimento desta profissional, respaldada pela atuação na área de estudo há dezoito anos.

Como critério de inclusão para participação na pesquisa foi estabelecido a atuação em um serviço de saúde na cidade de Araguaína que seja responsável pelo atendimento primário, secundário ou terciário da leishmaniose visceral e como critérios de exclusão a idade inferior a vinte anos e o tempo de exercício da função no serviço de saúde inferior a dois anos.

Dentre as Unidades Básicas de Saúde (UBS) para avaliação primária da doença, por indicação da coordenadora do CCZ devido elevada casuística nesses locais, foram selecionadas as unidades dos seguintes setores: Bairro São João, Araguaína Sul e Maracanã.

Para avaliação secundária, foram abordados profissionais que atuam na Unidade de Pronto Atendimento Anatólio Dias Carneiro e no Hospital Municipal de Araguaína Dr. Eduardo Medrado. Profissionais do Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins foram contemplados para avaliação terciária da doença. Esses profissionais foram abordados fora do ambiente de trabalho e em horário agendado previamente por contato telefônico.

O trabalho foi anexado na Plataforma Brasil com a devida autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína -Tocantins para a coleta dos dados, e aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins cujo número de parecer é 3.445.905 (ANEXO B). Será garantido o sigilo e solicitação da autorização dos participantes.

2.3 Entrevistas

Para examinar os desafios da intersectorialidade no combate à epidemia de LVH frente aos campos culturais e territoriais foram realizadas dez entrevistas individuais semiestruturadas de cunho quali-quantitativo distribuídas entre os campos de atenção da seguinte forma:

- a) uma entrevista designada à coordenadora do Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) de Araguaína -Tocantins.;
- b) três entrevistas destinadas ao atendimento primário da doença;
- c) três entrevistas no atendimento secundário da epidemia;
- d) três entrevistas no atendimento terciário da leishmaniose visceral

Como instrumento metodológico utilizou-se perguntas norteadoras com o objetivo de abrir uma discussão frente ao tema proposto. Foram elaboradas cinco perguntas:

- 1) O que você entende sobre intersectorialidade na saúde?
- 2) Qual sua visão a respeito da maneira como as ações e decisões de combate da epidemia da leishmaniose visceral humana em Araguaína são conduzidas?
- 3) Que relação você estabelece entre a forma da distribuição dos órgãos de saúde (primário, secundário e terciário) em Araguaína e a intersectorialidade?
- 4) Quais as maiores facilidades e dificuldades você julga existir em um possível alinhamento de linguagem e decisões conjuntas entre os setores de saúde? e
- 5) O que você acredita que, como profissional de saúde no órgão que atua, poderia contribuir em prol da intersectorialidade dessa epidemia?

Todas as entrevistas foram gravadas com gravador de voz digital e os dados coletados processados por meio de transcrição do conteúdo gravado na íntegra, mantendo a originalidade das falas. O material foi analisado com base na análise de conteúdo (BARDIN, 1977) onde buscou-se distribuir o conteúdo em eixos temáticos conforme a frequência e semelhança dos dados colhidos.

Este método vem sendo difundido e consiste em analisar os dados qualitativos por meio de uma técnica de análise das comunicações que irá analisar o que foi dito

nas entrevistas ou observado pelo pesquisador. Nesta análise busca-se classificá-los em temas ou categorias que auxiliam na compreensão do que está por trás dos discursos (SILVA & FOSSÁ, 2015).

Após a coleta de dados pela entrevista individual e consequente transcrição, foi elaborado as categorias de análise conforme o quadro 2.

Quadro 2 – Categorias de análise

PADRÕES CULTURAIS	GESTÃO TERRITORIAL DA SAÚDE
Comunicação e saúde	Órgãos de saúde X Epidemia LVH em Araguaína
Integração entre os setores de saúde	Expansão geográfica X Acesso aos serviços de saúde

Fonte: Autor

Para garantir o sigilo dos profissionais entrevistados, optou-se por estabelecer as seguintes siglas ao introduzir as citações das falas no trabalho:

a) P1, P2 e P3: entrevistado 1, 2 e 3 respectivamente referente ao atendimento primário da doença;

b) S1, S2 e S3: entrevistado 1, 2 e 3 respectivamente concernente ao atendimento secundário da LVH;

c) T1, T2, T3 e T4: entrevistado 1, 2, 3 e 4 pertencente ao atendimento terciário da doença e à coordenação do CCZ.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 A Leishmaniose visceral humana

A leishmaniose é uma doença endêmica¹ que apresenta aspectos geográficos, climáticos e sociais diferenciados. Na América Latina, a leishmaniose visceral humana já foi constatada em 12 países, sendo que 96% dos casos ocorrem no Brasil. A doença é mais frequente em crianças menores de 10 anos (41,9%) e o sexo masculino é proporcionalmente o mais afetado (62,8%) segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016) e Parise e colaboradores (2019).

Historicamente, a LVH foi chamada inicialmente de “ponos”, que significa “Deus da dor”, quando descrita pela primeira vez na Grécia em 1835. Em 1869, na Índia, foi nomeada de “Kala-jwar” (febre negra) ou “Kala-azar” (Calazar) por causa do escurecimento da pele ocorrido durante a doença. Em 1903, Leishman e Donovan descreveram um protozoário², hoje denominado de *Leishmania donovani*, encontrado no tecido esplênico de pacientes indianos com Leishmaniose Visceral. Além do nome popular “Calazar”, também é chamada de esplenomegalia tropical e febre dundum (BRASIL, 2014).

O registro do primeiro caso da doença no Brasil ocorreu em 1913, quando Migone, no Paraguai, descreveu o caso em material de necrópsia de paciente oriundo de Boa Esperança, Mato Grosso (ALENCAR et al., 1991). A partir de um estudo realizado para o diagnóstico e distribuição da febre amarela no Brasil, encontraram-se 41 casos positivos para *Leishmania*, sendo identificados em lâminas de viscerotomias praticadas *post-mortem*, em indivíduos oriundos das regiões Norte e Nordeste (PENA et al., 1934). A seguir, o *Lutzomyia longipalpis* foi incriminado como espécie vetora e foram descobertos os primeiros casos da infecção em cães (BRASIL, 2014).

¹ A ocorrência de um agravo dentro de um número esperado de casos para aquela região, naquele período de tempo, baseado na sua ocorrência em anos anteriores não epidêmicos.

² Do latim *proto* "primeiro" e *zoon* "animal". São microorganismos que não possui a capacidade de produzir seu próprio alimento, e por isso se alimenta de seres vivos.

Ao longo do tempo, a Região Nordeste apresentava a maior incidência (casos por 100 mil habitantes) de LVH no Brasil, particularmente nos Estados de Piauí e Maranhão. Porém, no período de 2007 a 2014, a Região Norte ultrapassou a Nordeste em incidência de LVH, devido à elevada incidência no Estado do Tocantins (REIS et al., 2019).

O perfil epidemiológico do Calazar, que era uma doença essencialmente silvestre, tem sofrido mudanças que são causadas pelas modificações socioambientais, tais como o desmatamento e o processo migratório, que trouxe para as regiões periurbanas das cidades, populações humanas e caninas originárias da área rural (RIBEIRO et al., 2017).

3.1.1 Etiologia, transmissão e sinais clínicos

Esta forma da doença é causada por três espécies de protozoários tripanosomatídeos do gênero *Leishmania* que compõem o complexo donavani: no subcontinente indiano e na África Oriental, seu principal agente etiológico é a *Leishmania donovani*, no Velho Mundo região do Mediterrâneo na Europa, a *Leishmania infantum* e nas Américas Central e do Sul, a *Leishmania chagasi*. Por meio de técnicas bioquímicas e moleculares foi constatado que *L. infantum* e *L. chagasi* representam a mesma espécie (SILVA et al., 2017).

No Brasil, o ciclo da transmissão da doença envolve a espécie *L. infantum* como agente etiológico, o inseto flebotomíneo (*Lutzomyia longipalpis*) como vetor (figura 3), cuja relação com fatores climáticos, ambientais e sociais tem sido explorada, o cão (*Canis familiaris*) como principal reservatório doméstico no ambiente urbano, tanto no Brasil como em outros países das Américas, e o homem como hospedeiro acidental. Mais recentemente as espécies *Lutzomyia cruzi* e *Lutzomyia migonei*, também foram incriminadas como vetoras, a primeira em áreas específicas dos Estados do Mato Grosso e Mato Grosso do Sul e a segunda como possível vetora devido à sua alta densidade em áreas com ausência de *L. longipalpis* e/ou *L. cruzi* e registro de casos autóctones da doença, mas isto precisa ser mais estudado (BRASIL, 2019).

Figura 3 - *Lutzomyia longipalpis*, principal inseto flebotômio vetor do protozoário causador da Leishmaniose Visceral Humana no Brasil.



Fonte: <https://drauziovarella.uol.com.br/doencas-e-sintomas/leishmaniose-visceral-calazar/>.

L. longipalpis adapta-se facilmente ao peridomicílio e a variadas temperaturas: sendo encontrado tanto no interior dos domicílios como em abrigos de animais domésticos. Seu nicho ecológico compõe atividade crepuscular e noturna e durante o dia, esses insetos ficam em repouso em lugares sombreados e úmidos, protegidos do vento e de predadores naturais. No intra e peridomicílio é encontrado, principalmente, próxima a fontes de alimento. Esses insetos são conhecidos popularmente por mosquito-palha, tatuquira, birigui, entre outros, dependendo da região geográfica (BRASIL, 2019).

A doença canina tem precedido a ocorrência de casos humanos e a prevalência da infecção de cães tem sido mais frequente do que no homem, devido a sua rápida reposição. No ambiente silvestre, os principais reservatórios são os roedores, as raposas (*Dusicyon ventulus* e *Cerdocyon thous*) e os marsupiais (*Didelphis albiventris*) (SILVA & SILVA, 2017; ZUBEN & DONALÍSIO, 2016).

O protozoário *Leishmania* (*Leishmania*) *infantun*, sinônimo de *Leishmania chagasi*, é um parasita de células do sistema fagocitário mononuclear. Apresenta-se sob algumas formas, como, uma forma alongada, com flagelo externo, encontrada

principalmente no tubo digestivo do inseto vetor, chamada de promastigota, e a outra, denominada amastigota, uma forma ovalada, com ausência de flagelo externo, encontrada no interior de células do sistema fagocítico mononuclear de vertebrados (BRASIL, 2014; FILHO et al., 2019; REIS et al., 2019).

Os canídeos em geral, com maior contribuição dos cães (*Canis familiaris*), são considerados reservatórios, devido principalmente à sua proximidade com o homem no ambiente doméstico e acentuada carga parasitária (COSTA, 2018; SILVA et al., 2017).

O período de incubação no homem varia de 10 dias a 24 meses, em média. Geralmente nas crianças, pode apresentar quadro clínico discreto, de curta duração, aproximadamente 15 dias, que frequentemente evolui para cura espontânea (forma oligossintomática) (BRASIL, 2016).

A doença, de evolução crônica e debilitante, resulta da proliferação das leishmanias nos macrófagos do baço, fígado e da medula óssea (SILVA, 2013). Caracteriza-se por uma síndrome clínica podendo apresentar febre irregular e prolongada, importante emagrecimento, palidez cutaneomucosa significativa, hepatomegalia, esplenomegalia, hipergamaglobulinemia, podendo evoluir para pancitopenia, hemorragias e morte nos casos mais graves (FILHO et al., 2019).

Dentre as complicações do quadro clínico, destacam-se otite média aguda, piodermites, infecções dos tratos urinário e respiratório que, na ausência de tratamento com antimicrobianos, o paciente poderá desenvolver um quadro séptico com evolução fatal. As hemorragias são geralmente secundárias à plaquetopenia, sendo a epistaxe e a gengivorragia as mais encontradas e as hemorragias digestiva e a icterícia indicam gravidade do caso. Por isso que, quando não tratada, a LVH pode evoluir para o óbito em mais de 90% dos casos (BRASIL, 2019).

A maioria dos casos são assintomáticos, assim, após a infecção, caso o indivíduo não desenvolva a doença, observa-se que os exames que pesquisam imunidade celular ou humoral permanecem reativos por longo período. Isso requer a presença de antígenos³, podendo-se concluir que a Leishmania ou alguns de seus

³ É toda substância estranha ao organismo que desencadeia a produção de anticorpos.

antígenos estão presentes no organismo infectado durante longo tempo, depois da infecção inicial (BRASIL, 2019).

3.1.2 A expansão geográfica da LVH no Brasil e estado do Tocantins

No Brasil, o perfil de transmissão da doença passou por mudanças que permitiram sua expansão por todo o território brasileiro nas décadas de 80 e 90, constituindo um importante problema de saúde pública (RUFINO, 2011).

Antes, a LVH tinha um caráter eminentemente rural e, mais recentemente, vem se expandindo para as áreas urbanas de médio e grande porte demonstrando a plasticidade do vetor de adaptar-se a ambientes antropicamente modificados, o que sugere a ação humana como um fator significativo na expansão da epidemia e direciona a atenção à grupos residentes nestas áreas (BRASIL, 2014).

O primeiro surto de LVH foi registrado em Sobral, no Ceará, na década de 1950. Desde então, a transmissão da doença tem sido descrita em vários municípios, de todas as regiões do país. Mas para efeito de epidemia urbana, o primeiro registro foi o de Teresina, no Piauí, no início da década de 1980, a primeira cidade com mais de 100 mil habitantes com esse quadro. A capital foi atingida em 1981 com pico epidêmico em 1984 e tendo sido responsável por mais de 60% dos 1.509 casos de todo o estado. Após esse caso, a segunda cidade da região nordeste atingida foi São Luís no estado do Maranhão. Em 1990, a doença já havia sido notificada em 17 estados (AGUIAR, 2015; COSTA et al., 1990; COSTA, 2018; SILVA, 2019).

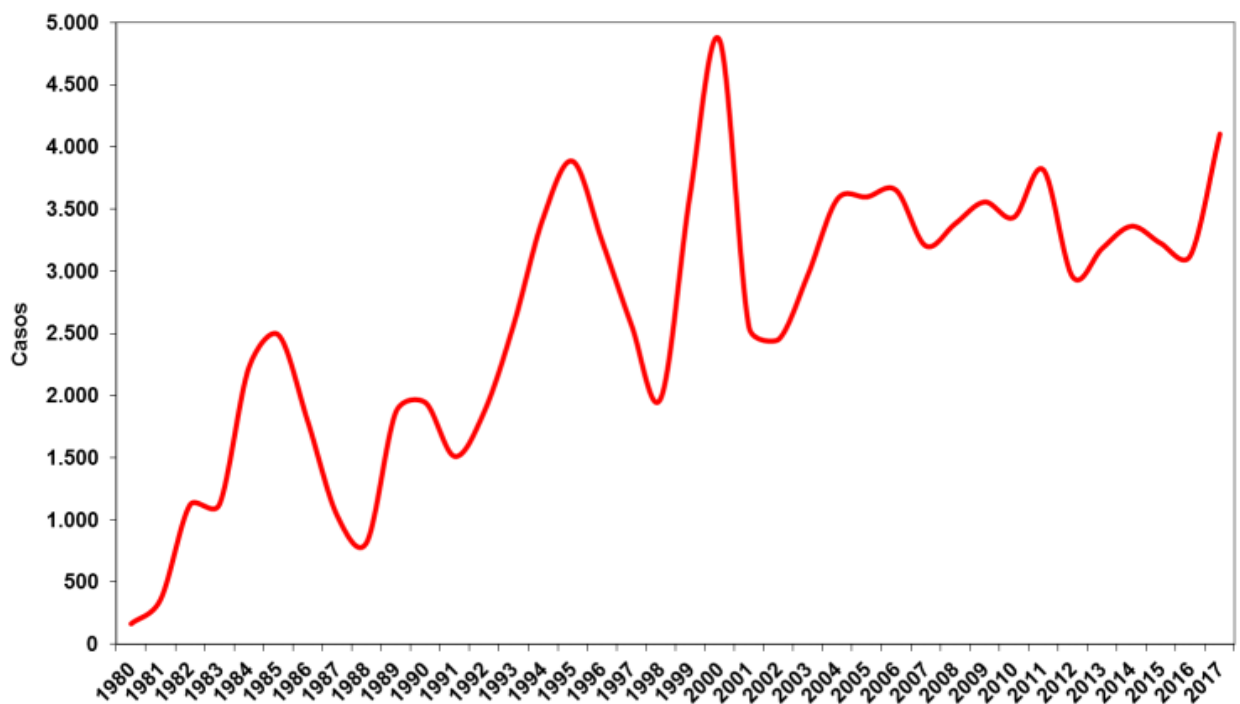
Até o ano de 2008, as áreas de transmissão de LVH estavam em outras unidades federadas, não ocorrendo na região sul. A partir desse ano, ocorreram os primeiros casos autóctones⁴ da doença em cães, em humanos e o primeiro registro do vetor no estado, passando o Rio Grande do Sul a ser área de transmissão deste agravo. Em janeiro de 2009, a Secretaria Estadual da Saúde (SES/RS) notificou o primeiro caso autóctone confirmado de LVH no município de São Borja, início de

⁴ São casos naturais da região ou do território em que habita; nativo.

sintomas em 2008. O município de Uruguaiana confirmou o primeiro caso em 2011 e Itaqui em 2012 (RIO GRANDE DO SUL, 2017).

Entre 1990 e 2015 foram registrados casos humanos autóctones em 22 estados, das cinco regiões do país, exceção feita ao estado do Acre (região norte), evidenciando a expansão da doença pelo território nacional (COSTA, 2018). Somente no ano de 2012 foram notificados 3.038 casos da doença em humanos, com uma incidência da ordem de 1,57 casos/100.000 habitantes e uma taxa de letalidade de 7,1% (CASTRO et al., 2016). De 2011 a 2015, foram notificados 49.608 casos, sendo 18.323 confirmados no mesmo período, com 1.258 óbitos, com casos confirmados nas 27 unidades federadas, evidenciando a expansão do vetor no país (COSTA, 2018). Já em 2017 foram registrados 4.456 casos confirmados notificados através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) sendo 44,5% na região Nordeste, 65,1% no sexo masculino e 40,6% em crianças de 0 a 9 anos, 2.744 internações e média de permanência de 13,3 dias, com letalidade de 8,8% (BRASIL, 2017; DATASUS, 2017). O gráfico 1 traz um panorama histórico do número absoluto de casos notificados até ano de 2017:

Gráfico 1 - Gráfico com panorama histórico do número de casos notificados no Brasil.



Fonte: Ministério da saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde (2018).

O território é produto e condicionante da reprodução da sociedade. As mudanças que ocorrem na cidade resultam de processos políticos, econômicos e territoriais, ou seja, de fatores extra locais e locais e, ao mesmo tempo, a cidade influencia diretamente na reprodução das relações sociais aí estabelecidas historicamente (DEMATTEIS, 1999).

A territorialidade (humana) significa relações de poder, econômicas, políticas e culturais; diferenças, identidades e representações; apropriações, domínios, demarcações e controles; interações e redes; degradação e preservação ambiental; práticas espaço-temporais e organização política, que envolvem, evidentemente, as apropriações, as técnicas e tecnologias, a degradação, o manejo, os pertencimentos, dentre outros fatores (SAQUET, 2011).

A territorialidade, desse modo, significa apropriação social de um fragmento do espaço a partir das relações sociais, das regras e normas, das condições naturais, do trabalho, das técnicas e tecnologias, das redes (de circulação e comunicação) e das conflitualidades que envolvem as diferenças e desigualdades bem como identidades e regionalismos, historicamente determinados (SAQUET, 2011).

O poder significa relações, ações, fatos, dominação, influências, sempre com raízes sociais. O espaço intervém na sociedade e é apoio da vida e das atividades. O poder é exercido por autoridades nas famílias, nas associações, no mercado, nas instituições, nas nações e significa influência ideológica e vigilância. Há regulação social em diferentes níveis espaciais, uma administração do espaço através do exercício do poder (CLAVAL, 1979).

Diante dessa discussão, ao visualizar a imensa extensão territorial do Brasil, percebe-se que cada Estado é caracterizado por particularidades na sua sociedade que podem influenciar direta ou indiretamente no número de casos de LVH em seu território.

Todas as regiões apresentaram notificações de casos de LVH confirmados e apenas 4 estados não tiveram notificações, Acre, Amapá, Amazonas e Rondônia, todos da região Norte. Os estados com maiores números de notificação foram Minas Gerais (861), Maranhão (727) e Pará (563). A tabela 1 apresenta a distribuição de casos notificados por estado no referido ano:

Tabela 1 - Número de casos confirmados notificados pelo Sinan no ano de 2017.

Estados	Nº de casos confirmados
Acre (AC)	0
Alagoas (AL)	47
Amapá (AP)	0
Amazonas (AM)	0
Bahia (BA)	320
Ceará (CE)	391
Distrito Federal (DF)	59
Espírito Santo (ES)	24
Goiás (GO)	52
Maranhão (MA)	727
Mato Grosso (MT)	21
Mato Grosso do Sul (MS)	151
Minas Gerais (MG)	861
Pará (PA)	563
Paraíba (PB)	47
Paraná (PR)	5
Pernambuco (PE)	190
Piauí (PI)	304
Rio de Janeiro (RJ)	19
Rio Grande do Norte (RN)	96
Rio Grande do Sul (RS)	8
Rondônia (RO)	0
Roraima (RR)	37
Santa Catarina (SC)	4
São Paulo (SP)	192
Sergipe (SE)	77
Tocantins (TO)	261

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), 2017.

Embora o número de casos notificados no Tocantins não seja o maior em número absoluto, o estado vem galgando a posição número 1 no *ranking* de incidência. Entre os anos de 2007 e 2014 foram notificados 2.885 casos de LVH em Tocantins no período, cuja taxa de incidência foi 26,2/100 mil habitantes, e média anual de 360,6 casos \pm 105,9. A menor taxa foi registrada em 2014 (11,16/100 mil habitantes) e a maior em 2011 (34,69/100 mil habitantes) (REIS et al., 2019). Em 2015 entre os estados brasileiros, o Tocantins apresentou a maior incidência, seguido do Maranhão, com 12,2 e 7,8 casos/100.000 habitantes, respectivamente (BRASIL, 2017).

