



OFICINA DO CES

ces

Centro de Estudos Sociais
Laboratório Associado
Universidade de Coimbra

ANA CRISTINA DA COSTA MARTINS

**PERCEÇÃO DO RISCO DE ZONOSSES EM
PACIENTES ATENDIDOS NO INSTITUTO NACIONAL DE
INFECTOLOGIA EVANDRO CHAGAS, RIO DE JANEIRO,
BRASIL**

**Maio de 2014
Oficina n.º 412**

Ana Cristina da Costa Martins

**Percepção do risco de zoonoses em pacientes atendidos no
Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas,
Rio de Janeiro, Brasil**

**Oficina do CES n.º 412
Maio de 2014**

OFICINA DO CES

ISSN 2182-7966

Publicação seriada do

Centro de Estudos Sociais

Praça D. Dinis

Colégio de S. Jerónimo, Coimbra

Correspondência:

Apartado 3087

3000-995 COIMBRA, Portugal

Ana Cristina da Costa Martins*

Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas da Fundação Oswaldo Cruz, Brasil

Percepção do risco de zoonoses em pacientes atendidos no Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Rio de Janeiro, Brasil

Resumo: As zoonoses Leishmanioses e Esporotricose representam um problema de Saúde Pública no Brasil. Seus fatores epidemiológicos relacionam-se às condições de transmissão como fatores sociodemográficos, culturais, ambientais e geográficos. Desenvolver estratégias de intervenção e investigação coletiva é um enorme desafio, particularmente em países em desenvolvimento, onde as práticas requerem conscientização e participação ativa da população na redução das desigualdades em saúde. Avaliamos a percepção do risco de transmissão das referidas zoonoses em pacientes atendidos no Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas. Este projeto possibilitou esclarecer o grau de conhecimento da população estudada e, assim, esperamos contribuir com novas propostas de intervenção social e educacional.

Palavras-chave: Leishmanioses, Esporotricose, promoção e educação em saúde.

1. Introdução

Os programas de controle das endemias no Brasil se confrontam com problemas socioeconômicos, tal fato gera limitações para incorporar ao processo saúde-doença às representações sociais do cotidiano das populações afetadas (Silva, 2001).

A criação de centros de referência, além de oferecer o diagnóstico preciso com suporte laboratorial, desenvolve rotinas e protocolos para o atendimento e acompanhamento dos pacientes até à cura da doença; proporciona o treinamento e qualificação de profissionais e agentes de saúde, bem como medidas que visam à orientação dos familiares quanto à prevenção e promoção da saúde na comunidade.

Considerando que as Leishmanioses (LTA) e a Esporotricose possuem características clínicas e epidemiológicas por vezes semelhantes, o diagnóstico entre as duas pode ser difícil principalmente em regiões onde estas doenças são endêmicas, associadas ao baixo desenvolvimento socioeconômico e a serviços de saúde precários com escassez de exames laboratoriais.

* Médica do laboratório de Vigilância em Leishmanioses do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas da Fundação Oswaldo Cruz (INI), Tecnologista em Saúde Pública, Rio de Janeiro, Brasil. Este artigo é produto do pós-doutorado realizado no Núcleo de Estudos Ciência, Economia e Sociedade do Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra (linha de investigação: Estudos de Ciência e Tecnologia). Contato: accmartins70@gmail.com

A partir desta contextualização o presente estudo objetivou avaliar a percepção do risco de transmissão na Leishmaniose Tegumentar Americana (forma cutânea) e a Esporotricose tendo em conta as características socioepidemiológicas e comportamentais dos grupos de pacientes atendidos no Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas.

1.1. A Esporotricose

A Esporotricose é uma micose subcutânea e excepcionalmente uma micose profunda causada pelo fungo dimorfo *Sporothrix schenckii* (Schenck, 1898). O primeiro caso de infecção natural em animais foi descrito por Lutz e Splendore, no Brasil, em 1907 (Lutz e Splendore, 1907). É uma doença cosmopolita, mas a maioria dos casos é relatada no Japão, nas Américas do Norte e Sul e no continente africano (Kauffman, 1999). O microrganismo é encontrado no solo e vegetação em regiões de clima temperado e úmido, entre 25 e 28° C, e com umidade de 80 a 95% (Kauffman, 1995).