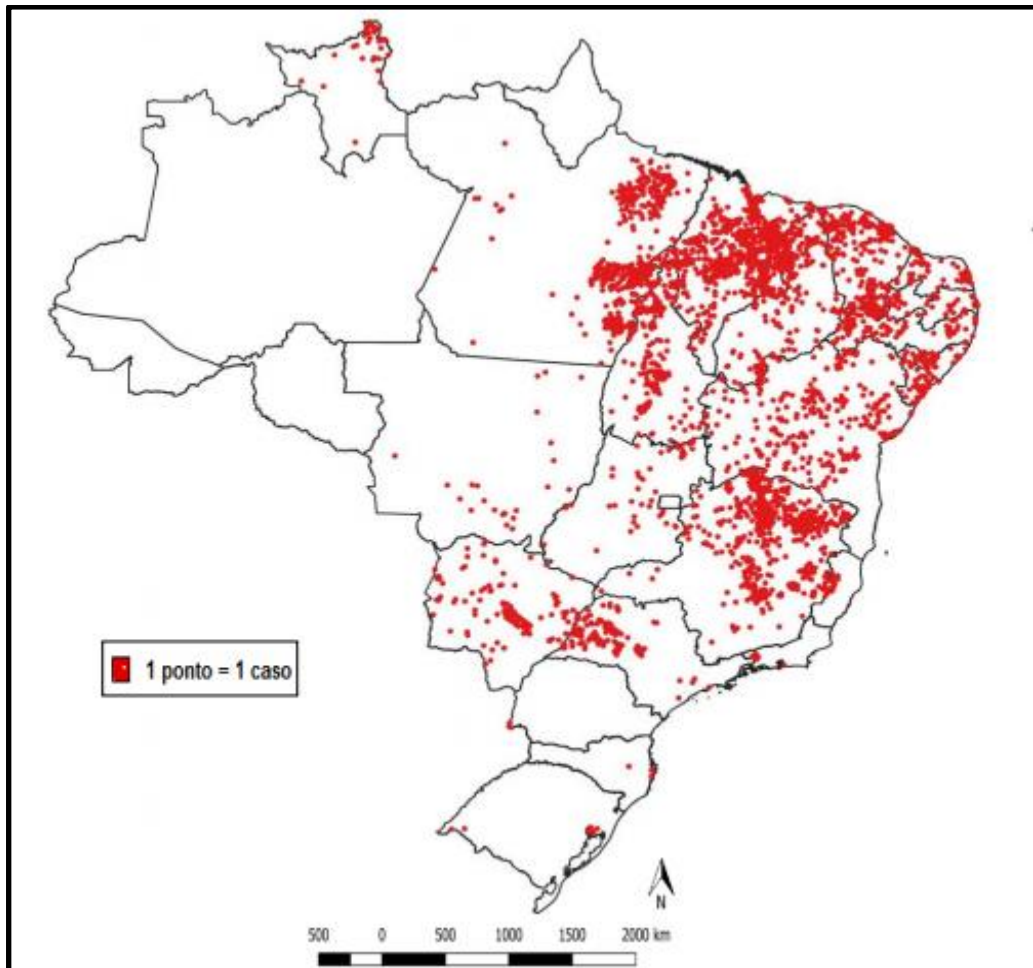
O estado do Tocantins vem sofrendo várias modificações ecológicas e epidemiológicas desde a criação do estado em 1988. Existem alguns relatos de casos desde meados da década de 1980 quando ainda pertencia a Goiás. Com a construção da capital do estado, Palmas, o desmatamento foi inevitável para que a expansão da área urbana se consolidasse. A criação de animais em quintais (galinhas, cachorros e equinos principalmente); o intenso fluxo migratório, a invasão da floresta no perímetro urbano, aliados à constante presença de animais soltos nas ruas das cidades interioranas e à falta de estrutura básica e sanitária levou a uma urbanização do vetor e propagação da doença (AGUIAR, 2015).

O território é fundado em comportamentos humanos que envolvem a comunicação, a cooperação e a troca, todas formas de socialização em dada formação territorial. Não há território sem uma trama de relações sociais: significa relações e redes, articulações territoriais ou tramas transescalares (DEMATTEIS, 1999).

Dematteis (1969) destaca as interações territoriais (transescalares) entre diferentes lugares e pessoas. No mundo rural, efetivam-se relações com a terra, na família, com os vizinhos, na comunidade e com sujeitos da cidade. Esses indivíduos interagem, especialmente, cultural (psicológica) e economicamente: essas relações são as territorialidades cotidianas. A família organiza a casa de acordo com as características e regras de seu grupo social: as reações de vizinhança influenciam na organização da casa; a comunidade exerce influência com vistas a uma coesão (unidade) do grupo, perpetuando seu patrimônio cultural.

A distribuição espacial dos casos confirmados notificados estão apresentados na figura 4:

Figura 4 - Distribuição espacial dos casos notificados no Brasil no ano de 2017.



Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde (2018).

Segundo Oliveira (2008), a expansão geográfica da LVH neste território tem sido atribuída a vários fatores, desde culturais como preventivos, tais como dificuldades em eliminar os reservatórios, diversidade epidemiológica das regiões afetadas, altos custos financeiros para sustentação das ações de controle, alta capacidade de adaptação do vetor ao peridomicílio e medidas insuficientes para o seu controle.

O risco mais elevado de infecção ocorre em função de vulnerabilidades como infraestrutura sanitária precária, criação de animais que atuam como reservatórios do

parasita, condições climáticas favoráveis à proliferação do vetor, cobertura vegetal com predomínio de árvores frutíferas nas proximidades das residências sem os devidos cuidados higiênicos e que criam condições propícias para a reprodução dos flebotomíneos, ou seja, área sombreada, solo úmido e com matéria orgânica, crescimento desordenado em áreas urbanas com acúmulo da matéria orgânica e/ou negligência dos primeiros sintomas da doença (SILVA et al., 2017; SILVA, 2013)

Um recente estudo realizado com dados de casos de LVH do estado do Tocantins de 2007 a 2014 demonstrou em seus resultados um aumento nas taxas de incidência na medida em que aumentam os valores de precipitação anual, umidade, índice de vegetação melhorado (EVI – *Enhanced Vegetation Index*) e temperatura noturna; e uma relação inversa para a elevação e temperatura diurna. Os *clusters* identificados evidenciam que variáveis climáticas e ambientais se relacionam à incidência de LVH, devendo haver outros estudos que ajustem os fatores associados aos sujeitos, a fim de dimensionar o quanto o ambiente ou a influência do homem nele impacta na doença (REIS et al., 2019).

A ecologia e epidemiologia da doença é bastante complexa, o vetor apresenta elevada capacidade de adaptação a diferentes ambientes, inclusive o urbano, possibilitando a reativação constante do ciclo de transmissão. Na área urbana, tal aspecto é potencializado pela presença do reservatório canino, seja pela manutenção prolongada do estado infeccioso, independente de sintomatologia clínica, ou pela reposição rápida após eutanásia (CARMO et al., 2016).

3.1.3 O município de Araguaína – TO e a epidemia de LVH

Araguaína, no estado de Tocantins, apresenta recente processo endêmico-epidêmico de LVH. Houve incremento alarmante no número de casos humanos confirmados principalmente entre 2006 (56) e 2007 (251), quando apresentava o maior número de registros da doença no Brasil (7,0% de todos os casos notificados no País). Desde então, mantém-se entre os quatro municípios brasileiros com maior número absoluto de registros anuais de LVH (TOLEDO et al., 2017), a maioria das notificações oriundas de bairros mais periféricos, ocupados por famílias de baixa renda que vivem sem infra-estrutura básica (RIBEIRO, 2010).

A LVH assume importância no município de Araguaína, área de transmissão intensa, a capital Palmas segue permanecendo atrás com 42 e 22 casos autóctones confirmados da doença no ano de 2015, respectivamente (DATASUS, 2017).

O Hospital de Doenças Tropicais do Tocantins (HDT), fundado em 1989, está localizado em Araguaína/TO. É gerido pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), sendo o primeiro hospital universitário do Estado. Dispõe de 57 leitos e oferta serviços especializados no tratamento de doenças infectocontagiosas e parasitárias. No ano de 2017, foram realizadas 1.102 internações e 12.280 consultas especializadas (QUEIROZ et al, 2017). Segundo dados de seus boletins epidemiológicos com base nos registros do Sinan, entre junho 2017 e junho de 2018, 189 casos (4,9% das notificações) de LVH foram notificados e 48 confirmados sendo 44 por critério laboratorial e 04 por clínico-epidemiológico, assim, o 3º agravo mais notificado no referido hospital atrás das notificações de Hepatites Virais 658 casos (17,0%) e AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) 205 casos (5,3%).

Não se pode desconsiderar os processos de urbanização como fatores de predisposição à alta incidência de casos de LVH. O território urbano de Araguaína caracteriza-se por uma região central com elevado adensamento e áreas intermediárias e periféricas descontínuas entre si. O modelo de crescimento desse município é descontínuo e segregado. Somado a isso, a falta de infraestrutura urbana, o acúmulo de lixo, o alto índice de animais como cães, galinhas e cavalos sem os devidos cuidados de saúde podem estar contribuindo para o quadro epidêmico presente. A expansão desordenada que contribui com a transformação do habitat natural do mosquito transmissor da LVH também é um fator que contribui para a situação atual da epidemia (SILVA, 2013; TOLEDO et al., 2017).

Em um complexo trabalho realizado por Toledo e colaboradores (2017) que analisaram fatores sociais e ambientais determinantes para a ocorrência da LVH em Araguaína correlacionando os casos notificados de 2017 a 2012, foi verificado um padrão de disseminação centrífuga da doença no município, isso quer dizer que os surtos da doença atingiram progressivamente áreas centrais e periurbanas, deixando de ser algo pertinente somente às regiões periféricas. Também foi observada uma correlação entre as maiores incidências de LVH e piores condições de vida observando-se *clusters* estatisticamente significativos entre as incidências de LVH nos

dois períodos analisados (2007 a 2009 e 2010 a 2012) e os indicadores e índice de vulnerabilidade.

Foi constatado número expressivo de casos da doença no município no período, embora com redução de 44,6%, comparado o primeiro ano (2007) da série histórica analisada com o último (2012). Essa redução acompanhou o observado em menor grau para o País (decréscimo de 4,8% entre 2007 e 2012). Foram notificados 251 casos em 2007, 262 casos em 2008, 164 casos em 2009, 96 casos em 2010, 184 casos em 2011 e 139 casos em 2012. Observaram-se duas ondas epidêmicas na cidade, a primeira com pico em 2008 e a segunda com pico em 2011. As ondas epidêmicas foram definidas em função do aumento importante no número de casos humanos de LV quando observada a série histórica (TOLEDO et al., 2017).

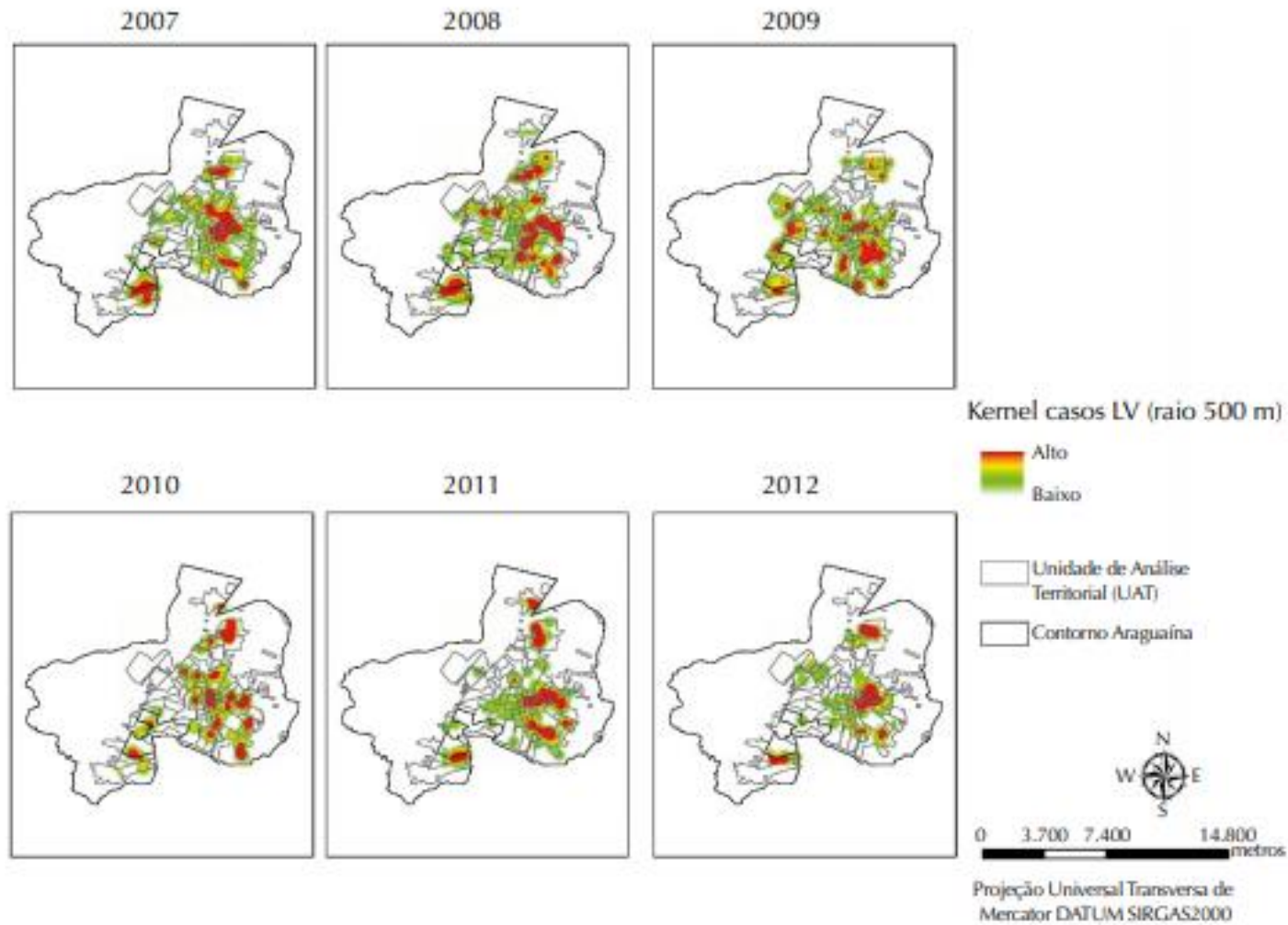
Dos 1.096 casos de LVH notificados e confirmados entre 2007 e 2012, 84,8% foram georreferenciados. O processo centrífugo de disseminação da doença em Araguaína caracteriza-se por importantes modificações do território, como: a expansão desordenada da cidade – que avança em meio ao habitat natural do vetor da LV – e a falta de infraestrutura básica e sanitária, que propiciam a urbanização do vetor e a propagação da doença no município (TOLEDO et al., 2017).

O aumento de cerca de 30% na população residente no município entre os Censos de 2000 e 2010 e as alterações do espaço urbano que lhe são inerentes podem ajudar a explicar a manutenção do elevado número de casos humanos de LVH notificados na série histórica (2007-2012), embora tenha sido observada grande variação do quantitativo de casos notificados ao longo dos anos. Houve acréscimo de pessoas susceptíveis e vulneráveis inseridas nesse território, assim como de indivíduos provenientes de áreas endêmicas para LV (TOLEDO et al., 2017).

A ocupação do espaço urbano decorre das ações da sociedade sobre a natureza. Sua configuração incorpora a estrutura social, econômica e sua dinâmica, estabelecendo os fluxos de circulação de bens e serviços locais. O ambiente em áreas circunscritas contribui como fator de proteção ou aumenta a vulnerabilidade local relativa à ocorrência de LVH em locais específicos de Araguaína (TOLEDO et al., 2017).

A figura 5 apresenta o georreferenciamento dos casos notificados no município correlacionados com o grau de incidência ao longo dos anos estudados:

Figura 5 - Mapa gerado pelo índice que Kernel que georreferência os casos de leishmaniose visceral humana nas áreas ocupadas das unidades de análise territoriais Araguaína, TO de 2007 a 2012.



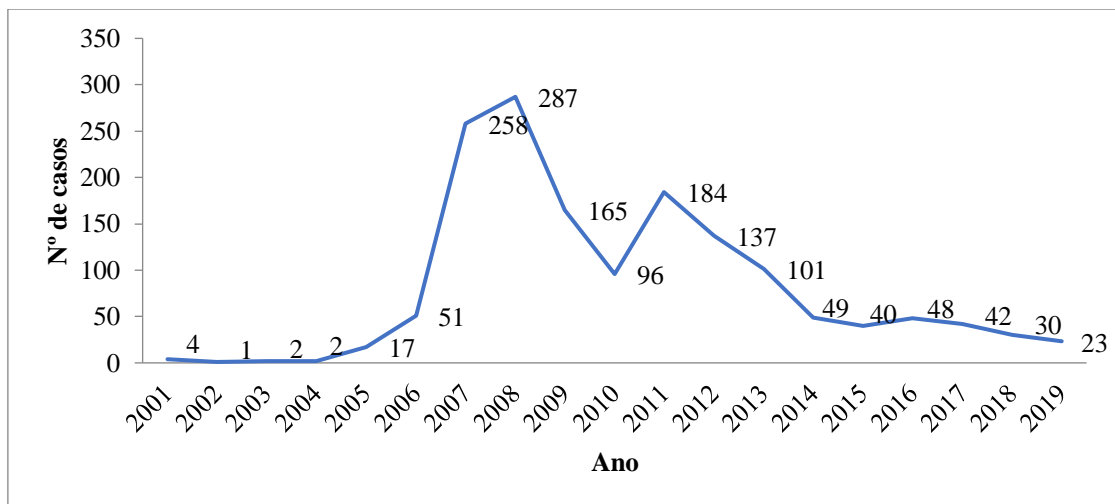
Fonte: Toledo e colaboradores (2017).

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro tem passado por um processo de municipalização onde a gestão e a operacionalização das ações de controle e vigilância da LVH passam a ser responsabilidade dos municípios. Dessa forma, é necessária a adequação das atividades de prevenção e controle à realidade local, constituindo desafio para os serviços de saúde do país (CARMO et al., 2016)

Apesar da ampliação do número de Agentes de Combate de Endemias (ACE), do alto número de cães sacrificados e de alguns mutirões esporádicos de limpeza realizados em algumas ruas de setores com incidência elevada de registros de LVH, além do uso de produtos químicos em algumas residências, as tentativas por parte do sistema de vigilância epidemiológica e do programa de controle da doença não têm sido suficientes para minimizar ou erradicar a epidemia da LVH em Araguaína (SILVA, 2013).

Os gráficos 2 e 3 apresentam a Série histórica de casos confirmados de LVH e do número de óbitos de LVH em Araguaína entre os anos de 2001 a 2019, respectivamente.

Gráfico 2 - Série histórica de casos confirmados de LVH. Araguaína -TO, 2001 a 2019.



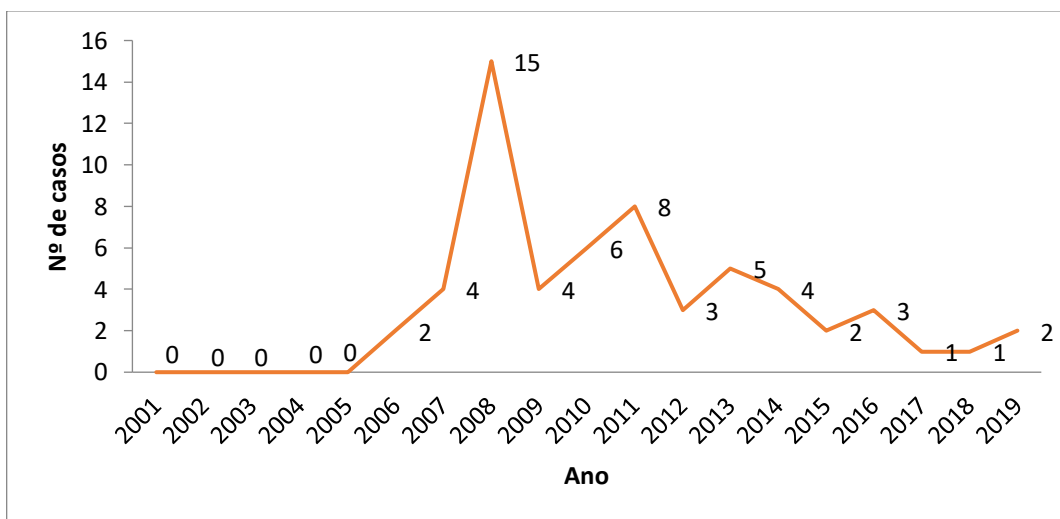
Fonte: Banco de dados CCZ (2001 a 2006) / Sinan_net (2007 a nov 2019).

O biênio 2007/2008 registraram os maiores números de casos da série histórica de LVH em Araguaína, seguidos de 2011. Já a redução dos índices de LVH no período de 2009 a 2010 provavelmente foi decorrente da intensificação das ações de combate da epidemia no município. Esse consequente aumento em 2011 deve ter sido

consecutivo a descontinuidade de algumas ações de combate da epidemia, juntamente com o contato com cães assintomáticos que apresentam um período de incubação da doença mais prolongado. Uma redução significativa no registro de casos de LVH é perceptível no triênio 2012/2013/2014, esse refluxo pode estar associada a distribuição de coleira com deltametrina a 4% para a população canina da cidade. Com a distribuição dessas coleiras, verificou-se uma diminuição na infecção canina de 53% em 2011 para 30% em 2012, 26% em 2013 e 23,3% em 2014 (AMARO, 2016).

A descontinuidade das ações de combate da epidemia de LVH em Araguaína, assim como a vulnerabilidade social, a rápida substituição do cão e as péssimas condições de vida em alguns bairros da cidade, colaboram para manter o município como uma região endêmica para o homem e cão. Os casos que evoluíram para óbito, concentram-se entre crianças, jovens e adultos de idades variadas, com maior predominância nos extremos de idade (AMARO, 2016).

Gráfico 3 - Série histórica do número de óbitos por LVH. Araguaína -TO, 2001 a 2019.



Fonte: Banco de dados CCZ (2001 a 2006) / Sinan_net (2007 a nov 2019).

Mesmo sendo uma das principais cidades do Tocantins, Araguaína carece de investimentos de infraestrutura urbana e saneamento básico, melhoria na qualidade dos postos de saúde, qualificação de profissionais diversos tanto na área de gestão quanto da saúde aliado a fatores diversos, por exemplo, minorar o estado de epidemia prolongada de LVH, além de ser uma das cidades que vem apresentando ano após ano, um dos maiores números de casos registrados de dengue no país (SILVA, 2013).

Para Sá e Bertolim (2016) relacionar o processo de urbanização e a saúde ambiental se tornou essencial, uma vez que o crescimento demográfico e a expansão urbana desorganizada favorecem a precariedade da infraestrutura básica, destruição da vegetação para construção de empreendimentos submetendo a paisagem a um processo de transformação onde aumentam-se os riscos à saúde humana. Assim, os problemas sanitários e ambientais prejudiciais encontrados nos espaços com alta vulnerabilidade social interferem nas condições de saúde dos indivíduos, a qual está diretamente relacionada, contribuindo, assim, para o surgimento de doenças infecciosas e parasitárias, em que a leishmaniose é uma delas.

3.1.4 O conceito de território diante da epidemia de LVH

A análise do território implica uma coleta sistemática de dados que informam sobre situações-problema naquela população e naquele território, indicando suas inter-relações espaciais. Identifica vulnerabilidades, populações expostas e a seleção de problemas prioritários para as intervenções. É importante o reconhecimento dos territórios e de seus contextos de uso, pois estes materializam diferentemente as interações humanas, as necessidades e os problemas de saúde e as possíveis ações de base intersetorial (MONKEN, 2008).

A definição do território tem sido de grande importância para a saúde uma vez que é necessário procurar aproximar-se dos lugares onde as pessoas vivem, para conhecer os determinantes sociais no processo saúde e doença. Assim, unir os conceitos de território, ambiente e cultura merecem destaque nos estudos na área da saúde (MAGALHÃES & SILVA, 2018).

Para Raffestin (1993) o conceito de território é o de uma apropriação do espaço, concreta e simbólica, conduzida por agentes diversos e interesses muitas vezes conflitantes que estabelecem, desse modo, relações de poder. Nessa perspectiva, o poder não é nem uma categoria espacial nem temporal, mas está presente em toda “produção” que se apoia no espaço e no tempo.

Para Andrade (1995), a territorialidade pode ser definida como processo subjetivo de conscientização e sentimento da população de fazer parte de um

território, de integrar e criar uma confraternização entre as mesmas. A territorialidade está vinculada às relações de poder, como uma estratégia ou recurso estratégico que pode ser mobilizado de acordo com o grupo social e o seu contexto histórico e geográfico.

Para Raffestin (1993), o espaço é anterior ao território. Os territórios formam-se a partir do espaço mediante a projeção de trabalho, marcado pelas relações de poder, em qualquer nível e pelos modos de produção que os caracteriza. O espaço é a matéria prima, portanto, preexiste a qualquer ação. O poder é intrínseco a toda relação e ocorre em qualquer um dos níveis de agregação e desagregação territorial e em qualquer uma das relações humanas que se estabelecem nos territórios.

Não obstante, as apropriações espaciais simbólicas, também, são formas primárias de território, pois é por meio delas que surgem as territorialidades (que é a percepção do poder exercido), ainda que momentâneas, esporádicas e mais ou menos perceptíveis em seu movimento (SOUZA, 2019).

Em se tratando de saúde da família, esta deve ser percebida na sua complexidade física, social e territorial; o que permitiria uma concepção ampliada do processo saúde-doença possibilitando intervenções que superam as práticas apenas curativas (SANTOS & MAIA, 2015). Para entender o papel do território na saúde, precisamos ampliar o conceito de saúde para ver mais que a doença, ou a ausência da mesma, o que significa vê-la como qualidade de vida. Essa definição consegue explicar que a saúde e a doença são resultadas de processos de produção social, determinada por fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos, portanto devem ser pensadas para além de um diagnóstico técnico dado pelo médico (SOUZA, 2019).

Uma situação desfavorável às populações pobres ocorre quando estas ocupam áreas de difícil construção, desprezadas pela especulação imobiliária. Estas populações, ao se estabelecerem nestes locais, com suas construções precárias, podem levar a degradação da área, do seu entorno e dos recursos naturais causando uma acumulação de riscos, dentre os quais, a disseminação de doenças infecciosas (MONKEN, 2008).

Esse contexto amplia a vulnerabilidade do ambiente, expondo os indivíduos, os grupos sociais e a sociedade a situações de risco desencadeadas por modificações

nos determinantes e condicionantes das doenças, principalmente das infecciosas, transmitidas na interação homem-ambiente, como, por exemplo: a hepatite, a leptospirose, a cólera, e outras, ou ainda aquelas transmitidas por vetores como a dengue, a malária, a leishmaniose, as arboviroses, dentre outras (MONKEN, 2008).

A Geografia da saúde busca analisar padrões de morbimortalidade da doença no espaço e suas territorialidades. Na perspectiva do território, cabe reconhecer os processos produtivos nele instalados, bem como os que se situam em seu entorno, ou mesmo remotamente, e identificar suas relações com o ambiente e com a saúde dos moradores. Na perspectiva da LVH permite estabelecer as relações entre as diferentes territorialidades. Assim, é possível transitar entre as escalas territoriais locais (acesso aos serviços, qualidade de vida, moradia, educação, etc.) e sua relação com os mecanismos territoriais globais (políticas públicas, infraestrutura, economia) (CASTRO et al., 2016).

As ações de saúde podem ser direcionadas de diversas formas, desde voltada para pessoas como para territórios. A integração dessas ações precisa acontecer com o objetivo de obter resultados mais permanentes e duradouros no controle de agravos. A ação intersetorial importa na medida que surge uma nova possibilidade para resolver problemas que incidem na população de um determinado território. Nesse sentido a intersetorialidade incorpora as ideias de integração, de território, de equidade e de direitos sociais (RAFFESTIN, 1993).

O território configura-se no espaço, a partir de uma ação conduzida por um ator sintagmático - aquele que realiza um programa, em qualquer nível da realidade. Isso 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 (RAFFESTIN, 1993).

É preciso atuar de forma a incorporar as particularidades de cada contexto, de cada território, criar processos dialógicos e participativos entre os membros da comunidade e os serviços de saúde e outros setores que seguramente terão de ser acionados, considerando a complexidade da doença pois esta doença é a forma clínica mais grave e relevante na saúde coletiva, dentre as quatro formas transmitidas de leishmaniose aos seres humanos pela picada de flebotomíneos infectados, devido

à sua heterogeneidade epidemiológica e alta letalidade em pacientes não tratados (BARATA et al., 2005; FARIA & ANDRADE, 2012; WHO, 2017).

3.1.5 O conceito de cultura diante do modelo assistencial de saúde no Brasil

Na perspectiva de contribuir para um modelo de atenção à saúde com bases democráticas, é necessário trabalhar na saúde tendo por referência a cultura, buscando uma síntese entre o saber técnico, que valoriza a sobrevivência, com o interesse e o desejo das pessoas atendidas (CAMPOS, 2002).

O universo que abrange a definição conceitual de cultura é extremamente complexo e diverso, divisor das várias correntes analítico-teóricas e formador de campos epistemológicos e metodológicos próprios (LANGDON & WIJK, 2010). A não valorização dos aspectos culturais da população na área da saúde, por parte dos agentes/proponentes das políticas públicas, parece contribuir para a pouca adesão dos usuários às ações ofertadas pela atenção primária no Brasil (MELO, 2012).

Segundo Geertz (1989, p.23), a cultura é uma teia de significados tecida pelo homem. Essa teia orienta a existência humana. Trata-se de um sistema de símbolos que interage com os sistemas de símbolos de cada indivíduo numa interação recíproca, ou seja, os comportamentos são materializados através de símbolos. Geertz (1989) define símbolo como qualquer ato, objeto, acontecimento ou relação que representa um significado. Compreender o homem e a cultura é interpretar essa teia de significados, quer dizer, a cultura resulta em um panorama de aprendizagem onde o homem é sujeito ao aprender. E essa aprendizagem constitui uma construção do ser humano como um ser que formula ideias, concepções, adquire hábitos ao longo do tempo, costumes e vivências.

Cultura pode ser definida como um conjunto de elementos que mediam e qualificam qualquer atividade física ou mental, que não seja determinada pela biologia, e que seja compartilhada por diferentes membros de um grupo social. Trata-se de elementos sobre os quais os atores sociais constroem significados para as ações e interações sociais concretas e temporais, assim como sustentam as formas sociais vigentes, as instituições e seus modelos operativos. A cultura inclui valores, símbolos, normas e práticas (LANGDON & WIJK, 2010).

Cultura é um conjunto de valores, de costumes, de regras, de leis, que interferem em vários aspectos da nossa vida. Então a cultura é vista como uma força controladora, disciplinadora para que possamos conseguir viver em uma sociedade. A cultura cristaliza e legitima modos da gente lidar com o nosso desejo e com nosso interesse (CAMPOS, 2002).

A cultura é a própria condição de existência dos seres humanos, produto das ações por um processo contínuo, através do qual, os indivíduos dão sentido às suas ações. Ela ocorre na mediação das relações dos indivíduos entre si, na produção de sentidos e significados. Compreender a cultura de um povo expõe a sua normalidade sem reduzir sua particularidade (GEERTZ, 1989).

Fundamentalmente, a cultura organiza o mundo de cada grupo social, segundo a sua lógica própria. Trata-se de experiência integradora, total e totalizante, de pertencimento e, conseqüentemente, formadora e mantenedora de grupos sociais que compartilham, comunicam e replicam suas formas, instituições e os seus princípios e valores culturais (LANGDON & WIJK, 2010).

O conceito de cultura é erroneamente interpretado e manejado na saúde pública. Com frequência atribui que uma pessoa “tem cultura” se ela tem uma formação escolar avançada e que ela é “sem cultura” ao se deparar com um paciente sem conhecimento alinhado ao do profissional atendente, ou seja, um paciente “ignorante” que não consegue compreender ou seguir as orientações repassadas.

Dado o seu caráter dinâmico e às suas características político-ideológicas intrínsecas, a cultura e os elementos que a caracterizam são fontes mediadoras de transformações sociais, altamente politizados, apropriados, alterados e manipulados por grupos sociais ao longo da história das sociedades, segundo diretrizes traçadas pelos atores sociais que fazem seu uso para estabelecer novos padrões socioculturais e modelos societários (LANGDON & WIJK, 2010).

Ao se deparar com pacientes pertencentes a diferentes classes sociais, religiões, regiões e etnias, muitos profissionais da saúde não conseguem compreendê-los ao focar apenas nas particularidades biológicas, esquecendo da existência das diferenças socioculturais. Esses pacientes apresentam comportamentos e pensamentos singulares da doença, assim como noções particulares sobre saúde e terapêutica. Se o profissional atendente não incorporar o

“modelo de mundo” do seu paciente, haverá prejuízo nessa relação profissional-paciente.

A cultura, antes de tudo, oferece uma visão do mundo, isto é, uma explicação sobre como o mundo é organizado, de como atuar em um mundo que ganha sentido e é valorado através da cultura. 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 (LANGDON & WIJK, 2010).

O profissional deve ter a sensibilidade de ouvir o paciente, conhecer sua realidade e observá-lo além da doença. O trabalho interdisciplinar possibilita a ação de diversas áreas do conhecimento e diferentes visões frente à mesma situação, permitindo assim uma integração destes saberes e uma atenção mais eficaz ao paciente. A transição do modelo biomédico de assistência para uma medicina centrada na pessoa seria uma aposta necessária para o sistema de saúde brasileiro.

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. 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 & WIJK, 2010).

Cabe ressaltar que, em uma sociedade complexa como a brasileira, há vários sistemas de atenção à saúde operando concomitantemente, sistemas esses que representam a diversidade dos grupos e culturas que a constitui. Aqui, embora o sistema médico estatal seja o biomédico, que oferece serviços de saúde via Sistema Único de Saúde (SUS), a população, quando enferma, recorre a vários outros sistemas. Muitos grupos não procuram biomédicos, mas utilizam a medicina popular, outros utilizam sistemas médico-religiosos, outros, ainda, recorrem a vários sistemas ao longo do processo de doença e cura. Pensar o sistema de atenção à saúde como

um sistema cultural de saúde auxilia na compreensão desses múltiplos comportamentos (LANGDON & WIJK, 2010).

A mecanização das doenças pelos médicos no manejo clínico desrespeita a percepção cultural dos pacientes, partindo do pressuposto que profissionais de saúde e pacientes interpretam o processo saúde-doença de forma diversa. O processo de racionalização da medicina moderna baseia-se em abordagens objetivas, subestimando as dimensões psicológica, social e cultural dos sujeitos, resultando em uma relação assimétrica entre médico-paciente.

Os valores, conhecimentos e comportamentos culturais atrelados à saúde formam um sistema sociocultural integrado, total e lógico. Portanto, as questões relativas à saúde e à doença não podem ser analisadas de forma isolada das demais dimensões da vida social, mediadas e permeadas pela cultura que confere sentido a essas experiências. Os sistemas de atenção à saúde são sistemas culturais, consonantes com os grupos e realidades sociais, políticas e econômicas que os produzem e replicam (LANGDON & WIJK, 2010).

O estado de saúde de uma população é associado ao seu modo de vida e ao seu universo social e cultural. Todo e qualquer modelo de atenção à saúde que se organize terá insucesso se não valorizar aspectos sociais, culturais e comportamentais que são importantes para a correta compreensão dos seus problemas como um todo (MELO, 2012).

É necessário e urgente o rearranjo na organização dos Serviços de Saúde brasileiro, onde, as ações que são ofertadas à população, não sejam pensadas e construídas apenas na visão dos membros da equipe, de forma unilateral. O modelo ainda autoritário do profissional de saúde e a não valorização da dimensão sociocultural da população no seu entendimento do processo saúde-doença retratam o conflito atual e diário existente no modelo de atenção à saúde (MELO, 2012).

No entanto, também percebe-se insatisfações, por parte dos trabalhadores da área da saúde. A constante falta de materiais e equipamentos para execução adequada de suas funções, ambientes precários de trabalho, *stress* gerado pelo grande volume de atividades a serem cumpridas, baixos salários são alguns dos fatores que parecem contribuir para a insatisfação desses profissionais. Essas circunstâncias frequentemente levam a acidentes, doenças ocupacionais e mau atendimento ao usuário dos serviços de saúde (MELO, 2012).

É comum encontrar nas unidades de atendimento à saúde, profissionais desanimados e desestimulados diante dos problemas que existem na saúde pública brasileira. Há uma superlotação dos Pronto Atendimentos e Hospitais aliada à falta frequente de insumos para o exercício de uma medicina de qualidade. Diante desse cenário, o paciente é subvalorizado, e não se dando voz à forma individualizada pelos profissionais atendentes.

A reorganização das ações de saúde, por parte dos serviços, deve levar em consideração não só a cultura dos usuários, mas também a dos próprios trabalhadores e suas condições de trabalho, incentivo à pesquisa na área de promoção da saúde e capacitação das equipes de saúde da família no sentido de desenvolver uma escuta mais cuidadosa de seus usuários, voltada para a identificação e tradução das necessidades integrais dos indivíduos, dentro de seus culturais em saúde (MELO, 2012).

3.1.6 O Programa de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral (PCLV)

Para conter esse avanço territorial e diminuir a morbidade e letalidade do agravo, o Ministério da Saúde publicou no ano de 2006 o Programa de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral (PVCLV) que determina que as ações de prevenção e controle adotadas pelos municípios devem ser baseadas em análises

epidemiológicas fundamentadas na estratificação por risco e o cumprimento destas deve ser realizado de forma integrada, alertando ao fato de que nenhuma das ações isoladamente é capaz de prevenir e controlar o agravo em sua totalidade (ZUBEN & DONALÍSIO, 2016).

Atualmente, o PVCLV tem priorizado a redução da letalidade a fim de evitar as cerca de 250 mortes anuais por LVH, não só pela relevância do desfecho, mas também pela maior factibilidade em atingi-la em comparação à redução substancial da incidência (WERNECK, 2016).

Como descrito no PVCLV, para se chegar ao controle efetivo da LVH são necessárias ações de forma integrada nas áreas de maior risco, atingindo os três elos da cadeia de transmissão: o vetor, o homem e o cão (LISBOA et al, 2016; BRASIL, 2014).

O referido programa requer estratégias distintas e adequadas ao contexto epidemiológico de cada região, devendo considerar diversos fatores, desde a espécie do parasita, o envolvimento de animais domésticos e a fauna flebotomínica. Baseia-se no tratamento dos casos humanos, na detecção e eliminação dos cães soropositivos, no combate ao vetor, no manejo ambiental e na vigilância epidemiológica. Entretanto, o próprio manual do programa enfatiza a necessidade da realização das ações de forma integrada, devido a sua inefetividade em reduzir a incidência de LVH quando realizadas isoladamente (SILVA & SILVA, 2017).

Apesar dos esforços e dos recursos empenhados para o pleno funcionamento do PVCLV, consolida-se na comunidade científica a percepção de que as ações direcionadas para a redução da transmissão não vêm surtindo o efeito desejado. A LVH e a dengue são os principais fracassos no contexto do controle de doenças transmissíveis no país (WERNECK, 2016).

No entanto, integrar as ações dos mais variados campos profissionais é uma das, senão o maior entrave para que o PVCLV possa alcançar seus objetivos. Isso fica evidenciado pelo fato de grande parte dos municípios sequer contarem com equipes multiprofissionais.

Em um trabalho realizado por Von Zuben & Donalísio (2016) que buscou verificar as dificuldades na execução das diretrizes do Programa em grandes centros

urbanos (Bauru – SP, Fortaleza – CE, Belo Horizonte – MG, Goiânia – GO, Campinas - SP e Campo Grande – MS) nenhum dos municípios analisados contavam com profissionais da área de educação em suas equipes, já que o pressuposto na maioria das ações dessa área eram executadas pelos próprios técnicos que não dispõem de formação adequada para tal e estão também envolvidos em outras atividades, como a eliminação dos cães infectados gerando descrédito e oposição ao invés da colaboração das comunidades.

3.2 A intersectorialidade na saúde pública

A intersectorialidade pode ser definida como a articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento para a realização e a avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas (INOJOSA, 2001). Convoca um conjunto de inovações no âmbito da gestão pública, exigindo novas respostas organizativas, a superação das estruturas hierarquizadas e verticais e a criação de novos arranjos institucionais com estruturas horizontalizadas de trabalho, como analisa Bronzo (2010).

No amplo espectro, a construção desse conceito se dá a partir da articulação de vários setores e envolve distintos atores sociais, tais como: governo, sociedade civil organizada, movimentos sociais, universidades, autoridades locais, setor econômico e mídia, tendo como preceito a reunião de vários saberes e possibilidades de atuação, no sentido de viabilizar um olhar mais amplo sobre a complexidade do objeto, a fim de possibilitar a análise dos problemas e das necessidades, no âmbito de um dado território e contexto (GARCIA et al., 2014).

A intersectorialidade emerge com um dos requisitos essenciais para a sustentação das políticas públicas em nosso país, uma vez que a gestão segmentada e setorializada das políticas demonstra certa ineficácia, não respondendo de forma adequada aos desafios atuais tais como a formação de atitudes transversais, visando favorecer a efetividade da intersectorialidade (ROMAGNOLI, 2018).

Na saúde, a intersectorialidade parte do pressuposto de que as instituições envolvidas apresentem objetivos comuns, porém cada uma tendo ações que partem

de campos de atuação diferentes, sendo que cada campo deve questionar sobre o lugar a partir do qual está autorizado a intervir (SCHNEIDER et al., 2016). Neste sentido, a intersectorialidade propicia a reestruturação e reunião de vários saberes, atores e setores, tornando a compreensão e as ações complexas e com mais chance de obterem bons resultados (PAULA et al., 2004). Desde o momento em que cada setor dialoga e interage com o outro, algo novo é construído nesta relação e essa construção produz mudanças na própria instituição e nas demais em que se relacionam (MCNAMEE, 2010; PEREZ et al. 2017).

É preciso estar ciente de que não haverá resultados se tão somente reunir diferentes setores por conta de uma situação problemática ou da delegação de responsabilidade de um setor para o outro. É necessário não só compartilhar conhecimentos e experiências, mas, sobretudo, um compromisso de fato, pois uma rede não pode ser meramente protocolar (COUTO & DELGADO, 2010).

Esse caminho defende a participação da população na resolução de problemas coletivos e não apenas sua inclusão como objeto de preocupação, fonte de dados ou alvo dos esforços para solução dos problemas. Abordagens como essas, participativas e dialógicas, encontram respaldo teórico já consolidado, sobretudo no campo da educação em saúde a partir da perspectiva freiriana (CARMO et al., 2016).

Moysés & Sá (2014) apontam para a importância de se considerar as especificidades dos espaços/territórios/locais de vida individual e coletiva na construção de ações de promoção da saúde e exploraram como essa abordagem tem consolidado conceitualmente o respeito às territorialidades e à territorialização das ações como um princípio e uma estratégia operacional da promoção da saúde. Demonstram, ainda, que o plano local pode apoiar a construção de autonomias, aproximando-se da complexidade de soluções que ultrapassam as respostas setorializadas já conhecidas, necessitando ultrapassar propostas que visam tão somente ações de apoio/desenvolvimento comunitário ou intervenções governamentais e profissionais planejadas em bloco, sem respeito às especificidades, tão peculiar a quem as vive.

Embora ainda exista um longo caminho a ser percorrido tanto para a aceitação quanto para a prática efetiva, essa estratégia vem alcançando espaço como mostram os resultados da pesquisa realizada por Silva e colaboradores (2014) que a

intersetorialidade é conceituada como uma estratégia potente para enfrentar os problemas de saúde relacionados aos determinantes sociais por parte de gestores municipais e coordenadores de práticas de promoção da saúde, sobre a necessidade da intersetorialidade para responder efetivamente à complexidade dos problemas que impactam a saúde dos sujeitos e coletivos do mesmo modo em que há um distanciamento entre as definições políticas e a efetivação da ação intersetorial no cotidiano de certos municípios. Assim, verificando uma restrição ao processo de planejamento da intersetorialidade no nível macro da gestão com exclusão dos sujeitos que desenvolvem as ações.

A Política Nacional de Humanização (PNH) (2011), dispõe dispositivos que operacionalizam mudanças nas práticas dos serviços e nas relações entre os sujeitos, estimulando a criação de novos dispositivos a serem inventados pelos sujeitos envolvidos no trabalho. Salieta-se a importância da participação dos trabalhadores na invenção desses dispositivos e modos de organização das práticas dos serviços, considerando o aprendizado desses a partir de suas experiências no trabalho, potentes para novas configurações em prol da intersetorialidade no campo da saúde coletiva (BRASIL, 2011).

É definido pelo Ministério da Saúde (MS) que, de acordo com os níveis de complexidade de atendimento no SUS, o acompanhamento clínico durante e após o tratamento pode ser realizado tanto em nível primário (Postos de Saúde), secundário (Centros de Saúde) ou terciário, devendo o paciente ser encaminhado para os Hospitais Gerais e/ou de Referência, em situações de difícil diagnóstico, falha terapêutica com pelo menos dois esquemas de tratamento ou em pacientes com reações adversas graves (BRASIL, 2014).

A conexão entre saúde e intersetorialidade vêm sendo questionada e discutida atualmente. Dentre as definições de saúde mais aceitas e utilizadas nas publicações nacionais, destaca-se a da Organização Mundial de Saúde (OMS) e a da Constituição Federal de 1988. A OMS define saúde como “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” (OPAS, 2011). Este conceito afirma que saúde não está limitada apenas ao corpo físico e a relação do indivíduo com o meio.

A Constituição Brasileira incorpora uma concepção ampliada de saúde, entendida como direito de cidadania: “A saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988). Esta definição traz a saúde como um direito de todos de forma democrática e ressalta a importância acerca da responsabilidade do Estado e os níveis de atenção em saúde.

A Carta de Ottawa (1986) nos remete à saúde como recurso para vida e não como objeto de viver; entendida como algo que não é de responsabilidade exclusiva do setor saúde (SILVA & BELGA, 2018). Esta definição traz uma visão mais realista demonstrando que saúde requer participação e envolvimento de todos. Diante desse cenário, a intersetorialidade representa uma aposta estratégica para se alcançar a promoção da saúde.