É considerada uma doença ocupacional e afeta homens e mulheres com profissões relacionadas à jardinagem, fazendeiros e horticulturistas (Silva *et al.*, 2012). Nestes casos, na maioria das vezes, acomete as mãos e os pés onde o fungo é adquirido por inoculação traumática nos tecidos, podendo evoluir para a forma linfocutânea (mais comum) ou cutânea-fixa e, ainda, para a forma cutânea disseminada. A forma extracutânea também pode ocorrer e acomete um ou mais órgãos, como as mucosas do nariz, boca e faringe, sistema esquelético, olhos e, eventualmente, infecção primária pulmonar a partir da inalação dos conídios com posterior disseminação sistêmica.

A apresentação das formas clínicas está associada aos fatores imunológicos do hospedeiro, à virulência do fungo e à rota de infecção (Kong *et al.*, 2006). A lesão inicia-se como uma pápula ou nódulo não aderido progressivo em tamanho e que evolui para goma. Tende à ulceração e supuração com saída de secreção seropurulenta, muitas vezes associado à linfangite nodular ascendente. A forma mucosa é considerada por alguns autores como parte da forma cutânea e geralmente, encontra-se acompanhada por linfonodo pré-auricular ou submandibular.

Associado ao comportamento natural dos gatos e à necessidade de lutas por território, estes animais passaram a ser o principal transmissor da doença nesta epidemia. O local mais acometido nos gatos é a região nasal e o sintoma mais evidente é a obstrução nasal; a proximidade dos proprietários com estes animais favorece a transmissão do fungo seja por inalação dos conídios, disseminação hematogênica ou

inoculação na mucosa por mãos contaminadas (Barros *et al.*, 2003, 2008, 2010 e Silva *et al.*, 2012).

Nos últimos anos houve uma mudança no que diz respeito à transmissão da doença no Rio de Janeiro. Durante o período de 1987 a 1998, foram relatados 13 casos de Esporotricose humana pelo antigo Centro de Pesquisa do Hospital Evandro Chagas, hoje Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas/INI (Barros *et al.*, 2003). Destes, dois casos estavam associados a arranhaduras de gatos. Posteriormente houve um grande aumento da incidência da doença: entre 1998 e 2001, um total de 178 casos com cultura positiva para *Sporothrix schenckii* foram diagnosticados; onde 156 casos apresentaram histórico de contato domiciliar ou profissional com gatos com Esporotricose e 97 foram arranhados ou mordidos. Neste mesmo período, Schubach *et al.* (2004) descreveram a apresentação clínica e tratamento de 347 gatos com a doença. Já em 2006, o número de casos diagnosticados em humanos no ambulatório de Esporotricose beirava mais de 900 registros provenientes de 22 municípios, sendo os mais acometidos o Rio de Janeiro, Duque de Caxias e São João de Meriti (Barros *et al.*, 2010).

Em um outro estudo realizado no mesmo centro de referência, no Rio de Janeiro, no período de 2005 a 2008, houve um aumento em torno de 126% do número de casos de Esporotricose relacionados a pacientes infectados com HIV e 66,7% destes tinham história epidemiológica relacionada à transmissão por gatos. Esta associação caracteriza a Esporotricose como infecção oportunista, principalmente em áreas onde é endêmica (Freitas *et al.*, 2012).

A transmissão zoonótica, anteriormente considerada ocasional, tornou-se a forma mais comum de transmissão, afetando mais frequentemente as mulheres com faixa etária entre 40 e 59 anos e, com atividades domésticas predominantes, seguidas por estudantes. Em ambos os casos, relacionam-se o hábito de cuidar de gatos com Esporotricose (Barros *et al.*, 2004, 2008 e Silva *et al.*, 2012). Porém, em alguns estudos como os de Conias e Wilson (1998), Chapman *et al.* (2004), Lopes-Bezerra *et al.* (2006) a prevalência foi maior em homens.

De acordo com Schubach *et al.* (2001), os gatos domésticos podem ainda estarem colonizados com o fungo sem que haja atividade da doença; fato que corrobora a transmissão zoonótica da Esporotricose. Todas estas observações apontaram uma mudança das características epidemiológicas desta micose em nosso meio. A análise genotípica de diferentes isolados de pacientes humanos e de gatos foi idêntica ou muito

similar, sugerindo uma fonte comum de infecção tanto para o ser humano quanto para os gatos (Reis *et al.*, 2009). Por ser o gato mais suscetível e apresentar maiores cargas fúngicas, associado ao seu comportamento natural, ficou claro o seu papel de disseminador de *S. schenckii*.