A intersetorialidade se refere aos modos de articulação entre os diferentes saberes, incluindo os saberes populares, e as relações de poder de todos os atores envolvidos nesse processo, com vistas a ampliar a resolubilidade dos problemas coletivos. Nesse contexto, a superação da fragmentação do conhecimento e das estruturas sociais e a construção de processos democráticos e descentralizados torna-se necessária (FEUERWERKER & COSTA, 2000).

Esta “aposta estratégica” emerge como um dos requisitos essenciais para a sustentação das políticas públicas em nosso país, uma vez que a gestão segmentada e setorializada das políticas demonstra certa ineficácia, não respondendo de forma adequada aos desafios atuais. Um dos fatores importantes para que a intersetorialidade transforme-se em ações concretas e eficazes é a existência de espaços de diálogo para definição de ações conjuntas. O modo fragmentado e burocratizado no qual se organiza o campo das políticas públicas é um entrave à intersetorialidade (PEIXOTO, 2018).

O diálogo interdisciplinar e intersetorial é difícil, pois requer respeito à visão do outro e sua contribuição para a construção de decisões no enfrentamento dos problemas e situações levantados, sendo uma estratégia importante de reconstrução das práticas de saúde. Desenvolver esse tipo de prática é concretizar uma atuação com o olhar ampliado na abordagem do processo saúde-doença-cuidado. O trabalho intersetorial desponta como instrumento relevante para a operacionalização do

conceito ampliado de saúde e de ações com base nos pressupostos teóricos e metodológicos da promoção da saúde (SILVA & TAVARES, 2016).

A noção de intersectorialidade parte de um entendimento de saúde que considera as pessoas em sua totalidade. A partir disso, pode-se perceber que se trata de uma estratégia complexa que busca superar a fragmentação das diversas políticas e das diferentes áreas em que são executadas. O grande desafio é a articulação dos diversos setores na busca por soluções de problemas no cotidiano da gestão, através de decisões compartilhadas entre as instituições e os setores governamentais que produzam um impacto positivo sobre a saúde da população. Essa prática intersectorial requer articulações, vinculações, ações complementares, relações horizontais entre parceiros e interdependência de serviços para garantir a integralidade das ações (LEAL & ANTONI, 2013).

O grande desafio é saber como convergir esforços de setores diversos para uma abordagem integral de um problema que é multidimensional. Os setores apresentam distintas visões, interesses, recursos e contam com contextos técnicos e disciplinares muito diferenciados, o que dificulta a convergência de percepção e ação necessária em uma abordagem intersectorial (VEIGA & BRONZO, 2014). A ação intersectorial é complexa, demanda tempo, diálogos e tarefas de articulação, exige formação de consensos e pactuações. A intensidade da intersectorialidade está diretamente relacionada com a complexidade das situações de risco e o modelo de intersectorialidade a ser adotado depende de uma leitura correta dos vetores que incidem para a produção e reprodução das vulnerabilidades específicas das famílias, indivíduos e territórios.

Ainda que o trabalho intersectorial seja uma meta a ser alcançada pelas equipes de saúde, observa-se a sensação de insatisfação e impotência, pois consideram seu trabalho ineficiente, mesmo com algumas iniciativas de estabelecimento de ações intersectoriais. Percebe-se que a equipe de saúde ainda desenvolve ações sem realizar planejamento e avaliação das ações (SILVA & TAVARES, 2016).

A maioria dos profissionais afirma que há pouca oportunidade de diálogo com os profissionais dos diferentes serviços para os quais realizam encaminhamentos. Relatam que ficam sabendo sobre o processo dos encaminhamentos e dos atendimentos de outros serviços por meio dos próprios pacientes. Outras dificuldades

para o estabelecimento da intersetorialidade, citadas pelos profissionais, referem-se à fragilidade da rede de suporte, escassez de serviços especializados de referência e à cultura da população que ainda está fortemente ligada ao modelo biomédico de busca pela atenção curativa (FERRO et al., 2014).

A intersetorialidade então é trazida para o centro do debate e sua prática requer ampla negociação, alcançando dimensão transetorial a partir das possibilidades de criar novos olhares e instaurar novos valores. Deve considerar o respeito às diferenças e à incorporação das contribuições de cada uma das políticas na compreensão e na superação dos problemas sociais. Tem em sua lógica central a operacionalização de conceitos como a territorialização, vinculação, responsabilização e resolutividade com um olhar integral sobre o ambiente em suas dimensões físicas, socioculturais e biopsicossociais, nas quais estão inseridos os indivíduos e suas famílias (SILVA & TAVARES, 2016).

Raffestin (1993) entende o território como todo e qualquer espaço caracterizado pela presença de um poder, ou ainda, “um espaço definido e delimitado por e a partir de relações de poder”. E ainda, o poder “surge por ocasião da relação”, e “toda relação é ponto de surgimento do poder”. Quando coexistem em um mesmo espaço várias relações de poder dá-se o nome de “territorialidades”, de modo que uma área que abriga várias territorialidades pode ser considerada vários territórios.

Nossa tendência é pensar que o poder opera de maneira direta e brutalmente opressiva dispensando conceitos como cultura e conhecimento. Para Foucault, o poder não “funciona na forma de uma cadeia; ele circula. Ele nunca é monopolizado por um centro. Ele é implantado e exercido por uma organização como uma rede”. Isso sugere que nós todos somos, em algum grau, pegos em sua circulação, ou seja, relações de poder permeiam todos os níveis da existência social e podem ser encontradas em todos os campos da vida social (HALL, 2016, p.90).

É importante ressaltar que a produção territorial combina sempre malhas, nós e redes, a que Raffestin denomina de "invariantes territoriais". Estes instrumentos desempenham diferentes papéis, cuja importância relativa varia conforme o contexto histórico e social vivido. Raffestin exemplifica esta afirmação mostrando como foram mudando, ao longo da história das civilizações, a combinação e importância de cada uma das invariantes territoriais, sendo que nas civilizações tradicionais de caçadores-coletores, as malhas cumpriam função primordial, nas civilizações tradicionalistas e

racionalistas, os nós ganham maior importância e, por fim, nas civilizações racionais são as redes as mais importantes (RAFFESTIN, 1993).

A incorporação das noções de rede no campo da saúde adquiriu algumas conotações — malha de serviços, sistema articulado de serviços e ações, articulação sistêmica e ascendente de atenção e cuidados à saúde. O que permeia esses entendimentos é a ideia de que as redes permitem enraizamento, capilaridade, cobertura e penetração de territórios, traduzida em uma capacidade de alcance e de abrangência de diferentes modalidades de serviços e produtos de saúde (MENDES, 1993).

Estas redes podem ser representadas através de pontos e linhas, onde os pontos podem ser ações locais e totalmente desvinculadas das ações globais, mas também podem ser ações locais, que se inserem nas ações globais, onde as estruturas e a organização de tarefas podem não coincidir com as ações que estão sendo desenvolvidas. As linhas formam teias que representam as redes de ligações e as interligações entre ações locais e globais. O território é, na maior parte das vezes, utilizado como estratégia para a coleta e organização de dados sobre ambiente e saúde, mas deve-se manter claro que os processos sociais e ambientais transcendem esses limites (MONKEN, 2008).

Diversos segmentos devem ser convocados para compor ações estratégicas, tecidas em conjunto, para o fortalecimento das ações em saúde. A articulação intersetorial torna-se, logo, imprescindível para enfrentar os determinantes do processo saúde-doença. Para alcançar resultados em saúde, os diferentes equipamentos devem se comunicar, dentro e fora do seu setor, criando uma rede de proteção aos usuários (FERRO et al, 2014).

A noção de rede como um emaranhado de relações das quais os indivíduos constituem os “nós”, requer, acima de tudo, investimento sólido para compor sua tecitura e não está livre das intempéries próprias às relações humanas (FERRO et al., 2014). O trabalho de equipe facilita a construção das redes que podem ser definidas como trabalho coletivo, articulação de diversos sujeitos, com conhecimentos e habilidades para produzir transformações. Assim, a intersetorialidade incorpora a ideia de integração, de território, de equidade, de direitos sociais e outros. Esse novo fazer

demanda mudanças de valores da cultura para um agir coletivo (SILVA & TAVARES, 2016).

A área da saúde vem passando por intensas modificações, tornando-se, dessa forma, cada vez mais importante que sejam adotadas atitudes visando à redução de adoecimentos, sofrimentos e mortes prematuras. Ao analisar o processo saúde-doença, percebeu-se que o aparato biomédico não consegue modificar os condicionantes e determinantes mais amplos da saúde, passando a agir seguindo um modelo de atenção e cuidado marcado, na maioria das vezes, pela centralidade nos sintomas, novas maneiras de trabalhar em prol da saúde da população, considerando-se a singularidade, a complexidade e o ambiente sociocultural no qual os indivíduos estão inseridos (PINTO et al., 2012).

Pensando na formação profissional, o Ministério da Saúde, em parceria com o de Educação, propôs a Residência Multiprofissional em Saúde vindo a se constituir em um programa de cooperação intersetorial, incentivando os jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho a priorizarem o SUS como cenário de atuação (SANTOS & MAIA, 2015). Atualmente foi aprovado oito vagas de Residência Multiprofissional em Medicina Tropical no Hospital de Doenças Tropicais (HDT) da Universidade Federal do Tocantins (UFT), sendo quatro vagas destinadas para enfermagem, quatro vagas para psicologia e duas vagas para nutrição. Essa conquista em Araguaína -TO irá fortalecer o conceito de intersetorialidade entre os profissionais da área de saúde.

Para Dematteis (1964) a territorialidade é compreendida como relações sociais, econômicas, culturais e políticas realizadas nas famílias, na vizinhança, na comunidade e entre a cidade e o campo; significa um conjunto de tramas efetivadas entre o campo e a cidade por meio de redes de comunicação e circulação.

Akerman e colaboradores (2014) em seu artigo contextualiza o debate intersetorial, faz aproximações ao tema e indica que os aspectos deste tema ainda estão em aberto e, inspirado pela pluralidade do vocábulo “intersetorialidade”, apontando a necessidade de se construir uma agenda de pesquisa que favoreça aportes teóricos para que a ação intersetorial não seja um experimento na gestão pública e possa se constituir em uma práxis de governo.

3.2.1. Os desafios das equipes na prática intersetorial com as famílias

O direito universal à saúde a ser garantido pelo Estado e a positivação da assistência social como política pública de direitos na Constituição de 1988 representaram avanços normativos em relação à lógica de seguro que pautava o atendimento à população nestas áreas (CARMO & GUIZARDI, 2017). A Constituição de 1988 garante um padrão de proteção social mais igualitário e universalista, alterando as políticas públicas em nosso país. Estas ações indicam a necessidade de articulação entre as políticas públicas que nos conduza à intersectorialidade, uma vez que a definição setorial das políticas, a gestão segmentada e setorializada demonstram ineficiência oriunda da ausência de ações integradas e já não respondem de forma adequada aos desafios atuais.

A despeito do viés neoliberal de transferir responsabilidades estatais para a sociedade, desse modo há a mobilização à perspectiva da participação social e o anseio de que as dificuldades sociais sejam minimizadas e os direitos sociais sejam efetivados. Para isso a intersectorialidade constitui uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços para garantir o acesso igual dos desiguais alterando toda a forma de articulação dos diversos segmentos da organização governamental e dos seus interesses. No entanto, essas ações acarretam mudanças nas práticas e na cultura das organizações gestoras de políticas públicas como também, nas atitudes e nas ações da população (GÓES & MACHADO, 2013).

Para Romagnoli (2018), produzir conhecimento é desarticular as práticas e os discursos instituídos, elucidar os processos complexos e as relações despotencializadoras que impedem a invenção. Assim, a intersectorialidade assume relevância estratégica como princípio estruturante de políticas sociais voltadas para a área da saúde sendo concebida como a gestão compartilhada de políticas, saberes, identificação de problemas coletivos e fortalecimento da relação entre os setores participantes.

As políticas setoriais por si só não solucionam as graves e excessivas demandas dos serviços e necessitam se comunicar para identificar as necessidades da população e tentar encaminhar os casos cada vez mais complexos. Programas,

serviços, equipes técnicas e profissionais são desafiados ao diálogo, ao trabalho conjunto com a perspectiva da inclusão social e de enfrentamento da vulnerabilidade de seus usuários. Assim, a consolidação da intersetorialidade das políticas públicas passou a ganhar valor à medida que não se observava a eficiência, a efetividade e a eficácia esperadas na implementação das políticas setoriais, primordialmente no que se refere ao atendimento das demandas da população e aos recursos disponibilizados para sua execução (NASCIMENTO, 2010).

Apesar da intersetorialidade ser um dos temas mais comentados na gestão pública, como indica Akerman (2014), ainda não há conhecimento efetivo desse processo no cotidiano do serviço que possa servir como um marco de análise para sua avaliação e sustentação efetiva.

Em outras palavras, significa dizer que, além de ter que superar uma lógica predominantemente fragmentada e setorializada quanto à concepção, a consolidação da abordagem intersetorial ainda precisa sobrepor-se às hierarquias e compartimentalizações que se encontram cristalizadas, primeiro, na ordem constitucionalmente estabelecida que divide responsabilidades entre união, estado e município e, segundo, nas clausuras contratuais cuja única orientação é a estrita observância da legislação vigente (ORNELAS & TEIXEIRA, 2015).

Ainda que possa responder às demandas sociais multifacetadas, evitando prejuízos da fragmentação setorial, a intersetorialidade não é solução para todo problema de gestão pública. Já sua relação com a participação popular pode conferir maior equidade nas ofertas das políticas analisadas (CARMO & GUIZARDI, 2017).

Para um exercício efetivo, essa articulação pressupõe muito mais que agregação de setores, pretendendo a integralidade como estratégia de intervenção para a superação do problema em pauta. E tão somente convoca à corresponsabilização dos equipamentos públicos, vinculados pela complexidade dos casos, por meio da conexão entre práticas e saberes profissionais singulares (PERES et al., 2017).

Assim, fica claro que a questão da intersetorialidade, sua sustentação e ações cotidianas são fundamentais para que políticas públicas atendam seus objetivos. Neste contexto, um dos fatores importantes para que a intersetorialidade transforme-se em ações concretas e eficazes é a existência de espaços que possibilitem a

comunicação entre os setores, para favorecer o diálogo entre os programas que trabalham com as famílias e os profissionais das políticas públicas que realizam intervenções com estes grupos.

Atenta à complexidade dos casos atendidos pelas políticas setoriais em seus equipamentos, a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte institui os Núcleos Intersetoriais Regionais (NIRs), vinculados às Secretarias de Administração Regional Municipal, com o intuito de promover a intersectorialidade e a descentralização das ações de inclusão social (BELO HORIZONTE, 2009). O NIR Técnico tem o intuito de criar um espaço intersectorial para discussão dos casos graves de violação de direitos afins às políticas setoriais regionais, de modo a agilizar e qualificar a entrega de serviços públicos à população demandante.

Respaldados pelo saber científico e em sua formação, muitas vezes as equipes desvalorizam as condições, as crenças e os conhecimentos dos usuários, que são “desqualificados como não competentes ou insuficientemente elaborados. Saberes ingênuos, hierarquicamente inferiores, saberes abaixo do nível requerido do conhecimento ou cientificidade” (FOUCAULT, 2004). Essa postura insiste na incompetência, no desvalor do outro, na hierarquização de saberes e coloca os profissionais como únicos responsáveis pelo cuidado, afastando-se da autonomia e da cidadania.

3.2.2 Práticas intersectoriais, vulnerabilidade e assistência social

A política de Assistência Social intenta garantir os atendimentos às suas necessidades mais básicas através da articulação de suas competências e ações com as demandas políticas de Estado (como a saúde, a previdência social, a justiça, a educação). Para tanto, se utiliza do princípio da territorialização para reconhecer a singularidade dos múltiplos fatores econômicos, sociais e populacionais que compõem determinado território para, a partir daí, articular serviços regionalizados de acordo com tais particularidades tendo em vista a troca de saberes, conhecimentos e objetivos entre os setores e sujeitos envolvidos. Ou seja, a intersectorialidade fomentada no Sistema Único de Assistência Social (SUAS) se dá fundamentalmente

a partir de uma leitura pretensamente integral do cruzamento entre o território referenciado pelos seus equipamentos e sua população-alvo, promovendo uma série de intervenções multiprofissionais e intersetoriais com as demais políticas públicas a partir da matricialidade familiar (GAMA, 2018).

O trabalho em equipes se faz ainda a partir do entendimento das vulnerabilidades e riscos sociais como fatos complexos que exigem respostas diversificadas e alcançadas por meio de ações contextualizadas e construídas coletivamente. As intervenções no SUAS devem ampliar o grau de autonomia e/ou cidadania de seus usuários e almejam produzir como transformação-limite a não necessidade dos serviços de assistência social (GAMA, 2018).

Como intersectorialidade e integralidade convergem para um conjunto de inovações no âmbito da gestão pública, em um contexto no qual os sistemas técnicos especializados e as estruturas fortemente hierarquizadas e verticais não respondem de forma adequada aos novos objetivos e demandas políticas e sociais, o que exige uma remodelagem das velhas estruturas organizacionais, novas respostas organizativas das quais a intersectorialidade é apenas uma das alternativas possíveis (BRONZO, 2018).

A lógica de uma interação de mútuo entendimento intersectorial a respeito de um ou mais projetos ou demandas sociais apresenta-se como alternativa a uma anacrônica lógica setorial, fragmentada, vertical e autônoma em relação a outros setores, que vão reproduzindo, cada um em sua esfera de atuação, suas ações mais ou menos independentes umas das outras (FIORATI et al., 2014)

O tema da intersectorialidade tem como base a capacidade das políticas de serem responsáveis e eficientes diante dos problemas identificados e darem respostas que tenham aderência às necessidades da população ou do território (BRONZO, 2007). Desse modo, a intersectorialidade remete a modificações no âmbito da gestão que parte da percepção dos limites da abordagem setorializada no setor público, principalmente no campo das políticas de proteção e assistência social.

A ação intersectorial é complexa, demanda tempo, diálogos e tarefas de articulação, exige formação de consensos e pactuações. Por isso é importante enfatizar que a intersectorialidade se torna mais necessária quanto mais intensa e ampla for a vulnerabilidade. A intensidade da intersectorialidade está diretamente

relacionada com a complexidade das situações de risco e o modelo de intersectorialidade a ser adotado depende de uma leitura correta dos vetores que incidem para a produção e reprodução das vulnerabilidades específicas das famílias, indivíduos e territórios (BRONZO, 2018).

À enorme desigualdade de renda que caracteriza nossa realidade social se somam à outras desigualdades, dadas pelo gênero ou pela cor, por exemplo; ou de capital educacional e cultural, de acesso a políticas públicas ou de acesso à justiça e a garantia de direitos. Isso exige o reconhecimento de perversas estruturas de desigualdades e das múltiplas combinações de vetores diversos de vulnerabilidades, decorrentes dos ciclos de vida, dos territórios e áreas de moradia, das condições de saúde e educação, do acesso a bens materiais e simbólicos, do status social, da incorporação adversa no mercado de trabalho, entre outros (BRONZO, 2018).

3.2.3 Saúde, interdisciplinaridade e intersectorialidade: entraves

O SUS instituído em 1988, a partir da Constituição Federal, apresenta um conceito de saúde distinto da concepção que sustentava a assistência e a organização dos serviços, a partir do modelo médico tradicional, que enfatizava a saúde como ausência de doenças.

Na concepção de POMBO (2008, p.10), falar sobre interdisciplinaridade é hoje uma tarefa ingrata e difícil. Em boa verdade, quase impossível. Há uma dificuldade inicial - que faz todo o sentido ser colocada - e que tem a ver com o fato de ninguém saber o que é a interdisciplinaridade. Nem as pessoas que a praticam, nem as que a teorizam, nem aquelas que a procuram definir. A verdade é que não há nenhuma estabilidade relativamente a este conceito.

Contudo, para lá de todas as diferenças e disparidades, a interdisciplinaridade é uma palavra que persiste, resiste, reaparece. O que significa que nela e por ela algo de importante se procura pensar. A interdisciplinaridade é um conceito que invocamos sempre que nos confrontamos com os limites do nosso campo de conhecimento, sempre que nos confrontamos com uma nova disciplina cujo lugar não está ainda traçado no grande mapa dos saberes, sempre que nos defrontamos com um daqueles

problemas imensos cujo princípio de solução sabemos exigir o concurso de múltiplas e diferentes perspectivas (POMBO, 2008).

A interdisciplinaridade diz respeito à articulação entre os diversos campos de conhecimento, a partir de projetos integrados, construídos mediante relações dialógicas, participativas e protagonistas. A construção de projeto comum para as propostas terapêuticas deve ser discutida e planejada pelos profissionais do campo da saúde, com participação ativa dos usuários envolvidos. Trata-se de um campo composto por mecanismos de regulação e organização do trabalho, com predomínio dos saberes medicalizantes, que dizer, intervencionistas e prescritivos que sustentam práticas da clínica tradicional (PEIXOTO, 2018).

A interdisciplinaridade diz respeito à articulação entre os diversos campos de conhecimento, a partir de projetos integrados, construídos mediante relações dialógicas, participativas e protagonistas. A construção de projeto comum para as propostas terapêuticas deve ser discutida e planejada pelos profissionais do campo da saúde, com participação ativa dos usuários envolvidos. Trata-se de um campo composto por mecanismos de regulação e organização do trabalho, com predomínio dos saberes medicalizantes, que dizer, intervencionistas e prescritivos que sustentam práticas da clínica tradicional (PEIXOTO, 2018).

O conceito de interdisciplinaridade imanente à vigilância em saúde reconstrói para o campo da saúde pública a possibilidade de pensar e fazer saúde com base no contexto de cada realidade social, em que os acontecimentos que afetam a qualidade de vida das populações são decorrentes de interações e situações diversas. Dessa forma, necessita, para sua apreensão, de um olhar plural sobre a realidade e os fatos (MONKEN, 2008).

Essa reconstrução cognitiva acerca dos problemas de saúde, ao mesmo tempo que afirma a complexidade e a dinâmica da vida cotidiana, indica o espaço local como lugar singular para transformações das práticas em saúde. Significa que as respostas a serem buscadas deverão refletir a realidade e se embasar em diferentes campos do saber, mostrando para o trabalhador de saúde uma reflexão constante sobre o quê, como e com quem fazer (MONKEN, 2008).

Esses saberes-poderes produzem modos de pensar e de se relacionar normalizantes e normatizantes, que por sua vez, constituem comportamentos

controladores e perfeccionistas entre os sujeitos (PEIXOTO, 2018). Na medida em que cada disciplina é incapaz de esgotar o problema em análise, a interdisciplinaridade traduz-se na abertura de cada disciplina a todas as outras, na disponibilidade de cada uma das disciplinas envolvidas deixar cruzar e contaminar por todas as outras (POMBO, 2008).