Para Barros *et al.* (2010), há perto de 2200 casos humanos com diagnóstico de Esporotricose de 1998 até o final do ano de 2009 no Serviço de Vigilância em Saúde do INI, além de 3244 gatos e mais de 120 cães com a doença atendidos no Laboratório de Pesquisa em Dermatozoonoses em Animais Domésticos (LAPCLIN-DERMZOO)/INI/FIOCRUZ. Até ao momento, não é possível conhecer a real incidência ou dimensionar a endemia da Esporotricose no Estado do Rio de Janeiro. As causas responsáveis relacionam-se ao fato de ser não ser considerada uma doença de notificação compulsória, a perda de casos não atendidos no INI/ FIOCRUZ, além de fatores ambientais e urbanização crescente (Barros *et al.*, 2010).

1.2. As Leishmanioses

As Leishmanioses representam um grande problema de saúde pública, ocupando um lugar de destaque entre as seis doenças infecto-parasitárias de maior importância no mundo. A suscetibilidade é universal e a infecção e doença não conferem imunidade ao paciente (Brasil, 2002).

Esta doença incide de forma endêmica em países de clima tropical e subtropical de quatro continentes – Ásia, África, Europa e América, afetando populações de 88 países. Em Portugal, e outros países do Sul da Europa, a doença tem sido considerada predominantemente infantil. Entretanto, este quadro tem mudado devido ao maior número de adultos acometidos, principalmente associado a casos de VIH/SIDA. Em Portugal, Espanha, Itália e França, o total cumulativo de casos de coinfeção *Leishmania*/VIH, no final de 2006, era de 2152, sendo 223 em Portugal. Contudo, há uma estimativa para o diagnóstico de 15 a 20 casos de Leishmaniose Visceral (LV) em indivíduos imunocompetentes neste país (OMS, 2007).

Mediante o número de casos ocorridos e o impacto epidemiológico da coinfeção, a Organização Mundial de Saúde tem avaliado a introdução da LV como doença indicadora de AIDS (Malafaia, 2009).

Já em Madri (Espanha), a origem da epidemia ocorrida no período 2009 a 2012 estaria relacionada às alterações ambientais; sendo 30 casos registrados no ano de 2011.

No Novo Mundo, as Leishmanioses podem ser agrupadas em Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA), que acomete a pele e as mucosas das vias aéreo-digestivas superiores e Leishmaniose Visceral Americana (LVA), doença sistêmica que acomete particularmente fígado, baço, medula óssea e linfonodos; de acordo com os distintos tropismos dos parasitos envolvidos na infecção. Nas Américas, a distribuição da LTA estende-se desde o sul dos Estados Unidos até ao norte da Argentina, enquanto a LVA ocorre predominantemente no Brasil, Venezuela, Colômbia, Bolívia, Argentina, El Salvador e México. A Argentina vem enfrentando anualmente um crescente aumento do número de casos de LTA. O país registrou os seus primeiros casos em 2004, na província de Clorinda. De acordo com Salomon, em 2012 foram contabilizados 100 casos, com 10% de óbitos (Salomon *et al.*, 2012).

Estima-se uma prevalência global de 12 milhões de pessoas infectadas e de aproximadamente 350 milhões de pessoas expostas ao risco de adquirir a doença (Desjeux, 2001). No entanto, estimativas exatas quanto à incidência e prevalência são bastante difíceis, uma vez que o número de casos ocorridos pode ser consideravelmente maior do que os notificados oficialmente. Tal diferença entre a realidade e o número de casos reportados pode ser explicada por vários fatores, dentre eles a obrigatoriedade de notificação da doença em apenas 33 dos 88 países endêmicos (Desjeux, 2004).

No período entre 2006 e 2010 foram registrados 18 168 casos de LVA no Brasil. Em 2010, a região Nordeste representou 47,1% dos casos, seguida pelas regiões Norte (18,0%), Sudeste (17,8%), Centro-Oeste (8,6%) e Sul (0,1%).

Durante o período de 2007 e início de 2013 foram notificados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) 23 casos confirmados de Leishmaniose Visceral (LV) no Estado do Rio de Janeiro, destes, 19 (83%) confirmados por meio laboratorial e 4 (17%) por vínculo clínico epidemiológico. Até o início de 2013 contabilizam-se 25 casos em seres humanos confirmados por LV no estado. Já que há mais dois casos humanos de Leishmaniose Visceral ainda não registrados: um paciente residente no município de Volta Redonda e um do Rio de Janeiro (Brasil, 2013).

Já a LTA encontra-se distribuída amplamente por todo território brasileiro, desde a Amazônia até os Estados do Sul, sendo as regiões Norte, seguida pelo Centro-Oeste e Nordeste apresentam a maior incidência entre os habitantes das áreas rurais. No período de 1991 a 2010, a média anual de casos registrados de LTA foi de 27 374 e coeficiente de detecção médio de 16,4 casos por 100 000 habitantes. Diante disto, foi possível observar uma tendência no crescimento da endemia, com coeficientes registrados mais

elevados nos anos de 1994 e 1995 e com níveis de 22,83 e 22,94 casos por 100 000 habitantes, respectivamente (Brasil, 2010).

Nas Américas, 11 espécies dermatrópicas de *Leishmania* estão relacionadas à doença humana e 8 espécies encontradas somente em animais. No Brasil, 7 espécies foram identificadas, onde seis são do subgênero *Viannia* e uma do subgênero *Leishmania*. As três principais espécies são: *L. (V.) braziliensis*, *L.(V.) guyanensis* e *L.(L.) amazonensis* e, ultimamente, foram identificadas em estados das regiões Norte e Nordeste, as espécies *L.(V.) lainsoni*, *L.(V.) naiffi*, *L.(V.) lindenberg* e *L.(V.) shawi* (Brasil, 2010).

No Rio de Janeiro, a LTA é causada por *Leishmania (Viannia) braziliensis*, cuja transmissão é dependente da adaptação do vetor *Lutzomyia intermedia* ao ambiente domiciliar e peridomiciliar (Marzochi e Marzochi, 1994).

A infecção humana por *Leishmania* produz uma variedade de manifestações clínico-patológicas que são atribuídas a uma complexa interação entre a resposta imunológica do paciente e as características de virulência das espécies infectantes (Convit *et al.*, 1972). Podem expressar-se como uma forma subclínica ou pela presença de lesões únicas ou múltiplas na pele (Leishmaniose cutânea), lesões nodulares não ulcerativas (Leishmaniose cutânea difusa), lesões ulcerosas e destrutivas no tecido conjuntivo das mucosas oral, nasal, faríngea e/ou laríngea (Leishmaniose cutâneo-mucosa ou mucocutânea) ou ainda infecção visceral, acometendo baço, fígado, medula óssea, linfonodos e outros órgãos (Leishmaniose visceral) (Marsden e Jones, 1985; Coutinho *et al.*, 1987; Pearson e Sousa, 1996).

A úlcera típica de Leishmaniose cutânea (LC) é indolor e costuma localizar-se em áreas da pele expostas à picada de insetos; com formato arredondado ou ovalado; medindo até alguns centímetros de tamanho; base eritematosa, infiltrada e de consistência firme; bordas bem delimitadas e elevadas com aspecto de moldura; fundo avermelhado e com granulações grosseiras. A infecção bacteriana associada pode causar dor local e produzir exsudato seropurulento (Pessôa e Barretto, 1948; Marsden, 1986). Após o tratamento, as lesões cutâneas podem deixar cicatrizes do tipo atróficas, hipertróficas, deprimidas, com superfície lisa, com áreas de hipo- ou de hiperpigmentação e traves fibrosas, que quando não tratadas, tendem à cura espontânea (Marsden *et al.*, 1986) e, podem permanecer ativas por vários anos além de coexistir com lesões mucosas de surgimento posterior – Leishmaniose cutâneo-mucosa (LCM) (Pessôa e Barretto, 1948; Marsden, 1986).

Na *Leishmaniose mucosa* (LM) as lesões são destrutivas, de evolução arrastada e pode surgir anos após a cicatrização da lesão cutânea primária (Lainson, 1983). Acredita-se que seja consequente a metástases por via hemática (Llanos-Cuentas *et al.*, 1985). O mecanismo exato da lesão mucosa, como e onde as *Leishmanias* sobrevivem em latência no organismo humano durante anos, os fatores que desencadeiam a doença são ainda desconhecidos. Obstrução nasal, crostas, dor no nariz, epistaxe, tosse, odinofagia, disfagia e disfonia são queixas frequentes. A mucosa nasal, isolada ou associada a outras localizações, está envolvida na quase totalidade dos casos. Na fase inicial, as alterações mucosas simulam uma rinite alérgica que pode persistir durante meses até o diagnóstico da doença (Veronesi e Focaccia, 2005). Nesta mucosa, as amastigotas proliferam no endotélio vascular com infiltração celular perivascular e liquefação da cartilagem. As áreas de predileção são as mais resfriadas pela passagem de ar inspirado, principalmente a mucosa do septo cartilaginoso e da cabeça do corneto inferior. Outras áreas afetadas são o palato, a faringe e a laringe (Marsden, 1986; Moreira, 1994). Dependendo da extensão e gravidade da doença, as lesões cutâneas ou mucosas podem deixar sequelas que afetam diretamente a vida social e familiar do paciente pelo “estigma da ferida” com restrição da sua capacidade laborativa.