A interdisciplinaridade vai além da associação entre diferentes disciplinas ou áreas do saber. Ela envolve a interação entre essas fronteiras (que não se restringem ao saber acadêmico), capaz de promover mudanças estruturais, gerando o enriquecimento mútuo e a reciprocidade, com vistas à horizontalização das relações de poder. A interdisciplinaridade pode ser conceituada como a interação de diferentes disciplinas que se sustenta sob uma problemática comum, em uma relação que permite uma aprendizagem mútua e recombinações dos saberes e práticas (LEAL & ANTONI, 2013).

A interdisciplinaridade é a manifestação de uma transformação epistemológica em curso e apontam-se aquelas que nos parecem ser as suas duas consequências principais: o alargamento do conceito de ciência e a transformação da Universidade. Há uma família de quatro elementos na palavra interdisciplinaridade que se apresentam como mais ou menos equivalentes: pluridisciplinaridade, multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade. As suas fronteiras não estão estabelecidas, nem para aqueles que as usam, nem para aqueles que as estudam, nem para aqueles que as procuram definir (POMBO, 2005).

Por trás destas quatro palavras, *multi*, *pluri*, *inter* e *transdisciplinaridade*, encontra-se uma mesma palavra raiz chamada *disciplina*. Disciplinas que se pretendem juntar: *multi* e *pluri*, a ideia é a mesma: *juntar* muitas, pô-las *ao lado* uma das outras. Ou então articular, pô-las *inter*, em inter-relação, estabelecer entre elas uma *ação recíproca*. O sufixo *trans* supõe *ir além*, uma ultrapassagem daquilo que é próprio da disciplina (POMBO, 2005).

Ingenuamente, pensa-se que o simples fato das pessoas estarem ao lado uma das outras, sentadas em volta de uma mesa (sobretudo se for “redonda”), permite dizer que a ação é interdisciplinar. Ora, em geral, isso nada tem a ver nem com a *pluri*, nem com a *multi*, nem com a *trans*, nem com a *interdisciplinaridade*. Ao contrário, na esmagadora maioria dos casos, isso tem tudo a ver com a *disciplinaridade*. Tem tudo

a ver com a incapacidade que todos temos para ultrapassar os nossos próprios princípios discursivos, as perspectivas teóricas e os modos de funcionamento em que fomos treinados, formados e educados. Cada grupo desconhece e ignora o que o outro faz, chegando mesmo, em alguns casos, a considerar que o que o outro grupo faz não tem qualquer interesse (POMBO, 2005).

Para arriscar fazer interdisciplinaridade é necessário perceber que a nossa liberdade só começa quando começa a liberdade do outro, ou seja, temos que dar as mãos e caminhar juntos (POMBO, 2005).

A construção de políticas públicas e planos locais de saúde a partir do olhar sobre o território/local no contexto brasileiro tem sido apontada como um desafio a ser enfrentado, o que tem comprometido significativamente tanto sua adequação às realidades locais como seu impacto na garantia do direito à saúde. Para tanto, é importante consolidar o reconhecimento de territorialidades como um princípio e a territorialização como uma estratégia operacional na construção de práticas de promoção da saúde. Desse modo, é preciso reconhecer o território vivido enquanto *locus* para operacionalizar intersectorialidade(s), dando voz às pessoas que nele vivem (MOYSÉS & SÁ, 2014).

Com relação à cultura do que é público, aponta-se que os interesses privados, em suas várias modalidades, como o de empresas que buscam se beneficiar dos serviços públicos, os interesses de políticas partidárias, como também os interesses corporativos dos trabalhadores, que buscam estabilidade empregatícia, produzem um efeito de certo anestesiamiento e apatia perante a capacidade de produzir vida e inventar novas práticas. Essa fragilidade de uma cultura do público como terreno de responsabilidade de todos e não como um terreno incógnito, pode ser analisada em função da carência de uma política do comum no mundo capitalista, cultura que integra os interesses de todos (PEIXOTO, 2018).

Podemos afirmar que desenvolver a intersectorialidade é uma tarefa complexa, que envolve grandes desafios, como a necessidade de transposição de entraves políticos e interesses pessoais, a hierarquia e a desarticulação da administração pública, que vão além da simples vontade de fazê-lo (CARNEIRO, et al., 2012).

Ainda não há um consenso discursivo sobre o sucesso prático a respeito da intersectorialidade. Isso deve, entre outros fatores, ao desconhecimento, confusão ou

divergências conceituais em torno dos objetos que se toma para intervenção intersetorial. O modo fragmentado e burocratizado no qual se organiza o campo das políticas sociais ainda é um entrave à intersetorialidade (SILVA & BELGA, 2018).

3.2.4 A intersetorialidade como ferramenta estratégica

Um dos marcos da promoção da saúde é a Carta de Ottawa (1986) que salienta a necessidade de uma maior participação da sociedade no controle do processo saúde-doença. A Carta de Ottawa nos remete à saúde como recurso para vida e não como objeto de viver; entendida como algo que não é de responsabilidade exclusiva do setor saúde, ampliando-se seu entendimento para além de um estilo de vida saudável e caminhando na direção de um bem-estar social e global. Essa noção de integração para intervenção nas condições de vida e sociais está inscrita também no movimento das cidades saudáveis, na década de 1970. Uma explicação para este investimento pode ser o próprio fato de que as intervenções necessárias para a contribuição de uma perspectiva saudável nas cidades são por si bastante complexas e exigem múltiplos olhares (SILVA & BELGA, 2018).

Diante desses questionamentos, e posta a complexidade inerente à relação saúde e qualidade de vida, a intersetorialidade é uma aposta estratégica para se alcançar a promoção da saúde. Contudo, é preciso problematizar as noções, conceitos e práticas que foram construídas em torno da intersetorialidade para um debate crítico e consciente (SILVA & BELGA, 2018).

Do ponto de vista de gestão, a intersetorialidade é uma resposta ao processo de descentralização. À medida que a descentralização foi avançando na transferência de poder para o nível municipal, os desafios foram se apresentando. Frente a isso, a intersetorialidade demonstra-se como uma estratégia de gestão integrada para abordar os problemas sociais, respeitando cada um dos níveis e atores envolvidos no processo de gestão. Na concepção da intersetorialidade, o imperativo é o da integração, tanto de setores e serviços, mas também entre sujeitos para responder a complexidade das demandas sociais contemporâneas (MONNERAT & SOUZA, 2011).

Assim, há uma concepção singular em torno da intersectorialidade como proposta de mudança, pensada para superar a fragmentação setorial. Do ponto de vista semântico, a intersectorialidade não se refere apenas a níveis de governo ou setores, mas tem em si uma estreita vinculação com os processos participativos na perspectiva de formação de rede social. Implica na participação e formação de rede social e exige que os sujeitos não sejam apenas objetos dos quais são captadas as demandas para as intervenções intersectoriais (SILVA & BELGA, 2018).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) compreende a intersectorialidade como uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão da saúde garantindo a saúde como direito humano e de cidadania, mobilizando intervenções que a propiciem. O compromisso do Setor na articulação intersectorial é tornar cada vez mais visível que o processo saúde-adoecimento é efeito de múltiplos aspectos (BRASIL, 2006).

Em 2014, a portaria nº 2446, redefiniu a PNPS e em seu art. 5º menciona como diretrizes para a PNPS o estímulo à cooperação e à articulação intra e intersectorial para ampliar a atuação sobre determinantes e condicionantes da saúde e a incorporação das intervenções de promoção da saúde no modelo de atenção à saúde, especialmente no cotidiano dos serviços de atenção básica em saúde, por meio de ações intersectoriais (BRASIL, 2014).

No contexto brasileiro, a intersectorialidade vem sendo incorporada como princípio na construção das políticas públicas e no debate da intervenção estatal a partir da Constituição Federal que, em seu texto, legitima a saúde como resultado de um conjunto de fatores de ordem econômica, política e social. Assim, alcançar a saúde, nesta perspectiva ampliada, requer considerar as múltiplas e complexas determinações do processo saúde-doença-cuidado, como também informação, e se configura um desafio tanto do ponto de vista político quanto técnico, exigindo pensar em estratégias inovadoras (SILVA & BELGA, 2018).

Andrade (2006) e Ayres (2001) trazem os seguintes questionamentos: “A intersectorialidade tem sido de fato possível?” “Temos visto espaços potenciais para intersectorialidade para além das “tradicionais” ações denominadas de promoção da saúde?” Sobretudo, “cabe questionar que lugar os diferentes atores sociais assumem

nas perspectivas intersetoriais?” “Temos construído para produzir práticas intersetoriais inclusivas ou excludentes da participação dos cidadãos?”

A intersetorialidade é necessária frente aos problemas que extrapolam o âmbito de atuação do setor e a forma de se fazer isso é organizando espaços de articulação, como a motivação de um esforço coletivo para resolver os problemas sociais complexos (SILVA & BELGA, 2018).

Para o campo da saúde coletiva, a intersetorialidade constitui-se uma estratégia necessária para intervir em problemas cuja gênese é complexa e se relacionada à forma como concebemos e produzimos a saúde.

4 ANÁLISE DA GESTÃO TERRITORIAL FRENTE A DISTRIBUIÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

Para verificar e analisar se a gestão territorial da epidemia de LVH está sendo eficiente, será confrontado a relação entre:

- a) Órgãos de saúde X Epidemia de LVH em Araguaína;
- b) Expansão geográfica X Acesso aos serviços de saúde.

4.1 Órgãos de saúde X Epidemia de LVH em Araguaína

Ao analisar a situação atual de saúde em Araguaína -TO, nota-se que tanto o serviço de atenção básica como o de urgência e emergência são deficientes e não conseguem atender com qualidade a demanda da população, prolongando o tempo de espera nas filas e favorecendo a propagação da epidemia de LVH no município. Essa afirmativa é respaldada pelos seguintes relatos:

“Existem ainda poucas Unidades pro tamanho dos bairros. Então faz o possível pra que aquela Unidade ela consiga atender aquela demanda dela, mas a oferta ainda está muito aquém da demanda, nós temos só uma UPA funcionando, funciona pediátrico, funciona adulto, funciona tudo, quebrados, acidentes, então vai tudo pra lá” (P2, 30/08/2019).

“A UPA é lotadíssima né, ele vai botar uma pulseira, esperar um atendimento pra fazer um teste e outros exames, pra encaminhar pra o HDT, então eu acho que é algo que poderia ser enxugado” (P1, 29/08/2019).

“Agora eu acho que uma UPA só na cidade é inviável. Dentro da UPA, ela também tem várias categorias, conforme vai aumentando a população..., mas é o que a gente vê: A UPA lotada, o Regional lotado, entendeu?” (T2, 02/10/2019).

Segundo a Portaria 10/2017 do MS, as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) são definidas como “[...] o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família e

a Rede Hospitalar devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências”. As UPAs se constituíram no principal componente fixo de urgência pré-hospitalar e têm se estabelecido como importante ponto de acesso ao sistema, instituindo-se enquanto unidades intermediárias entre a atenção básica e as emergências hospitalares. São classificadas em três diferentes portes, de acordo com a população do município-sede, a área física, número de leitos disponíveis, gestão de pessoas e a capacidade diária de realizar atendimentos médicos (BRASIL, 2017). O quadro 3 retrata a definição dos portes aplicáveis às UPA 24h.

Quadro 3 – Definição dos portes aplicáveis às UPA 24h.

Definição dos portes aplicáveis às UPA 24h	População recomendada para a área de abrangência da UPA 24h	Número mínimo de leitos de observação	Número mínimo de leitos sala de urgência
Porte I	50.000 a 100.000 habitantes	7 leitos	2 leitos
Porte II	100.001 a 200.000 habitantes	11 leitos	3 leitos
Porte III	200.001 a 300.000 habitantes	15 leitos	4 leitos

Fonte: Ministério da Saúde (2017)

A UPA Anatólio Dias Carneiro é classificada como porte II e segundo dados do IBGE, a população estimada de Araguaína -TO para o ano de 2019 é de 180.470 pessoas. Teoricamente, o fato de existir uma única UPA no município está correta, mas na prática, a situação é alarmante conforme a seguinte narrativa:

“Se você for olhar teoricamente UPA pelo nível populacional, então teoricamente a gente vê que tá correto. Só que na prática, a gente vê muita falha. Aí você vai ver lá na UPA e está sobrecarregada porque falhou na atenção básica, então as pessoas quando vão chegar na UPA, o próprio profissional com aquela sobrecarga de trabalho, não vai ter aquele olhar de investigação. Vai acabar tratando só aqueles sinais e sintomas ali, então vai tendo falha também porque às vezes tinha uma coisa bem mais profunda, no caso a Leishmaniose aí, e às vezes não, é só febre. Toma um antitérmico e vai pra casa. Falta essa investigação justamente por essa sobrecarga, e daí vai sendo aquele efeito cascata, vai falhando todos os outros setores, justamente pela falha lá na atenção. Às vezes chega, principalmente nesses que eu

vejo aqui, aí você vai coletar a história, aí você vê que já passou duas vezes na UPA, já passou duas vezes já na atenção básica, aí já chega já com trinta dias já depois de evolução, gravíssimo. Porque? Porque não foi detectado ali. Aí você vai na história lá dessas crianças no prontuário e você observa que nenhum momento foi suspeito isso né, porque a primeira coisa que o profissional faz é aquela avaliação: Não, não é nada respiratório, né, já descarta, pode ir pra casa. Então falta isso, falta esse olhar de investigação dos profissionais sabe?” (S1, 02/10/2019).

As UPA 24h exercem um elo entre as Unidade Básica de Saúde (UBS), Estratégia de Saúde da Família (ESF) e as emergências hospitalares; serve como porta de entrada aos serviços de urgência; deve funcionar de maneira ininterrupta, através de uma Rede organizada com pactos e fluxos previamente definidos; e têm como finalidade assegurar ao usuário o atendimento com acolhimento e baseado no seu estado clínico, bem como ser de contra referência para os demais níveis de atenção à saúde, garantindo assim a integralidade e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2017).

De acordo com a Portaria 10/2017 do MS, uma UPA terá eficácia no seu funcionamento quando desempenhar as seguintes atividades:

a) acolher os pacientes e seus familiares em situação de urgência e emergência, sempre que buscarem atendimento na UPA 24h;

b) articular-se com a Atenção Básica, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, bem como com os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e outros serviços de atenção à saúde, por meio de fluxos lógicos e efetivos de referência e contrarreferência, ordenados pelas Centrais de Regulação de Urgências e complexos reguladores instalados nas regiões de saúde;

c) prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir a conduta necessária para cada caso, bem como garantir o encaminhamento dos pacientes que necessitarem de atendimento;

d) funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU 192;

e) realizar consulta médica em regime de pronto atendimento nos casos de menor gravidade;

f) realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados à UPA 24h;

g) prestar apoio diagnóstico e terapêutico conforme a sua complexidade; e

h) manter pacientes em observação, por até 24 horas, para elucidação diagnóstica ou estabilização clínica, e encaminhar aqueles que não tiveram suas queixas resolvidas com garantia da continuidade do cuidado para internação em serviços hospitalares de retaguarda, por meio da regulação do acesso assistencial (BRASIL, 2017).

A necessária coexistência da UPA com um SAMU e também a obrigatoriedade de expandir a cobertura de atenção primária são elementos de causalidade que procuram fortalecer a visão de rede e impelir os gestores a desenvolverem e investirem em outros componentes da rede de urgências. No atual cenário de atendimento às urgências, nos deparamos com um projeto de atenção às urgências que se pretende integrador, mas foi proposto de forma fragmentada, iniciando-se pelo SAMU e posteriormente pelas UPAs. Ambos os componentes vêm sofrendo de dificuldades de integração com a rede de serviços com significativo prejuízo para a integralidade do cuidado (KONDER & O'DWYER, 2015).

“Eu vejo que os setores de saúde, às vezes eles estão muito enquadrados, eu acredito que a grande falha é essa. Por exemplo, você chega na UPA, eu só sou urgência e emergência, então eu enquadrei, eu fechei o meu pacotinho. Eu não vou investigar mais. Entendeu? Porque a minha função é essa, teoricamente tá lá na lei, né. Da mesma forma lá na atenção básica é, não mais a minha função é promover saúde e prevenção, mais aí pois é, às vezes a criança tá, vamos investigar mais um pouquinho. Às vezes né, aí existem essas falhas de processo que refletem diretamente ali no paciente, né. Que quando você vai ver já está super grave, já tá nas últimas” (S1, 02/10/2019).

“Mas eu acho que a maior dificuldade é conseguir colocar essa idéia de que as coisas não são setorializadas, a divisão é só uma facilidade pra resolver o problema, mas que o problema é de todo mundo. E talvez o gestor mesmo de cada setor entender que todo mundo é um só, a divisão é só pra facilitar a organizar” (S2, 04/11/2019).

A limitação da atenção primária como componente da rede de urgências e a dificuldade de acesso da população ao hospital são dificuldades de conformação de uma rede que têm restringido o benefício que essas unidades de saúde poderiam representar. Diante desse contexto, uma articulação interdisciplinar e intersetorial entre os setores de saúde de Araguaína -TO seria uma aposta necessária para transformar a situação epidêmica de LVH no município.

4.2 Expansão geográfica X Acesso aos serviços de saúde

A estrutura urbana que a cidade de Araguaína apresenta nos faz refletir sobre as transformações e produção do espaço urbano que vem ocorrendo nestas últimas duas décadas, onde se tornou marcante a falta de planejamento para a ocupação e uso do solo urbano. O corporativismo entre o poder público e os grandes capitais existentes do setor imobiliário, tem se mostrado expressivo na produção e reprodução do capital sobre este espaço urbano. Tornando-o restrito a maior parcela da sociedade, enquanto, os grandes empreendimentos imobiliários e os detentores do capital passaram a concentrá-lo, transformando-o em mercadoria que tem sua valorização elevada constantemente diante das especulações imobiliárias (SOUSA & BRITO, 2012).

As dinâmicas ocorridas no espaço urbano de Araguaína têm a ação marcante do capital como condicionador da segregação socioespacial. A concentração fundiária urbana em Araguaína vem provocando uma relação conflitante nas disputas e interesses sobre este solo. O espaço urbano tornando propriedade de uma minoria faz com que a sociedade de baixo poder aquisitivo estabeleça sua produção habitacional através de submoradias, por meio de ocupações irregulares em áreas privadas, públicas, de preservação ambiental, morros, encostas etc., ou seja, em locais que não dispõem de nenhum tipo de infraestrutura básica capaz de comportar uma moradia digna. Incitando o desordenamento urbano e os assentamentos subnormais e/ou informais (SOUSA & BRITO, 2012).

O modelo atual de crescimento desordenado, a abertura de vários loteamentos sem a devida infraestrutura adequada para atender as necessidades mínimas da população e o rápido avanço da ocupação urbana sobre áreas de vegetação natural acentua em muito o número de casos de LV, uma vez que existe a interferência direta no habitat dos animais silvestres alterando o ciclo da própria natureza. O lixo espalhado, abandonado em erosões, em lotes particulares e áreas públicas também contribuem para criar condições propícias à transmissão da LV (SILVA, 2013).

“Então, Araguaína tem crescido bastante e a gente tem algumas áreas de ocupação desordenada, invasões. Então, e a gente tem percebido que nessas áreas de invasões é aonde a gente tem os maiores problemas; além da vulnerabilidade social, a gente tem a questão da

não só morbidade mas também mortalidade né, e são crianças menores de dois anos, então a exposição tá muito grande, então eu acredito que Araguaína precisa de mais Unidades Básicas de Saúde porque precisa mais próximo né das crianças. A questão de Unidades Básicas de Saúde precisa ser central, precisa pela questão da expansão geográfica, pelo crescimento mesmo da cidade, porque tá crescendo muito de forma exagerada mesmo e desorganizada” (T4, 05/11/2019).

“As ações do CCZ na verdade, são incipientes né. Porque eu acho que tem que ter mais cuidado com a questão da limpeza dos terrenos, da limpeza dos córregos, da conscientização da população à respeito disso. Porque não adianta você tá lá só colhendo sangue dos animais, eutanasiando os animais e não tomar conta do principal que é o foco do mosquito né. O que a gente percebe também que essa questão da eutanásia dos animais é uma faca de dois gumes né, porque você sabe que o mosquito tem predileção por animal de pelo. Então quando você tira os animais do meio, faz a eutanásia, o que acontece é que o ser humano está mais predisposto à picada do mosquito. Inclusive até já foi feito pesquisas à esse respeito né, de que quando eutanasia muito os cães naquele local, mais aparece leishmaniose visceral humana. Então tem que pensar nisso aí também que o animal de certa forma é uma barreira né. No combate da epidemia, eu acho que uma coisa que tá faltando é educação por parte da população né, que tem que investir nisso daí. E aqui em Araguaína a única ação que acho que tá acontecendo é essa do CCZ né, que de certa forma é igual estou te falando, eutanasia os cães tudo e quem sabe se isto não está sendo prejudicial?” (S3, 06/11/2019).

Entre os bairros de Araguaína com maior prevalência de casos de LVH, destaca-se o Araguaína Sul, Bairro São João e Maracanã. Nesses locais com elevada casuística, o CCZ tem procurado desde o ano de 2005 colocar em prática atividades de Educação em Saúde conforme relato:

“Nas escolas a gente faz o teatro com fantoche, e isso é bem forte em relação à Educação em Saúde aqui em Araguaína é referência, não só Estadual mas quanto Nacional também nessa área em Educação em Saúde. Então, a gente tem um projeto que iniciou em 2005 e ano a ano, vem ampliando mais. Então a gente já atendeu a média de 42 mil ano de pessoas atendidas. A gente tem registro fotográfico, a gente tem lista de frequência, então tem tudo documentado né. E aí tem também o teatro humano, pra público maior como adolescente e adultos também e tem as palestras. Tem palestra técnica, tem palestra mais simples, tem rodas de conversa. A gente mesmo tá tendo um mutirão assim, quando fala de integração, a gente está com um mutirões bem interessantes. Então a gente reuniu 400 pessoas agora nesse último, no primeiro foi 300 e no segundo 400. Então são em bairros bem específicos em relação à situação epidemiológica tanto das Leishmanioses quanto Arboviroses né, então tem sido bem interessante. É uma forma da gente está envolvendo, é uma

integração também por estar envolvendo todo mundo” (T4, 05/11/2019).

Vários fatores contribuem para o alastramento da epidemia predominante por vários anos em Araguaína. A transição epidemiológica que se vem enfrentando atualmente, com tripla carga de doença, tem dificultado em muito o sistema de atenção à saúde que não tem financiamento suficiente para atender as doenças infecciosas e parasitárias, doenças não transmissíveis (crônicas e degenerativas) e ainda os agravos de causas externas (acidentes e violência). Soma-se a isso o fato de que o Sistema de Atenção à Saúde nos municípios, diferentemente do que preconiza o SUS, é fragmentado, voltado principalmente para o atendimento de condições agudas, por meio de pronto atendimento ambulatorial e hospitalar, dando menor prioridade para as ações da atenção primária, com prevenção e promoção da saúde (SILVA, 2013).