2. A educação em saúde como estratégia de investigação e intervenção

A partir do século XX, surge a necessidade de incluir novas estratégias de intervenção e investigação na saúde pública, tentando abordar diferentes dimensões epistemológicas (Krieger, 2001; Kawachi e Berkman, 2003; Lynch *et al.*, 2004; Barata, 2005; Breilh, 2006; Oakes e Kaufman, 2006) entre elas a educação (Briceño-Léon, 1996; Dias, 1998; Machado *et al.*, 2007).

Para Czeresnia (2003), a construção da ideia de promoção da saúde está ligada à necessidade da reflexão filosófica, para o entendimento da complexidade da saúde, e à remodelação da educação nas práticas de saúde. Por meio da reflexão, se faz a tradução do conhecimento científico e com isso, as informações adquiridas são utilizadas em ações que promovam transformações sociais, ambientais e de comportamento.

Promover a saúde e humanizar a atenção à saúde está associado ao “Empowerment” cujo significado está relacionado ao ganho de poder por alguém e não a dar poder a alguém, ou seja, capacitar o indivíduo a tomar decisões e ações, próprias e coletivas (Tones, 1994). Tal comportamento reflete na melhora da autoestima, motivação e comprometimento (Nogueira-Martins e Bógus, 2004).

A educação é uma área do conhecimento aliada à epidemiologia social, quando se trata de aplicá-la ao estudo do processo saúde-doença nas populações. A epidemiologia social tem como foco principal o estudo do modo pelo qual a sociedade e os diferentes modos de organização social influenciam a saúde e o bem-estar dos indivíduos e dos grupos sociais; possibilitando a compreensão de como, onde e porque se dão as desigualdades na saúde. Daí uma forte articulação com as ciências sociais (Barata, 2005). Incorporar a dimensão social e educacional na investigação epidemiológica exige cuidado com os conceitos teóricos e métodos relacionados às ciências sociais em relação a variáveis sujeitas a investigação: gênero, sexualidade, exclusão social, etnicidade, etc. Em relação às doenças do ser humano, o universo biológico de um determinado fenômeno a ser investigado não pode ser afastado do contexto social. Assim, a epidemiologia está integrada por diferentes dimensões sociais e biológicas que podem ser articuladas com a educação em saúde, buscando alcançar uma integração nos campos orgânico, comportamental, familiar, ambiental e social do ser humano.

3. Antecedentes da incorporação de metodologias de educação em saúde no Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas associadas à promoção da saúde

O Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI) da Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, tem como missão estudar as doenças infecciosas através de programas de atendimento integrados a projetos de pesquisa e ensino, multiprofissionais voltados para a recuperação, promoção e prevenção da saúde e de agravos.

Há alguns anos que o Laboratório de Pesquisa em Epidemiologia e Determinação Social da Saúde do INI vem desenvolvendo projetos de pesquisa voltados para a educação em saúde aplicados ao tema doenças infecciosas nos pacientes no INI.

A contribuição da epidemiologia social nas doenças infecciosas está principalmente direcionada ao desenvolvimento de novas estratégias de investigação coletiva e de prevenção. Neste último ponto encontram-se as ações educativas destinadas a promover o controle das doenças e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade de vida da população. A incorporação de metodologias pedagógicas que auxiliem na construção de um conhecimento compartilhado acerca do processo saúde-doença, por meio de experiências práticas, deve ser considerada como uma ferramenta estratégica da epidemiologia social.