Dentre uma das ações de atenção primária que seria preponderante para o diagnóstico precoce da LVH com consequente redução dos índices de mortalidade, seria a presença de teste rápido para Calazar nas Unidades Básicas de Saúde. Essa possibilidade foi levantada em vários relatos pelos profissionais entrevistados:

“Primeiro eu acho que a falta do teste rápido nas Unidades Básicas de Saúde dificulta, se a gente tivesse eles aqui igual a gente tem HIV, Sífilis, Hepatite B, Hepatite C e de gravidez, facilitaria muito o diagnóstico precoce. E ter que passar pra UPA para fazer um teste rápido, isso está até melhor hoje porque antes também não tinha teste rápido na UPA. Mas aí eu enfrento uma fila pra fazer esse teste e aí muitas mães desistem e levam pra casa e medicam por conta própria; falando de crianças que é o maior número de casos que a vê por aqui. Se existe a suspeita, e eu não tenho o teste, em primeiro lugar eu teria que ter, né. E eu não tendo o teste, eu acho que o encaminhamento da atenção básica valer para o HDT, eu acho que a gente mataria ali, sabe a chave do negócio seria isso né, acho que melhoraria tudo” (P1, 29/08/2019).

“O teste rápido nas UBS já era pra ser uma realidade. Na verdade foi um representante do município de Araguaína, na verdade todos os municípios do Estado tem um representante que fez uma capacitação pra uso do teste rápido em humanos. E aí depois que finalizou, que o Estado capacitou todo mundo, finalizou, aí veio um comunicado, um documento do Ministério da Saúde que iria trocar o kit. E depois dessa troca aí, tudo mudou, teria que começar tudo de novo, e eles estão se articulando novamente pra que isso aconteça. Mas é uma proposta da Secretaria de Saúde também que seja disponibilizado os testes rápidos nas Unidades, descentralizar para as Unidades Básicas de Saúde. Isso aí foi uma ação que foi cancelada né mais eles estão

querendo dar continuidade à isso aí. É uma necessidade que eles já viram que existe essa necessidade e eles querem tocar pra frente” (T4, 05/11/2019).

A implantação de um sistema intersetorial e integralizado (sistema em rede), com protagonismo da atenção primária pode atenuar as adversidades enfrentadas atualmente pelo sistema de saúde. Vale ressaltar que o primeiro elemento de uma rede de atenção à saúde, e sua razão de ser, é a população colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica e vivendo em territórios sanitários bem definidos (SILVA, 2013).

A cidade de Araguaína, não difere das problemáticas urbanas encontradas nas cidades médias brasileiras, com uma conjuntura urbana que contrasta o local da seletividade, com suas modernas edificações, que dispõe de toda infraestrutura capaz de atender as necessidades básicas e supérfluas, e do outro lado, a miséria e a falta de uma infraestrutura mínima, capaz de atender o simples anseio de dispor de uma moradia digna (SOUSA & BRITO, 2012).

Figura 6 – Moradia construída com tábuas e lonas plásticas no Setor Presidente Lula (invasão) em Araguaína -TO.



Fonte: Autor, 08/02/2020.

Figura 7 – Rua no Setor Presidente Lula (invasão) sem asfalto e sem saneamento básico em Araguaína -TO.



Fonte: Autor, 08/02/2020.

Figura 8 – Avenida asfaltada e arborizada em Araguaína -TO com modernas construções.



Fonte: <https://www.araguaina.to.gov.br/portal/index.php>

O crescimento demográfico desordenado da cidade de Araguaína – TO fez com que a população invadisse o *habitat* natural do mosquito. O mosquito simplesmente não migrou para a área urbana da cidade, mas a população que por falta de moradia, se deslocou para o mato. Invasões como essa ilustrada pelo Setor Presidente Lula, caracterizada por instalações de barracos rústicos de forma irregulares, torna-se um cenário perfeito para aparecimento de novos casos de LVH. Aliado a esse contexto, esses setores originados de invasões, ficam desassistidos dos serviços que a Secretaria Municipal de Saúde oferece, como por exemplo, acompanhamento regular de um Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Os contrastes existentes na sociedade é fruto das diferenças sociais imposta pelo capitalismo. E dentro do espaço urbano estas diferenças se mostram cada vez mais contraditórias em suas dinâmicas, que acabam tornando este espaço um campo de disputas e de poder – que provocam as mais diversas consequências e conflitos entre a sociedade, onde a menor parcela apropria-se do direito de fazer do solo urbano uma mercadoria, passível de especulação e supervalorização, perante as ações corporativistas entre o poder público e os detentores dos empreendimentos imobiliários, com implantações de infraestrutura que favorecem determinados locais do espaço urbano, tornando-o restrito àqueles que dispõem de um poder aquisitivo financeiro considerável (SOUSA & BRITO, 2012).

Restrita à maioria dos benefícios, a maior parcela da sociedade sofre, não só pela incapacidade financeira, mas também com a omissão do poder público na tentativa de diminuir as desigualdades sociais, pois a falta de programas destinados à moradia popular, faz com que a sociedade de baixa renda estabeleça sua moradia nos mais diversos locais (morros, encostas, áreas preservação ambiental, etc.) e, até em áreas consideradas inóspitas à moradia humana. Estas ações acabam por gerar consequências desastrosas, tanto para a sociedade que se estabelece nesses locais, quanto para o poder público. E tudo isso é decorrente das dificuldades à acessibilidade habitacional, pois cada vez mais, provocam uma ampliação dos assentamentos subnormais na cidade de Araguaína. Reflexo da falta de moradia, proporcionada pela segregação que o capital impõe, deixando uma parcela da sociedade à margem do mercado habitacional (SOUSA & BRITO, 2012).

A discrepância dessas duas realidades é muito evidente em Araguaína – TO. Existem bairros com modernas construções de casas que ocupam até quatro lotes de

12 X 30m como algumas edificadas no Setor Anhanguera, em que um casal com no máximo dois filhos residem na mesma. Por outro lado, nos deparamos com barracos como esse ilustrado pela figura 6, construído com tábuas e lonas plásticas, em que um casal convive com uma série de seis a oito filhos.

A estrutura fundiária urbana que vem se instituindo ao longo da história de Araguaína, é bastante conflituosa e contraditória, pois a restrição imposta pelo capital dificulta o acesso à moradia as classes de menor poder aquisitivo, o que possibilitou inúmeras invasões (ocupações indevidas) em loteamentos privados, áreas públicas, áreas de preservações ambientais, etc. Proporcionando assim, um desordenamento urbano sem precedentes, devido à omissão do poder público frente a tais ações, e também pela falta de políticas públicas voltadas à moradia popular que realmente viesse atender a essa classe (SOUSA & BRITO, 2012).

Diante desse cenário, a população que vive nos locais marginalizados da cidade, além de serem os mais vulneráveis a contrair doenças infecciosas e parasitárias como a LVH, quando precisam de assistência à saúde, encontram muitas dificuldades conforme a seguinte narrativa:

“Dificulta muito o atendimento né, principalmente da gente que trabalha em unidades de periferia né, mais afastadas e pessoas muito carentes né. É que às vezes eles nos procuram porque eles não têm dinheiro pra comprar um comprimido, imagine pra ir pra UPA. Então assim, muitas vezes a gente coloca no nosso carro ou até os outros funcionários colocam também sabe, pra poder o paciente ser atendido. Porque aqui é muito, como já fala, é primário, a gente é muito restrito, então tem casos que não é conosco, é lá mesmo né. Então o paciente não tem como ir, né. Então assim, a gente leva, agora voltar não sabemos como retorna. Então eu acho que deveria ter mais pontos de atendimento né, em relação a esse atendimento secundário, pra facilitar né pras pessoas, pra população” (P3, 03/10/2019).

5 IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES DE ORDEM CULTURAL PARA A FORMULAÇÃO DE AÇÕES INTERSETORIAIS

Tendo em vista o objetivo de salientar a importância da intersectorialidade no combate à epidemia de LVH no município de Araguaína- TO, serão avaliados os fatores culturais que condicionam as ações intersectoriais através da análise das seguintes categorias:

- a) Comunicação e saúde
- b) Integração entre os setores de saúde

5.1 Comunicação e saúde

A cultura é o centro, o lugar onde perpassam as relações de poder. A comunicação não se entende fora da cultura. O aspecto cultural é um dos determinantes de como o receptor vai interpretar a mensagem (REIS, 2010). O estudo da comunicação leva a compreender as inter-relações com outras áreas da atividade humana, como educação, saúde, ecologia, agricultura, religião, entre outras, assim como seu papel nas instituições e nos movimentos sociais.

O corpo reflete e produz um tipo específico de sociedade. A questão do poder e da ação política sobre a corporeidade, objetivando o controle dos sujeitos, é descrita por Foucault (2004), ao discorrer como as sociedades ocidentais inscrevem seus membros nas malhas apertadas do feixe de relações que controlam os movimentos sociais, demonstrando que funcionamos como sociedades disciplinares. A disciplina molda um novo tipo de relação, um modo de exercício de poder que atravessa as instituições, fazendo-as convergir para um sistema de obediência e eficácia. O corpo em Foucault é realidade bio-político-histórica, é a expressão e o suporte das relações de poder e saber que se articulam estrategicamente na história da sociedade ocidental. No corpo temos as marcas e sinais sociais que nele se inscrevem, enredado por forças de poder/saber que moldam e constroem a constituição histórico-social do

sujeito. O corpo surge, então, como alvo do biopoder e *locus* de resistência (CINTRA & PEREIRA, 2010).

Ao analisar a eficácia ou ineficácia da comunicação e saúde em Araguaína - TO, no manejo das medidas de controle da epidemia de LVH, percebe-se uma falha importante no quesito comunicação exemplificado pelas seguintes narrativas:

“Acho que a gente podia fazer por exemplo, o dia do Calazar. Aí chama todo mundo envolvido nisso, então vou chamar o CCZ, a Zoonose, a UBS, a Prefeitura; e aí de repente todo mundo junto (eu faço isso, eu faço aquilo...) aí a gente podia fazer alguma ação que realmente as coisas se casassem pra gente ter e ver alguma melhoria. Obrigatoriamente uma criança que entrar com Calazar, a gente acionaria o pessoal da vigilância que já iria olhar como é esse ambiente que ela mora. Eu sei que isso acaba acontecendo, mas a gente fica sem saber. Na verdade, a gente dentro do hospital parece que os outros não estão fazendo a função deles, mas acho que é porque a coisa não conecta. Acho que falta conexão, falta intersetorialidade” (T2, 02/10/2019).

“A gente tem vários dias Ds né, seria interessante um dia D sobre a doença, pra gente esclarecer mais porque ter um dia, eu acho que a gente trabalharia mais” (P3, 03/10/2019).

“Tem o dia D pro Calazar, isso é recente, tem dois anos que a gente tá com esse dia D. Ele é no dia 10 de Agosto, então eles falam que é a semana que a gente tem que comemorar, então não é só o dia, é a semana nacional de combate e controle da Leishmaniose Visceral. A gente sempre executa em escolas e a gente tem momentos também lá na Via Lago. A gente coloca tendas, a gente coloca banner informativo, a gente faz planfetação, a gente tem o tapete pedagógico pra atrair a meninada, a gente leva vetores pra expor. E as escolas, é feito um agendamento nas escolas, pra gente poder levar também essas informações; escolas técnicas, na UFT a gente foi também. Então assim, cada ano a gente tá tentando ampliar mais. E também na mídia, a gente foi muito na mídia, em todos os canais de TV locais, a gente passou essa informação e aquela dica: Gente, a gente vai tá lá e tal! É porque assim, as pessoas estão trabalhando tanto, não tem tempo de nem assistir nada né, mas assim, a gente tá tentando divulgar o máximo possível; mas tem o dia D no dia 10 de Agosto” (T4, 05/11/2019).

O dia “D” do Calazar é realizado no município de Araguaína -TO há 2 anos e servidores da atenção primária e terciária não sabiam da existência do evento na cidade. Diante desse cenário, cabe alguns questionamentos como: Com o avanço da tecnologia através dos *smartphones* e *WattsApp*, aconteceu falha na abrangência da comunicação ao utilizar a televisão como meio de divulgação? Até que ponto os

profissionais se mostram interessados na busca de informações como essa devido sobrecarga diária de trabalho?

Um ponto importante a ser destacado nessa porção refere-se à grande rotatividade de profissionais nos órgãos de saúde, principalmente aos que ocupam cargos de chefia. Com a frequente mudança de gestores políticos, essas funções são transferidas muitas vezes para profissionais sem experiência na área, e as ações de combate perdem a continuidade. Essa afirmativa fica evidente no seguinte relato:

“O que falta é algum um meio de comunicação que tivesse todos juntos e alguém de elo. A questão é que na área da saúde a rotatividade dos funcionários é muito alta, então há um profissional que faz uma ligação com outro que faz com outro, e aquele profissional sai e esse elo se quebra. O elo de ligação acaba ficando nas pessoas e não nas Unidades, talvez pudesse mudar esse perfil” (T1, 21/10/2019).

A comunicação em saúde pode ser vista como uma relação de troca de ideias ou mensagens que, quando bem-sucedida, promove um contato entre o pensamento sanitário e o pensamento do senso comum, afetando ambos e fazendo avançar a consciência coletiva sobre as questões de saúde e doença em uma dada formação sociocultural. Para que isso ocorra, é preciso considerar as representações sociais sobre saúde e doença existentes nas formações socioculturais, ou seja, o sistema de ideias que constitui o modo de pensar saúde e doença próprio do grupo ao qual o(s) indivíduo(s) pertence(m) (LEFEVRE & FIGUEIREDO, 2010).

As definições de doença e saúde constituem a base sobre a qual se fundamenta certos direitos básicos relativos ao acesso do cidadão às diversas instituições de cuidado médico. É a partir da orientação dessas definições que o sistema de saúde nacional deve delinear seus princípios, de modo a determinar claramente as formas de proteção, anti-discriminatórias, daqueles indivíduos cuja incapacidade física ou mental é impossibilitadora do exercício de uma ou mais das principais atividades vitais. Toda comunicação na área da saúde, desde as anotações dos médicos e seus diagnósticos, até a apresentação de professores nas faculdades biomédicas, passando pela participação inter-comunicativa de empregados nas áreas hospitalares ou ainda pelas questões legais referentes aos direitos no âmbito da saúde, pauta-se sobretudo em um entendimento complexo do que é ou do que significa o “ser saudável” (SERAFIM, 2010).

Uma compreensão mais profunda a respeito das implicações sociais relativas a termos como “limitações físicas e mentais”, “atividades vitais”, “saúde” e “doença”, é de fundamental importância para um embasamento das ações políticas e comunicacionais na área de biomédicas. Isso acaba tendo uma implicação direta na forma pela qual os profissionais da área da saúde entendem e tratam de problemas relacionados à proteção ética dos direitos individuais e da própria justiça social, no que concerne o bem-estar coletivo em termos físicos e mentais. Saber determinar e comunicar exata e compreensivelmente o que significa estar ou ser uma pessoa saudável é uma habilidade imprescindível em qualquer procedimento médico, na medida em que contribui para o entendimento geral das metas do cuidado com a saúde, permitindo, assim, que profissionais e pacientes possam agir de uma forma mais confiante e responsável. Trata-se, portanto, de um processo de conscientização, gradativa, mas crescente, da população como um todo, relativamente à necessidade de explicitação comunicativa do próprio conceito de saúde (SERAFIM, 2010).

Tanto o ensino quanto a formação dos alunos nos cursos das ciências da saúde veem o modelo de assistência centrado na doença e não no cuidado com o ser humano. Aprender e praticar saúde, como sabemos, envolve uma compreensão mais apropriada da subjetividade dos seres em sofrimento, da necessidade de compreensão, solidariedade e permanente preocupação com o cuidado como o item central do objetivo terapêutico. Trata-se de fato de uma proposta necessária, ainda que polêmica, pois a noção de efetividade teria que deslocar-se de uma análise quase que predominantemente quantitativa para uma percepção de qualidade aplicada (JÚNIOR, 2010).

É preciso que hoje adotemos modelos pedagógicos que acolham a subjetividade e optem por uma perspectiva mais antropocêntrica para suas interferências. Seriam, portanto, novos modelos de ensinar e praticar saúde, centrados em sujeitos e não em doenças. Esta seria uma pedagogia da implicação, isto é, identificada com os componentes nucleares da micropolítica da produção do cuidado em saúde, individual e coletivo (JÚNIOR, 2010).

Esse modelo centrado no ser humano deve envolver uma compreensão mais apropriada da subjetividade dos seres em sofrimento, da necessidade de solidariedade e da permanente preocupação com o item central do objetivo terapêutico, favorecendo a reflexão a respeito da apropriação do território local, suas

ações cotidianas e compreensão de sua história, seus problemas e as relações que ali se estabelecem entre os distintos grupos sociais, entre os grupos e a comunidade como um todo, e as relações entre esse todo e o mundo que o cerca (JÚNIOR, 2010).

Tanto a prática da saúde quanto a da comunicação e a pedagógica não são práticas solitárias, e nem podem ser. São sempre práticas partilhadas. Trata-se de transformar uma educação para o povo em uma educação do povo. É preciso, no entanto, aclarar alguns aspectos que nos parecem importantes para evitarmos uma postura ingênua, acrítica. É frequente desqualificarmos todo saber que não se identifica com o nosso, isto é, não reconhecemos o saber do outro. O saber que não é o nosso é percebido como sinônimo de ignorância. É preciso (re)conhecer e conseqüentemente valorizar o saber do outro. Significa, em outros termos, reconhecer a existência do outro enquanto portador de saberes distintos (DONATO & GOMES, 2010).

Sabemos que a Saúde Pública não é responsabilidade exclusiva dos profissionais da área, mas atribuição de toda a sociedade: governos e a mais variada gama de entidades e instituições da sociedade civil. Entendemos que os problemas da saúde são questões também da educação e da comunicação, pois, juntas, podem potencializar uma nova postura cultural no sentido de disseminar uma nova concepção da prevenção e da promoção dos valores da saúde (DONATO & GOMES, 2010).

Essa mudança de mentalidade por parte dos gestores e dos profissionais envolvidos, é um dos maiores desafios a serem vencidos. Transicionar ações setoriais para intersetoriais e interdisciplinares, torna-se uma aposta necessária para conquistar resultados satisfatórios no combate de epidemias como a LVH. Essa necessidade fica evidente no seguinte relato:

“A gente que trabalha na vigilância, fica parecendo que as ações são apenas de responsabilidade apenas do setor saúde né. E é isso que a gente tenta plantar sementinhas. Então, tem mudado? Tem, mas ainda tem muita coisa pra se avançar. Muito, porque partiu da gente né, setor saúde, mas seria interessante também partir dos outros setores também pra se sentirem parte da necessidade de desenvolver as ações de vigilância e controle. Precisa muito ainda ser ampliado isso, mas isso aí a gente tem tentado reuniões, a gente tem feito isso né, mas muita coisa precisa ainda ser avançada” (T4, 05/11/2019).

A conscientização dos profissionais e do público a respeito da questão da comunicação nos serviços de saúde e de sua íntima relação com o processo de humanização precisa ser ampliada, começando com a educação dos estudantes e profissionais de saúde e a promoção de programas que aperfeiçoem as habilidades de comunicação com os usuários (NOGUEIRA-MARTINS & MARCO, 2010). Através dessa abordagem precoce durante a formação acadêmica dos profissionais, a população poderia estabelecer uma nova relação dialógica, com um manejo mais humanitário, interdisciplinar e individualizado ao considerar as particularidades de cada público.

5.2 Integração entre os setores de saúde

A comunicação interpessoal é um padrão de interação que define a relação e estabelece uma forma de relação social. A comunicação não é tanto algo que nós fazemos, mas mais algo em que participamos. Um comunicador individual contribui para a interação. Em conjunto, dois ou mais indivíduos podem criar um padrão de interação e, desta maneira, definem a sua relação. É importante que cada participante na comunicação seja capaz de se adaptar à outra pessoa, ao contexto e ao tipo particular de relação em que está envolvido (REIS, 2010).

Na condução de ações de combate a situações complexas de saúde pública como a epidemia de LVH em Araguaína TO, seria imprescindível essa interação entre os setores de saúde, ou seja, uma comunicação interpessoal e intersetorial eficaz. Através dos discursos dos profissionais atuantes nessa área, nota-se uma fragilidade nessa conexão entre os setores de saúde.

“A gente não tem uma integração entre os setores. Então, o hospital que não trabalha com a UBS, que não trabalha com o CCZ, que não trabalha com a Zoonose, ... então, talvez todo mundo dentro do seu esteja fazendo aquilo que acha que é necessário; mas sem uma integração entre eles. Então talvez, a gente esteja fazendo tudo e não esteja fazendo nada porque não tem conexão” (T2, 02/10/2019).

“Aqui no hospital nós tomamos algumas condutas, na Unidade Básica outras condutas, que nós não sabemos nem quais e o paciente também não sabe nos passar e a gente não busca informação” (T3, 30/08/2019).

Profissionais de saúde de diferentes formações, representantes da sociedade civil e de outros setores sociais deverão ser envolvidos no mesmo processo de trabalho, o que terminará por favorecer a abertura do setor de saúde às outras áreas de atuação comunitária, e à integração intersetorial. A perspectiva do território está, desse modo, intimamente relacionada às especificidades daquilo que se deseja conhecer, ou seja, as características e determinações singulares do espaço local. Espaço que vai além da mera superfície geográfica, pois inclui perfis demográficos, epidemiológicos, administrativos, tecnológicos, políticos, sociais e existenciais. Pensar o território é apreender a totalidade das relações humanas, inclusive aquelas existenciais, que estabelecemos com um determinado espaço sionatural, uma vez que territórios são configurações que atravessam terras e grupos sociais os mais variados. São, portanto, transversais, transculturais (JÚNIOR, 2010).

Segundo Nogueira-Martins & Marco (2010), o diálogo entre os vários setores e segmentos (profissionais, gestores, usuários) envolvidos no trabalho institucional é um passo importante para a melhoria da qualidade das condições de trabalho e atendimento aos usuários. Há vários contextos em que a comunicação tem grande relevância:

- a) na relação entre os profissionais e os usuários dos serviços de saúde;
- b) na disponibilização e uso de informação sobre saúde;
- c) na construção de mensagens sobre saúde no âmbito de programas de promoção da saúde;
- d) na transmissão de informação sobre riscos para a saúde em situações de crise;
- e) no tratamento dos temas de saúde nos meios de comunicação social, na Internet e outras tecnologias digitais;
- f) na formação dos profissionais de saúde;
- g) nas relações entre os profissionais de saúde;
- h) nas intervenções públicas dos técnicos de saúde;
- i) na comunicação interna nas organizações de saúde;
- j) na qualidade do atendimento dos usuários por parte de funcionários e serviços.

Percebe-se uma prática unilateral no manejo das ações e condutas no ambiente de trabalho dos profissionais, respaldado pelas seguintes descrições:

“Dificuldade é fazer com que os profissionais envolvidos se interessem pela causa e que eles reflitam que eles são importantes na condução e resolução do problema, então muito de nós trabalhamos com a finalidade única de receber seu salário, né. E não se importa se o problema vai ser resolvido ou se não vai. Não é difícil conversar a respeito, é muito fácil. A gente precisa promover reflexão entre os profissionais para que eles se sintam construtores da saúde. E isso

acontecendo acho que o interesse surgindo, tudo se torna fácil porque você conversar a respeito, pensar à respeito, raciocinar, já ajuda” (T3, 30/08/2019).

“Eu acho que uma das formas que eu posso contribuir seria a gente parar de pensar que isso não é meu serviço, que é uma frase que a gente escuta muito. Eu vou fazer isso porque a minha obrigação é só essa. Então, os setores eles só vão conversar quando um tiver a humildade, o entendimento que ele precisa adentrar no setor do outro, nem que seja pra dar um telefonema ou mandar um e-mail. Então, às vezes, não só eu mas os meus colegas fazem muito isso, de ir no setor. Me explica aí como que teu setor funciona, né. Tô com um paciente assim assado, o que que eu posso fazer com ele? Será se o teu médico aí pode aí receber? Como havia dito, seria não ter medo de se adentrar no setor um do outro, de você parar de delimitar o que é sua função e estar disposto às vezes a fazer muito além da sua função para que os setores se conversem entre si” (P2, 30/08/2019).

“Eu acho assim, principalmente nós médicos, a gente acha que a função é só técnica e a gente esquece da nossa função social e política dentro da empresa, dentro da sociedade de ir atrás. Olha, o que está acontecendo? O que pode acontecer? Cobrar! Porque tá acontecendo isso? ... A gente tem que também entender que a gente participa” (S2, 04/11/2019).

Gerar essa mentalidade intersetorial em uma comunidade de profissionais formatados pelo sistema mecanicista, é um grande desafio. Muitos reconhecem a necessidade de romper com velhos paradigmas para implantar novos conceitos, mas no momento da prática encontram grande dificuldade. Essa transformação precisa culturalmente ser introduzida na formação acadêmica dos profissionais e cursos de reciclagem serem ministradas aos profissionais atuantes. Nesse cenário, a contribuição da gestão torna-se preponderante, conforme salientado nesse relato:

“Acho que isso tem que partir da gestão. O gestor que está lá em cima que tem uma visão mais macro do que a gente. A gente até pode sugerir, a gente até pode orientar. Você individual fazer alguma coisa, mas eu acho que tem que ser de cima para baixo, entendeu? Não dá para ser a gente..., eu acho que a gente tem que ir lá pedir, tem que ir lá falar, que é uma coisa que a gente não faz também. A gente fica muito no nosso quadrado. É uma doença de pobre, ninguém estuda, não dá grandes rios de dinheiro para nenhum laboratório. E às vezes eu acho que pro gestor ela não é interessante” (T2, 02/10/2019).

Cultura é entendida como um bem a ser preservado para garantir a expressão das potencialidades do ser humano. Nesse caso, a Cultura é definida como espaço (território) que organiza as relações sociais, e que permite à pessoa se constituir

enquanto ser social e dotado de afetos. Por preservar as origens e contribuir para a coesão da sociedade, a cultura faz parte das estruturas e as interações sociais. Revela, dessa forma, as nossas origens e aponta para a direção futura. A história permite-nos pensar os efeitos transformadores do tempo, tanto no sentido retrospectivo, quanto no prospectivo. O pensamento histórico leva-nos ao desprendimento do imediatismo do presente e capacita-nos a pensar o que está por vir. Assim, mostra nossa responsabilidade diante do tempo e nos leva a agir considerando as gerações futuras, a coesão da sociedade, os valores socioculturais e a preservação dos recursos do meio. Dessa forma, o espaço da cultura permite-nos compreender a realidade e incitamos a projetarmos um devir mais seguro. Ao criarmos e recriarmos nossas próprias imagens inventamos novas “utopias” e mudamos a nós mesmos, para, em seguida, reinventarmos uma sociedade mais humana (JÚNIOR, 2010).

A territorialidade é cada vez mais fluida, alargada, desterritorializada e globalizada numa sociedade plural. Há tramas econômicas e culturais presentes na exploração do trabalho e na acumulação de capital, hierarquias, expansão do urbano, mobilidade populacional etc. As territorialidades são influenciadas pelo território em cada relação espaço-tempo (SAQUET, 2011).

As forças sociais efetivam o território *no* e *com* o espaço geográfico, centrado nas territorialidades e temporalidades dos indivíduos e emanado delas, condicionando e sendo diretamente determinado por nossa vida cotidiana. Historicamente, formam-se territórios heterogêneos e sobrepostos, que cristalizam-se territorialidades e interesses predominantemente econômicos e/ou políticos e/ou culturais que dão formas e conteúdos significados multidimensionais aos territórios (SAQUET, 2011).

A territorialidade significa as relações diárias, momentâneas e processuais, que os homens mantêm entre si, com sua natureza interior e com sua natureza inorgânica para sobreviverem biológica e socialmente. A territorialidade é o acontecer de todas as atividades cotidianas, seja no espaço do trabalho, do lazer, da igreja, da família, da escola, da rua, do bairro, resultado e determinante do processo de produção de cada território. As territorialidades nesse sentido, são plurais-multidimensionais, conflituosas, intencionais, complexas e estão em unidade. Há um jogo de forças, conflitualidades, movimento e interação (SAQUET, 2011).

O território é fundamentalmente prática, é o ponto de partida, a essência para todo planejamento e mudanças das práticas em saúde. Isto porque, o território não exclui ninguém, pois é onde o ser humano tem sua vivência integrada. Assim, o território pode ser entendido como uma totalidade. É uma perfeita rede de relações mútuas onde todas as coisas e eventos interagem de forma infinitamente complexa. A perspectiva do território permite-nos repensar as práticas de saúde e a ruptura com as atividades convencionais estabelecidas, pois, o que está em jogo na lógica da construção desta nova Unidade de Trabalho – o território –, é a busca de respostas aos principais problemas que entram em cena. Sob a perspectiva do território, poderemos compreender melhor as aspirações da comunidade, uma vez que o enfoque tende a ser a resolução de problemas. Pode-se ver desde o início que são exigidas ações interdisciplinares, uma vez que a identificação de problemas gera dados de interesse para múltiplos setores de atuação social. A perspectiva do território, sendo de interesse para a gerência pública como um todo, favorece o aprimoramento dos mecanismos de participação social, da democracia direta, da redistribuição dos recursos, e, desta forma, dependendo do grau de envolvimento e desenvolvimento da comunidade, a apropriação do território pode contribuir, inclusive, para a promoção da equidade, uma vez que a aplicação e uso dos recursos públicos devem ser vistos e revistos continuamente (JÚNIOR, 2010).

O processo de territorialização em saúde pressupõe, enfim, uma educação permanente em ato, uma vez que, no território, os envolvidos poderão produzir conhecimento, permitir sua reelaboração e criar novas maneiras de aprender e praticar saúde pública. Uma nova concepção de território de saúde pública coletiva propicia a quebra da falta de diálogo existente entre as diferentes categorias profissionais. Hoje, cada um em sua formação de especialista, *status*, desgaste, espécie de “escravidão contemporânea” e, mais recentemente, influenciado pela terceirização, fica enredado na complexa burocracia do Estado e não consegue vislumbrar o seu papel “no todos nós”, isto é, no campo de atuação da saúde coletiva. Interessante que o território é ponto de partida e também ponto de chegada, pois uma hora temos que mostrá-lo, sem nunca estar pronto. Mostrar o inacabado, o desigual, o imperfeito. Por isso mesmo, sempre um processo em construção e reconstrução, de nossas práticas, de nossos saberes (JÚNIOR, 2010).

Este excesso de fragmentação, bem como certa falta de visão de totalidade do território pesquisado, fragiliza todo o sistema e produz elementos de ineficiência na prática da saúde pública e cultural vitalizados (FERNANDES & SILVA, 2010).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao iniciar esse trabalho de pesquisa, constatou-se que apesar dos esforços, havia uma dificuldade no controle da LVH no Estado do Tocantins e que a intersectorialidade poderia surgir como uma ferramenta estratégica para os serviços da saúde pública frente ao combate de epidemias. Baseado nesse contexto, tornou-se importante estudar sobre a LVH e o desafio da intersectorialidade no município de Araguaína – Tocantins.

Diante disso, a pesquisa teve como objetivo geral compreender a importância da intersectorialidade no combate da epidemia da LVH em Araguaína – Tocantins. Constatou-se que o objetivo geral foi alcançado porque efetivamente o trabalho conseguiu demonstrar que a intersectorialidade incorpora as ideias de integração, de território, de equidade e de direitos sociais.

O objetivo específico inicial era examinar a leishmaniose visceral nos setores de saúde do município de Araguaína em uma perspectiva intersectorial. Esse objetivo foi atendido ao perceber que a ação intersectorial importa na medida que surge uma nova possibilidade para resolver problemas que incidem na população de um determinado território.

O segundo objetivo específico era analisar a gestão territorial da epidemia da leishmaniose visceral a partir da distribuição das unidades de saúde na cidade de Araguaína. Através das categorias de análise Órgãos de saúde X Epidemia de LVH em Araguaína e Expansão geográfica X Acesso aos serviços de saúde, foi evidenciado a necessidade de abertura de novas Unidades de Pronto de Atendimento na cidade, assim como, a realização de testes rápidos nas Unidades Básicas de Saúde com intuito de obter diagnóstico precoce da doença e consequente redução da mortalidade.

O terceiro objetivo específico era identificar os fatores de ordem cultural que condicionam a formulação e implementação de ações intersectoriais no embate da leishmaniose em Araguaína. Através das categorias de análise Comunicação e saúde e Integração entre os setores de saúde, a falha de comunicação entre as unidades de saúde foi detectada, assim como a necessidade de um trabalho interdisciplinar que

possibilita a ação de diversas áreas do conhecimento e diferentes visões frente à mesma situação, permitindo assim uma integração destes saberes e uma atenção mais eficaz à população.

Durante a pesquisa, verificou-se que as tentativas por parte do sistema de vigilância epidemiológica e do programa de controle da doença não têm sido suficientes para minimizar ou erradicar a epidemia de LVH em Araguaína pois as ações direcionadas para a redução da transmissão não vêm surtindo o efeito desejado. A partir dessa evidência, a intersectorialidade surge como uma aposta estratégica para situações complexas como a epidemia de LVH.

A metodologia utilizada nessa pesquisa foi o estudo de natureza quali-quantitativa, através da técnica da entrevista semi-estruturada cujo instrumento metodológico foi as perguntas norteadoras. O conteúdo da pesquisa foi analisado através da Análise de Conteúdo com estabelecimento das categorias de análise. O público alvo desta pesquisa foi composto pela coordenação do Centro de Controle de Zoonoses e pelos profissionais dos atendimentos primário, secundário e terciário da epidemia da leishmaniose visceral.

Diante da metodologia proposta, percebe-se que o trabalho poderia ter sido realizado com uma abordagem da população atingida pela epidemia, valorizando assim o reconhecimento da existência do outro enquanto portador de saberes distintos. Mas devido a limitação do tempo para conclusão desta pesquisa, só foi possível realizar coleta de dados em uma população restrita.

Como recomendação para pesquisas futuras, fica a possibilidade de ampliar essa abordagem inicial para as vítimas dessa epidemia pois a não valorização dos aspectos culturais da população na área da saúde por parte dos agentes/proponentes das políticas públicas, pode contribuir para a pouca adesão dos usuários às ações ofertadas pela atenção primária no Brasil.

REFERÊNCIAS

- AFONSO, M.M.S. et al. Ecoepidemiology of American Visceral Leishmaniasis in Tocantins State, Brazil: Factors Associated with the Occurrence and Spreading of the Vector *Lutzomyia* (*Lutzomyia*) *longipalpis*. In: CLABORN, D. **The Epidemiology and Ecology of Leishmaniasis**, Rijeka, 2017.
- AGUIAR, Nicolay. **Incidência e fatores ambientais associados à leishmaniose visceral humana em dois centros urbanos mais populosos do estado do Tocantins, Brasil**. Dissertação (Mestrado Ciências Ambientais e Saúde) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás. 2015.
- AKERMAN, M. et al. Intersetorialidade ? IntersetorialidadeS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.11, p. 4291-4300, 2014.
- ALENCAR, J.E. et al. Leishmaniose visceral (Calazar). In: VERONESI, R. **Doenças infecciosas e parasitárias**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.
- AMARO, A.Y.G. **Situação epidemiológica da leishmaniose visceral humana e da infecção canina na zona urbana de Araguaína - TO, 2007 a 2014**. 2016. 80 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Salvador - BA, 2016.
- ANDRADE, L. O. M. **A saúde e o dilema da intersectorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006.
- ANDRADE, M. C. Territorialidade, Desterritorialidade, Novas territorialidades: Limites do Poder Nacional e do Poder Local e o poder nacional In: SANTOS M; SOUZA, M.A e SILVEIRA, M.L (orgs). **Território: Globalização e Fragmentação**. São Paulo: Hucitec- ANPUR,1995.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- BARATA, R. A. et al. Aspectos da ecologia e do comportamento de flebotomíneos em área endêmica de leishmaniose visceral, Minas Gerais. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 38, n. 5, p. 421-425, 2005.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARRETO, M. L. et al. Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. **Lancet**; 377:1877-89. 2011.

BELO HORIZONTE. Decreto nº 13660 de 03 de agosto de 2009. Institui os Núcleos Intersetoriais Regionais – NIR, e dá outras providências. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, 03 de agosto de 2009.

BEVILACQUA, P.D. et al. Urbanização da leishmaniose visceral em Belo Horizonte. **Arquivo Brasileiro de Medicina Veterinária e Zootecnia**, v. 53, n. 1, p. 1-8, 2001.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: 1988. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2005. 437 p.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. **Portaria MS/GM n. 687, de 30 de março de 2006**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de vigilância e controle da leishmaniose visceral**. Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos Humaniza SUS**. Brasília, DF, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNaPS). **Portaria n. 2466, de 11 de novembro de 2014**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de vigilância e controle da leishmaniose visceral / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica**. – 1. ed., 5. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 120 p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 10, de 3 de janeiro de 2014. Redefine as diretrizes de modo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como componente de Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 jan. 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html. Acesso em: 15 nov. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância em saúde**. Brasília, DF, 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Coeficiente de incidência de Leishmaniose Visceral, por 100.000 habitantes. - Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas 1990 a 2015**. Brasília, DF, 2017.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. **Casos confirmados segundo Ano Notificação Período: 2017**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/leishvbr.def>. Acesso em: 22 out. 2019.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. **Casos confirmados segundo Ano Notificação Período: 2017**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/leishvbr.def>. Acesso em: 22 out. 2019.

BRONZO, Carla. Intersetorialidade como princípio e prática nas políticas públicas: considerando os desafios a partir das intervenções voltadas para e o enfrentamento da pobreza. In: **XX Concurso del CLAD sobre Reforma del Estado y Modernización de la Administración Pública** “Como enfrentar los desafios de la transversalidad y de la intersectorialidad em la gestión pública? CLAD, Caracas. Venezuela, 2007.

_____. Intersetorialidade, autonomia e território em programas municipais de enfrentamento da pobreza: experiências de Belo Horizonte e São Paulo. **Planejamento e Políticas Públicas**, n.35, p.120-159, jul./dez.2010.

_____. Intersetorialidade, vulnerabilidade, desigualdade: quando a integração é necessária para a proteção social ser suficiente. In: ROMAGNOLI, R.C. **A intersectorialidade e seus desafios**. 1 ed. Curitiba-PR: Editora CRV, 2018. p.71-95.

CAMPOS, G.W.S. Sete considerações sobre saúde e cultura. **Saúde e Sociedade**, v.11, n.1, p. 105-115, 2002.

CARMO, M.E.; GUIZARDI, F.L. Desafios da intersectorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social : uma revisão do estado da arte. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v.27, n.4, p. 1265-1286, 2017.

CARMO, R.F., LUZ, Z.M.P. DA, BEVILACQUA, P.D. Percepções da população e de profissionais de saúde sobre a leishmaniose visceral. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.2, p. 621-628, 2016.

CARNEIRO, A.C.L.L. et al. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p.115-120, 2012.

CASTRO, J.M. et al. Leishmaniose visceral humana: entraves da gestão territorial nas políticas públicas no combate ao agravo. **17º Seminário sobre a Economia Mineira**, v. 4, p. 510-527, 2016.

CAVALCANTI, P. B. et al. A Intersectorialidade Enquanto Estratégia Profissional Do Serviço Social Na Saúde. **Barbarói**, v.39, p. 192–215, 2013.

CINTRA, M.E.R.; PEREIRA, P.P.G. O corpo nas ciências sociais. **Boletim do Instituto de Saúde**, v.12, n.1, p.55-60, abr., 2010. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/pdfs/bis_v12_1.pdf>. Acesso em: 16 out. 2019.

CLAVAL, P. **Espaço e poder**. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Intersectorialidade: uma exigência da clínica com crianças na atenção psicossocial: considerações preliminares. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. (Ed.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010

COSTA, C.H.N.; PEREIRA, H.F.; ARAÚJO, M.V. Epidemia de leishmaniose visceral no estado do Piauí, Brasil, 1980-1986. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.24, n.5, p. 361–372, out.,1990.

COSTA, J.N.G. **Avaliação do sistema de vigilância da leishmaniose visceral humana no Brasil, 2011 - 2015**. 2018. 66 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde), Universidade Federal do Tocantins - UFT, Palmas, TO, 2018.

DEMATTEIS, G. **Alcuni relazioni tra l'ambito territoriale dei rapporti sociali e i caratteri dela casa rurale**. Atti 19° Congresso Geografico Italiano, Como, 1964, vol.3, p. 239-253.

DEMATTEIS, G. Sul crocevia dela territorialità urbana. In: DEMATTEIS, G. et al. (Org). **I futuri della città – Tesi a confronto**, Milano: Angeli, p. 117-128, 1999.

DONATO, A.F.; GOMES, A.L. O estudo da comunicação na formação dos profissionais de saúde: algumas questões e aproximações. **Boletim do Instituto de Saúde**, v.12, n.1, p.37-43, abr., 2010. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/pdfs/bis_v12_1.pdf>. Acesso em: 16 out. 2019.

FARIA, A. R.; ANDRADE, H. M. D. Diagnóstico da Leishmaniose Visceral Canina: grandes avanços tecnológicos e baixa aplicação prática. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 3, n. 1, p. 47-57, 2012.

FERNANDES, M.; SILVA, M.C. Comunicação e saúde: por uma política ético-estética. **Boletim do Instituto de Saúde**, v.12, n.1, p.88-93, abr., 2010. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/pdfs/bis_v12_1.pdf>. Acesso em: 16 out. 2019.

FERRO, L.F., et al. Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios. **O Mundo da Saúde**, v.38, n.2, p.129-138, 2014.

FEUERWERKER, L.M.; COSTA, H. Intersetorialidade na rede UNIDA. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.22, p.25-35, dez. 2000.

FILHO, O. N. et al. Condições associadas ao risco para leishmanios e visceral presentes em doadores de sangue de região endêmica no Brasil. **Revista de Ciência Veterinária e Saúde Pública**, Maringá -PR, v. 6, n.2, p. 276–290, 2019

FIORATI, R.C. et al. População em vulnerabilidade, intersetorialidade e cidadania: Articulando saberes e ações. **Saúde & Sociedade**, v.23, n.4, p. 1458-1470, 2014.

FOUCAULT, Michel. **As palavras e as coisas**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

_____. **Microfísica do poder**. 20.ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

GAMA, B.C. Políticas sociais e neoliberalismo: práticas intersetoriais e assistência social entre vidas-Maria. In: ROMAGNOLI, R.C. **A intersetorialidade e seus desafios**. 1 ed. Curitiba-PR: Editora CRV, 2018. p.43-62.

GARCIA, L.M.T. et al. Intersetorialidade na saúde no Brasil no início do século XXI : um retrato das experiências. **Saúde Debate**, v.38, p.966-980, 2014.

GEERTZ, C. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. In: _____. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1989. p.13-41.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GÓES, F.T.; MACHADO, L.R.S. Políticas educativas, intersetorialidade e

desenvolvimento local. **Educação & Realidade**, v.38, p.627-648, 2013.

HALL, S. **Cultura e representação**. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio: Apicuri, 2016. 259p.

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

INOJOSA, Rose Marie. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo: Fundap, n.22, p. 102-110, 2001.

JÚNIOR, E.T. Aprender e praticar saúde – reflexões sobre o novo sanitarista. **Boletim do Instituto de Saúde**, v.12, n.1, p.44-48, abr., 2010. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/pdfs/bis_v12_1.pdf>. Acesso em: 16 out. 2019.

KONDER, M. T.; O'DWYER, G. As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 525-545, 2015.

LANGDON, E.J.; WIIK, F.B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.18, n.3, 2010.

LEAL, B.M.; ANTONI, C. Os centros de atenção psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Aletheia**, Rio Grande do Sul, v.40, p. 87-101, jan./abr.2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100008>. Acesso em: 10 Jan. 2019.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C.; FIGUEIREDO, R. Comunicação em saúde e discurso do sujeito coletivo: semelhanças nas diferenças e diferenças nas diferenças. **Boletim do Instituto de Saúde**, v.12, n.1, p.5-10, abr., 2010. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/pdfs/bis_v12_1.pdf>. Acesso em: 16 out. 2019.

LISBOA, A. R. et al. Análise epidemiológica de leishmaniose visceral em municípios do sertão paraibano. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, v. 6, n. 3, p. 5-12, 2016.

MCNAMEE, S. Reserch as social construction: transformative inquiry. **Saúde e Transformação Social**, v.1, n.1, p. 9-19. 2010.

MAGALHÃES, S. M. R. S.; SILVA, M. C. A territorialização da leishmaniose visceral: uma introdução aos conceitos cultura, território e ambiente. **Revista Querubim**, v.2, n.34, p. 105-112, 2018.

MARCONDES, M.; ROSSI, C. N. Leishmaniose visceral no Brasil. **Brazilian Journal of Veterinary Research and Animal Science**, v. 50, n. 5, p. 341-352, 2013.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de Metodologia Científica: Técnicas de pesquisa**. 7ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MELLO, C.H.M.S. 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.

MENDES, E.V. A construção social da Vigilância à Saúde do Distrito Sanitário, **Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde**, n.10, p.7-19, Brasília, 1993.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1999.

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

MONNERAT, G. L.; SOUZA, R.G. Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. **Revista Katálisis**, v.14, n.1, p. 41-49, 2011.