As pessoas constroem os seus conhecimentos a partir da intenção deliberada de promover articulações entre o que já se conhece e a nova informação que se pretende absorver. Esse tipo de estruturação cognitiva se dá ao longo de toda a vida, através de uma sequência de eventos, única para cada pessoa, configurando um processo idiossincrático e significativo. Existem três requisitos essenciais para a aprendizagem significativa: a oferta de um novo conhecimento estruturado de maneira lógica; a existência de conhecimentos na estrutura cognitiva que possibilite a sua conexão com o novo conhecimento; e a atitude explícita de aprender e conectar o seu conhecimento com aquele que pretende absorver (Novak, 2003). Na nossa experiência, tentamos integrar estes três aspectos, visando facilitar uma aprendizagem (significativa) que motive os participantes dos nossos estudos a atuarem como multiplicadores destes conhecimentos e, principalmente, a divulgarem conceitos sobre saúde a outros cidadãos.

A divulgação e popularização da ciência são fundamentais para a promoção a saúde da população e a educação é um importante trunfo para a construção dos ideais da paz, da liberdade e da justiça social. Neste sentido, a sociedade tem sido convocada a enfrentar tanto a intensa produção de novos conhecimentos, gerados num tempo cada vez mais curto e acelerado, quanto a lidar com uma grande parcela da população que não se encontra contemplada nesta nova configuração social, promovendo o acesso a uma sociedade mais justa e igualitária (Gohn, 1999).

Desta forma, a prática educativa em saúde além de promover a valorização do saber do cidadão o instrumentaliza para a transformação de sua realidade e de si mesmo. Isto possibilita à efetivação do direito da clientela as informações de forma a estabelecer sua participação ativa nas ações de saúde, assim como para o desenvolvimento contínuo de habilidades humanas e técnicas no trabalhador de saúde, fazendo que este exerça um trabalho criativo. Estas características e consequências convergem para uma sociedade mais democrática em prol do desenvolvimento das potencialidades dos indivíduos e coletividade estando em concordância com os princípios e diretrizes da promoção da saúde (Pereira, 2003).

No contexto hospitalar, a compreensão das doenças vivenciadas pelos pacientes e seus respectivos acompanhantes, sejam eles, familiares ou amigos, mostra uma disposição para a comunicação monológica e passiva. Isto tende a ignorar os saberes mais abrangentes tais como condicionantes socioculturais e condições ambientais e sociais que influenciam ou determinam o processo saúde-doença das populações (Nunes, 2009; Souza, 2011, Souza *et al.*, 2012).

Acreditamos que, com a educação em saúde, podemos promover transformações no comportamento humano que contribuam para a redução das doenças na população. Isto representa um desafio nos países em desenvolvimento, como o Brasil, onde a participação e conscientização social são necessárias para a redução das desigualdades na saúde.

A educação em saúde é uma estratégia utilizada como ferramenta da promoção da saúde que visa a multiplicação do conhecimento científico. A saúde e a qualidade de vida estão atreladas entre si e, nesta última, a qualidade da alimentação, habitação e saneamento, condições de higiene, educação, trabalho, apoio social e desenvolvimento do senso de responsabilidade individual e coletivo, bem como, medidas promotoras de saúde (Buss, 2000).

O controle das doenças infecciosas é o resultado de medidas terapêuticas, ecológicas, de saneamento ambiental, gerais e específicas. As doenças infecciosas apresentam um ecossistema complexo com inter-relações sociais e ecológicas entre o vetor, o parasito e o hospedeiro. O impacto dessas doenças na vida dos indivíduos, assim como o custo das intervenções terapêuticas e assistenciais são elevados e poderiam ser minimizados com a utilização de estratégias como a participação da própria população alvo. A variabilidade, evolução e coevolução de parasitos, assim como o surgimento de variantes genéticas cada vez mais resistentes aos tratamentos convencionais, têm exigido um investimento em investigação básica para a descoberta e produção de novos medicamentos. Este quadro gera questões quanto à gravidade da doença, formas clínicas de evolução e êxito da erradicação de muitas doenças infecciosas (Cuervo *et al.*, 2004; Mendonça *et al.*, 2004; Oliveira *et al.*, 2011; Bedoya-Pacheco *et al.*, 2011). A promoção da saúde é uma estratégia com uma melhor relação custo-benefício e de maior efetividade a longo prazo (Buss, 2000).

Acreditamos que a articulação contínua e permanente entre os profissionais participantes e o papel ativo dos pacientes e familiares permite cumprir tais objetivos, alcançando um impacto maior destas intervenções multidisciplinares. Nunes (2009) cita ainda a importância da formação de associações de doentes na luta contra a doença por meio de práticas de sensibilização pública e a difusão de informação com ações coletivas. Esperamos, a partir dos resultados desta investigação, propor medidas educativas que possam contribuir para a promoção de saúde e o controle dessas doenças.