MOYSÉS, S.T., SÁ, R.F. Planos locais de promoção da saúde : intersectorialidade (s) construída (s) no território. **Ciência Saúde Coletiva**, v.19, n.11, p. 4323-4330, nov., 2014.

NASCIMENTO, S. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 101, mar. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-662820100001010006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 jan. 2019.

NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F.; MARCO, M.A. Humanização e processos comunicacionais: reflexões sobre a relação entre o profissional de saúde e o usuário.

Boletim do Instituto de Saúde, v.12, n.1, p.49-54, abr., 2010. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/pdfs/bis_v12_1.pdf>. Acesso em: 16 out. 2019.

NUNES, P. H. F. A Influência dos recursos naturais na transformação do conceito de território. **Questiones Constitucionales**, n.15, jul-dez, 2006.

OLIVEIRA, C.D.; MORAIS, M.H.; MACHADO-COELHO, G.L. Visceral leishmaniasis in large Brazilian cities: challenges for control. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 12, p. 2953-2958, 2008.

OLIVEIRA, S.L. **Tratado de metodologia científica**. Projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses. São Paulo: Pioneira, 2002.
OPAS – **Organização Pan-Americana da Saúde** – Representação Brasil. Brasília, 2011. p.1-48. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=desenvolvimento-integral-da-cooperacao-tecnica-953&alias=1371-portfolio-opas-oms-2011-1&Itemid=965>. Acesso em: 20 Jan. 2019.

ORNELAS, A. L.; TEIXEIRA, M.G.C. Intersetorialidade ou diálogos setoriais? Reflexões a partir da experiência do Projeto Teias – Escola Manguinhos, Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 659-670, set. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00659.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2019.

OSMAN, M. et al. A third generation vaccine for human visceral leishmaniasis and post kalaazar dermal leishmaniasis: First-in- human trial of ChAd63-KH. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, v. 11, n. 5, 2017

PARISE, É.V. et al. Óbito por leishmaniose visceral em puérpera no município de Palmas. **Journal of Health & Biological Sciences**, v.7, n.3, p.312-319, 2019.

PAULA, K.A. et al. Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O discurso do sujeito coletivo dos enfermeiros dos núcleos de saúde da família do Distrito Oeste – Ribeirão Preto. **Interface**, Botucatu, v.8, n.15, p.331-348, 2004.

PEIXOTO, T.C. Saúde e Intersetorialidade (in)suficiências. In: ROMAGNOLI, R.C. **A Intersetorialidade e seus desafios**. 1.ed. Curitiba: Editora CRV, p. 133-146, 2018.

PENNA, H. A. et al. A Leishmaniose visceral no Brasil. **Brasil - Médico**, v.48, p. 949-950, 1934.

PERES, G. M.; GRIGOLO, T. M.; SCHNEIDER, D. R. Desafios da Intersetorialidade na Implementação de Programa de Prevenção ao Uso Abusivo de Drogas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.37, n.4, p. 869–882, 2017.

PINTO, B.K. et al. Promoção da saúde e intersetorialidade: um processo em construção. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.16, p. 487-493, 2012.

POMBO, O. Interdisciplinaridade e integração dos saberes. **Liinc em revista**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.3-15, mar./2005. Disponível em: <<http://revista.ibict.br/liinc/article/view/3082>>. Acesso em: 14 set. 2019.

POMBO, O. Epistemologia da interdisciplinaridade. **Revista do Centro de Educação e Letras da UNIOESTE** - Campus de Foz do Iguaçu, v.10, n.1, p.9-40, 2008.

QUEIROZ, C.D.S. et al. **Relatório de gestão do Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins - ano 2016**. Araguaína, 26 abr. 2017.

Disponível em:

<http://www2.ebserh.gov.br/documents/733616/2376297/Relat%C3%B3riogest%C3%A3o_2016_aprovado..pdf/6187a3d0-2e82-46d4-a142-c4728f4ef487>. Acesso em: 05 jun. 2019.

RAFFESTIN, Claude. **Por uma Geografia do Poder**. 1ed. São Paulo: Ática, 1993.

REIS, D.S.M. Comunicação em saúde: variáveis que interferem na recepção da mensagem. **Boletim do Instituto de Saúde**, v.12, n.1, p.16-21, abr., 2010. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/pdfs/bis_v12_1.pdf>. Acesso em: 16 out. 2019.

REIS, L.L. et al. Leishmaniose visceral e sua relação com fatores climáticos e ambientais no Estado do Tocantins, Brasil, 2007 a 2014. **Cad. Saúde Pública** 35, 1-14. 2019.

RIBEIRO, R. S. P. Incidência e epidemiologia da leishmaniose visceral no norte do Tocantins. Dissertação (Mestrado em Ciências na Área de Tecnologia Nuclear – Aplicações) – Instituto de pesquisas energéticas e nucleares, Universidade federal de São Paulo, São Paulo, 2010.

RIBEIRO, S.S. et al. Incidência de casos de Leishmaniose visceral no município de Araguatins - TO. **Jornada de Iniciação Científica e Extensão Instituto Federal do Tocantins**, 2017.

RIO GRANDE DO SUL. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. **Nota Informativa Situação Epidemiológica da Leishmaniose Visceral no Rio Grande do Sul**, 2017.

ROMAGNOLI, R.C. **A Intersetorialidade e seus desafios**. 1.ed. Curitiba: Editora CRV, p. 133-146, 2018.

RUFINO, A. R. A relação entre o desmatamento e a incidência de leishmaniose no município de Mesquita-RJ. **Geomal**, v. 2, p. 245-262, 2011.
SÁ, R. A.; BERTOLIM, A. O. Diagnóstico situacional das condições ambientais nos três bairros de maior incidência para leishmaniose visceral em Araguaína, Tocantins. **Revista Biociências**, v. 21, n. 1 p. 56-67, 2016

SANTOS, G.C.A., MAIA, M.Z.B. **A Residência Multiprofissional: ações indutoras de mudanças**. Organizadoras: Gessi Carvalho de Araújo Santos, Maria Zoreide Britto Maia – Palmas, TO: Universidade Federal do Tocantins / EDUFT, 2015

SAQUET, M.A. **Por uma Geografia das territorialidades e das temporalidades: uma concepção multidimensional voltada para a cooperação e para o desenvolvimento territorial**. 1.ed. São Paulo: Editora Outras Expressões, 123 p., 2011.

SERAFIM, R.A. Teoria da comunicação social do conceito de saúde. **Boletim do Instituto de Saúde**, v.12, n.1, p.11-15, abr., 2010. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/pdfs/bis_v12_1.pdf>. Acesso em: 16 out. 2019.

SCHNEIDER, D.R. et al. A clínica na comunidade: uma experiência de intervenção intersectorial para adolescentes em situação de vulnerabilidade psicossocial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v.8, n.18, p. 68-80, 2016.

SILVA, A.H.; FOSSÁ, M.I.T. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualitas Revista Eletrônica**, v.16, n.1, 2015. Disponível em: <<http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/2113/1403>>. Acesso em: 10 out. 2019.

SILVA, A.B. **Ocorrência e aspectos epidemiológicos da Leishmaniose visceral humana e canina no Município De Marabá, Estado do Pará/Brasil, no período de 2015 a 2017**. 2019. 36 f.Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina Veterinária) – Universidade Federal Rural da Amazônia Belém, 2019.

SILVA, K.L.; BELGA, S.M.M.F. Problematizando a intersectorialidade: estratégia necessária, sustentável e possível. In: **A intersectorialidade e seus desafios**. 1.ed. Curitiba: Editora CRV, 2018. p. 63-70.

SILVA, G.J. et al. Vigilância da Leishmaniose Visceral no Distrito Federal : aspectos organizacionais , situação epidemiológica e medidas intersetoriais. **Com. Ciências Saúde**, v.28, n.2, p.149-157, 2017.

SILVA, K.B.M. et al. Análise Espacial Da Leishmaniose Visceral No Município De Palmas, Tocantins, Brasil. **Hygeia - Rev. Bras. Geogr. Médica e da Saúde**, v.13, p.18-29, 2017.

SILVA, K.L. et al. Intersectorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, v.19, p. 4361-4370, 2014.

SILVA, M. C. **Leishmaniose visceral : fatores determinantes e condicionantes de uma epidemia anunciada em Araguaína - TO**. Tese (Doutorado em Geografia) Instituto de Geografia, Universidade Federal de Uberlândia. Minas Gerais, 2013.

SILVA, D.A.J.; TAVARES, M.F.L. Ação intersectorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.40, n.111, p. 193-205, out./dez.2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0103-11042016000400193&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 05 Jan. 2019.

SOUSA, M.A.; BRITO, E.P. A expansão territorial urbana de Araguaína: algumas considerações. **Entre-lugares**, Dourados, MS, n.5, p. 37-51, 2012.

SOUZA, G. V. **Territorialização e planejamento da saúde em Manacapuru-AM**. Dissertação (Mestrado em Geografia) Universidade Federal do Amazonas. 2019.

TOLEDO, C.R.S. et al. Vulnerabilidade à transmissão da leishmaniose visceral humana em área urbana brasileira. **Revista de Saúde Pública**, v.51, n.49, p.1–11, maio, 2017.

VEIGA, L.; BRONZO, C.. Estratégias intersectoriais de gestão municipal de serviços de proteção social: a experiência de Belo Horizonte. **Revista Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, p. 595-620, maio/jun. 2014.

WERNECK, G. L. Controle da leishmaniose visceral no Brasil: o fim de um ciclo? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.32, n.6, jun., 2016.

WHO. **Weekly epidemiological record**. World Health Organization; 2017. p. 557–572.

ZUBEN, A.P.B. VON, DONALÍSIO, M.R. Dificuldades na execução das diretrizes do Programa de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral em grandes municípios brasileiros. **Cad. Saúde Pública** 32, 1–11. 2016.

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O Sr.(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **A leishmaniose visceral e o desafio da intersetorialidade no município de Araguaína-Tocantins**. Esta pesquisa será realizada pela pesquisadora **Elaine Barros de Alencar Costa**, do **Mestrado em Estudos de Cultura e Território (PPGCult)** da Universidade Federal do Tocantins do Campus de Araguaína, sob orientação do Prof. Dr. **Marivaldo Cavalcante da Silva**. Nesta pesquisa, pretendemos compreender a importância da intersetorialidade no combate da epidemia da leishmaniose visceral em Araguaína-Tocantins. O motivo que nos leva a estudar é identificar os fatores que condicionam a formulação e implementação de ações intersetoriais no embate da leishmaniose visceral em Araguaína. Para esta pesquisa adotaremos as entrevistas semi-estruturadas às pessoas que atuam no atendimento primário, secundário ou terciário da doença. A sua participação consistirá em fornecer informações relacionadas à sua experiência na lide com a leishmaniose visceral em Araguaína. A escolha das pessoas entrevistadas será através da indicação da coordenadora técnica do Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) de Araguaína-TO, Ketren Carvalho. A razão dessa forma de seleção dos entrevistados baseia-se na atuação da coordenadora do CCZ há muitos anos nessa função e pelo fato de ser conhecedora dos setores mais atingidos por essa epidemia em Araguaína-TO. Após essa indicação de nomes pela coordenadora do CCZ, a pesquisadora Elaine Barros entrará em contato via telefone com os prováveis entrevistados para articular um local e horário fora do expediente de trabalho, para apresentar o TCLE e a possível aplicação da entrevista individual. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem na possível dificuldade em encontrar um horário para a aplicação das entrevistas.

Para participar deste estudo o(a) Sr.(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar e a qualquer tempo e sem quaisquer prejuízos. Caso se arrependa ou desista de participar da pesquisa, sua participação será substituída por outro profissional que atue na mesma categoria que o Sr.(a) atua. 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) pela pesquisadora. 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 pela pesquisadora responsável, na Universidade Federal do Tocantins – Campus Araguaína, e a outra será fornecida ao Sr.(a). Os dados, materiais e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de 5 (cinco) anos na sala da secretaria do Curso de **Mestrado em Estudos de Cultura e Território (PPGCult)** da UFT e, após esse tempo, serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resoluções Nº 466/12; 441/11 e a Portaria 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado(a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa, 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: ELAINE BARROS DE ALENCAR COSTA

Endereço: RUA LIMA, 308

Bairro: SETOR MARTINS JORGE

CEP: 77817480

Cidade: Araguaína-TO

Telefone Fixo: (63) 34125734

Telefone Celular: (63) 991050550

E-mail: ebarrosmed@hotmail.com

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

DATA

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
Hospital de Doenças Tropicais - UFT
Rua José de Brito, nº 1015 - Setor Anhanguera
CEP 77.818-530
Araguaína-TO

Tel.: (63) 3413-8642

E-mail: gep.hdt@ebserh.gov.br

Anexo A – Declaração da instituição participante



Encaminhado para SUPAB, SUPVISA e SUPAE, para aprovação e resposta ao NEP.

OFÍCIO

Katyelle Santos C. Gomes
Coordenadora do NEP
Portaria nº 085/2018

Ao Senhor Dr. Jean Luis Coutinho Santos
Secretário Municipal da Saúde (SEMUS)
Prefeitura Municipal de Araguaína

Secretaria Municipal de Saúde
Data Entrada 09/07/19
Hora 15h19
Recebido por [assinatura]
PROTÓCOLO

Eu, **Elaine Barros de Alencar Costa**, brasileira, médica-pediatra e mestrandanda do Programa de Pós-graduação em Estudos de Cultura e Território (PPGCult) da Universidade Federal do Tocantins (UFT), inscrita no CRM nº 2267-TO e RQE 1252, telefone: (63) 991050550, sirvo-me do presente para solicitar a Vossa Excelência autorização para realização de entrevistas de servidores que atuam no atendimento primário e secundário da leishmaniose visceral e coleta de dados no Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) com a finalidade de compreender a importância da intersetorialidade no combate da epidemia da leishmaniose visceral em Araguaína-Tocantins (objetivo geral).

A pesquisa tem como título *A leishmaniose visceral e o desafio da intersetorialidade no município de Araguaína-Tocantins* cujo orientador é o **Prof. Dr. Marivaldo Cavalcante da Silva**. Pretende-se realizar 10 entrevistas semi-estruturadas destinadas ao atendimento primário (3), secundário (3) e terciário (3) da doença. Além dessas informações, almeja-se entrevistar a coordenadora do programa do CCZ e coletar dados como a distribuição geográfica da epidemia na cidade e a relação atual do número de casos. A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética do Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins com número de parecer 3.445.905.

Diante do exposto, solicito liberação para o início da coleta de dados.

Pesquisadora: Elaine Barros de Alencar Costa

Elaine Barros de Alencar Costa (e-mail: elbarros@hdt.uft.br)

Autorizado
Ana Paula Santos Almeida
Superint. Atensão Especializada
Secretaria Municipal de Saúde
Portaria: 122/18

Autorizado
Eduardo de Freitas Santos
Sup. de Vigilância em Saúde
Portaria nº 046/2017
Secretaria Municipal de Saúde

Recebido
Domicílio
09/07/19

Autorizado
[Assinatura]

Murilo Barros
Assessor Técnico
Portaria nº 047/2017
Secretaria Municipal de Saúde

Araguaína, 09 de Julho de 2019.

Página

Anexo B – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa – CEP / HDT-UFT.

HOSPITAL DE DOENÇAS
TROPICAIS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE TOCANTINS

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: A leishmaniose visceral e o desafio da intersetorialidade no município de Araguaína-Tocantins.

Pesquisador: ELAINE BARROS DE ALENCAR COSTA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 14141519.5.0000.8102

Instituição Proponente: Fundação Universidade Federal do Tocantins - Campus de Araguaína

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.445.905

Apresentação do Projeto:

O projeto trata-se de um estudo de natureza qualitativa, de tipo exploratório e descritivo, acerca da doença leishmaniose visceral e o desafio da intersetorialidade no município de Araguaína, Tocantins, tendo como participantes os colaboradores da saúde que trabalham nos atendimentos primário, secundário e terciário de leishmaniose visceral na cidade de Araguaína. Como ferramentas para a execução do projeto, o projeto destaca as entrevistas individuais, as quais serão realizadas com dez colaboradores da saúde, selecionados, que trabalham nos atendimentos primário, secundário e terciário de leishmaniose visceral na cidade de Araguaína e subdivididos nos seguintes grupos: Atendimento secundário da leishmaniose visceral (3 entrevistas); Atendimento terciário da leishmaniose visceral (3 entrevistas); Coordenadora do Programa de Leishmaniose da cidade (1 entrevista); Atendimento primário da leishmaniose visceral (3 entrevistas). Como critério de inclusão para participação na pesquisa foi estabelecido a atuação em um serviço de saúde na cidade de Araguaína que seja responsável pelo atendimento primário, secundário ou terciário da leishmaniose visceral e como critérios de exclusão a idade inferior a 20 anos e o tempo de exercício da função no serviço de saúde inferior a 2 anos. A escolha das pessoas entrevistadas será através da indicação pela coordenadora técnica do Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) de Araguaína-TO, Ketren Carvalho, justificando-se essa forma de seleção em razão do longo tempo de atuação da referida coordenadora na função e pelo fato da mesma ser conhecedora dos setores mais atingidos por essa epidemia em Araguaína-TO. Após essa

Endereço: Av. José de Brito Soares, nº 1015

Bairro: Setor Anhanguera

CEP: 77.818-530

UF: TO

Município: ARAGUAINA

Telefone: (63)3411-6001

E-mail: gep.hdt@ebserh.gov.br

HOSPITAL DE DOENÇAS
TROPICAIS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE TOCANTINS



Continuação do Parecer: 3.445.905

indicação, a pesquisadora Elaine Barros entrará em contato via telefone com os prováveis entrevistados para articular um local e horário fora do expediente de trabalho, para apresentar o TCLE e a possível aplicação da entrevista individual. O projeto prevê que todas as entrevistas serão gravadas e transcritas de forma fonética, com garantia de sigilo e solicitação da autorização dos participantes e que serão realizadas no período compreendido entre os meses de maio e agosto do ano de 2019. Além das entrevistas ferramentas, foi prevista a coleta de informações atuais em artigos científicos e literatura sobre o tema da pesquisa, além de realização de um levantamento da situação atual da leishmaniose visceral em Araguaína junto à coordenação municipal do programa responsável pelo combate à essa epidemia por meio de informações como a distribuição geográfica da doença na cidade e o número de casos. O projeto prevê a análise de dados por meio da Análise de Conteúdo que segundo a referência citada no referido projeto (Bardinm 1977), corresponde à um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam a discursos extremamente diversificados.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa visa compreender a importância da intersetorialidade no combate da epidemia da leishmaniose visceral na cidade de Araguaína, Tocantins, examinando a doença nos setores de saúde em uma perspectiva intersetorial, analisando a gestão territorial a partir da distribuição das unidades de saúde e identificando os fatores de ordem cultural que condicionam a formulação e implementação de ações intersetoriais no embate da leishmaniose visceral em Araguaína.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto aponta como riscos apenas a dificuldade em encontrar um horário para a aplicação das entrevistas aos colaboradores da saúde selecionados. Como benefícios foram citados o esclarecimento das possíveis dificuldades encontradas na "desconexão" entre as unidades de saúde responsáveis pelos atendimentos primário, secundário e terciário dos casos de leishmaniose visceral e a aproximação do diálogo entre os setores de saúde para que as medidas de controle da epidemia de leishmaniose visceral sejam tomadas de forma conjunta.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto detalha a forma de seleção e de abordagem dos participantes selecionados para a aplicação do TCLE e participação nas entrevistas individuais.

O TCLE assegura a ausência de custos e de vantagens financeiras ao participante, proteção à confidencialidade, além da indenização e/ou reparação de danos por parte do pesquisador.

Também está claro no TCLE que a participação é voluntária, podendo participante deixar a

Endereço: Av. José de Brito Soares, nº 1015

Bairro: Setor Anhanguera

CEP: 77.818-530

UF: TO

Município: ARAGUAINA

Telefone: (63)3411-6001

E-mail: gep.hdt@ebserh.gov.br

HOSPITAL DE DOENÇAS
TROPICAIS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE TOCANTINS



Continuação do Parecer: 3.445.905

pesquisa em qualquer tempo e sem quaisquer prejuízos, sendo sua participação substituída por outro profissional que atue na mesma categoria que o desistente atue.

Os critérios para suspender ou encerrar a pesquisa foram detalhados no TCLE.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os seguintes documentos foram apresentados pelo pesquisador:

- Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos
- Declarações dos pesquisadores (aluno e orientador)
- Relação das perguntas norteadoras para a entrevista semiestruturada, contendo a observação de que as perguntas direcionadas ao grupo focal serão definidas após a análise de discurso das entrevistas individuais.
- Projeto de pesquisa no modelo do respectivo Programa de Pós-Graduação
- Projeto de pesquisa no modelo da Plataforma Brasil
- Formulário de submissão de protocolos de pesquisa
- Declaração de concordância e infraestrutura para a realização da referida pesquisa, assinada pelo Secretário Municipal de Saúde do município de Araguaína
- Currículo Lattes da responsável principal pelo projeto
- Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

Não há considerações os documentos apresentados.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

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_1327768.pdf	05/07/2019 10:15:52		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	05/07/2019 10:13:25	ELAINE BARROS DE ALENCAR COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE.pdf	05/07/2019 10:12:00	ELAINE BARROS DE ALENCAR	Aceito

Endereço: Av. José de Brito Soares, nº 1015

Bairro: Setor Anhanguera

CEP: 77.818-530

UF: TO

Município: ARAGUAINA

Telefone: (63)3411-6001

E-mail: gep.hdt@ebserh.gov.br

HOSPITAL DE DOENÇAS
TROPICAIS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE TOCANTINS



Continuação do Parecer: 3.445.905

Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	05/07/2019 10:12:00	ELAINE BARROS DE ALENCAR	Aceito
Outros	ENTREVISTAmodificado.pdf	11/06/2019 22:50:51	ELAINE BARROS DE ALENCAR	Aceito
Outros	FormularioRespPendParecer3358757.pdf	11/06/2019 22:49:35	ELAINE BARROS DE ALENCAR	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	SEMUSSS.pdf	16/05/2019 14:45:52	ELAINE BARROS DE ALENCAR COSTA	Aceito
Outros	PROTOCOLOSS.pdf	16/05/2019 14:44:34	ELAINE BARROS DE ALENCAR	Aceito
Folha de Rosto	ROSTO.pdf	16/05/2019 14:41:45	ELAINE BARROS DE ALENCAR	Aceito
Declaração de Pesquisadores	MARIVALDO.pdf	01/05/2019 17:09:59	ELAINE BARROS DE ALENCAR	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Elaine.pdf	01/05/2019 17:09:43	ELAINE BARROS DE ALENCAR	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARAGUAINA, 09 de Julho de 2019

Assinado por:
DIOGENES DE SOUSA NETO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. José de Brito Soares, nº 1015

Bairro: Setor Anhanguera

CEP: 77.818-530

UF: TO

Município: ARAGUAINA

Telefone: (63)3411-6001

E-mail: gep.hdt@ebserh.gov.br