4. A pesquisa qualitativa e as doenças como a LTA e a Esporotricose

A pesquisa qualitativa promove ao pesquisador a aproximação da teoria e dados, entre ação e contexto, com o uso da lógica da análise fenomenológica, com base na compreensão dos fenômenos pela sua descrição e interpretação, aliadas às experiências pessoais do pesquisador.

Alguns trabalhos em educação em saúde abordam as Leishmanioses, sobretudo a Leishmaniose Tegumentar Americana, e se utilizam desta metodologia para melhor compreensão dos impactos que a doença causa no paciente, bem como a prevenção e promoção da saúde. É interessante ressaltar que não foram encontrados trabalhos que relacionassem pesquisa qualitativa e a Esporotricose, apesar de ser uma doença com surtos epidêmicos, sobretudo no Rio de Janeiro, com envolvimento físico e emocional, tanto do paciente quanto, muitas vezes, com o seu animal doméstico.

Estas doenças representam um problema humano e socioeconômico. Segundo Minayo (1991) a interdisciplinaridade na área da saúde e da doença envolve relações sociais, emocionais, afetivas, biológicas, sociais, históricas, culturais dos indivíduos e grupos. Por outro lado, existem vários trabalhos referentes à Leishmaniose com abordagem qualitativa, sobretudo relacionados à promoção e educação em saúde.

A partir de pesquisa qualitativa de caráter exploratório de pacientes com LTA, Silva (2001) buscou conhecer as representações sociais da doença nesta região. A maneira como a doença é vista e interpretada pelas pessoas também foi motivo de estudo de Reis (2004) em uma comunidade do município de Paraty, no Rio de Janeiro, área endêmica de LTA. Utilizando metodologia semelhante, a autora observou que a população local detinha bom nível de conhecimento com relação às lesões e ao tratamento, mas não tinham informações sobre a transmissão e prevenção da doença. Sob este cenário, surgem medidas de educação em saúde com objetivo de prevenir a doença e promover a saúde. No entanto, estas medidas devem condizer com a realidade socioeconômica e cultural da comunidade a qual se destina. Fato observado também no estudo de Dias Júnior *et al.* (2011) onde, segundo o autor, a evolução do paciente e a sua cura são influenciadas diretamente pelo conhecimento, educação e à saúde. Com isto, a população melhor instruída pode servir como difusora e multiplicadora de informações na sua comunidade e participar efetivamente no controle da endemia.

Um outro estudo de interesse científico foi o de Silva e Lopes (2004) que observou a percepção do corpo de mulheres acometidas com LTA e a influência das sequelas da doença na vida pessoal e familiar destas pacientes. Como resultado, notou

que as deformidades, de certa forma, colaboraram para a labilidade física, emocional e a exclusão social. Os autores citam por duas vezes em seu texto Merleau-Ponty¹ para ilustrar bem este contexto (Silva e Lopes, 2014) que ilustra bem este contexto: “o doente sabe de sua perda justamente enquanto a ignora, e ele a ignora justamente enquanto a conhece”. E a segunda citação promove uma reflexão quanto ao doente como objeto de estudo: “Muito além das feridas carnisais, existe bem mais do que os olhos de um pesquisador podem observar” (*ibidem*). Esta citação explana que a percepção da doença é individualizada e envolve emoções, vivências, experiências, angústias e conflitos. Groisman (2007) complementa que esta percepção interage ainda com outros fatores como crenças, fatores culturais, psicológicos, sociais e bioquímicos. Um dos pilares da fenomenologia é a intencionalidade onde a consciência da existência de algo como objeto é tida pela apreensão perceptiva ou intelectual e, como resultado, temos a consciência de nós mesmos como sujeito (Lima, 2007).

É preciso observar e olhar o outro, escutar, vivenciar seus conflitos emocionais bem como refletir sobre suas angústias. Estes são os pilares da metodologia qualitativa (Turato, 2003; Campos e Turato, 2009).

Dentro desta conjuntura reflexiva sobre o processo saúde – doença e suas relações, Menezes (2000) cita os efeitos da “racionalização” instrumental nas instituições públicas onde busca-se a individualização do conhecimento assim como sua intelectualização. Como resultado, hierarquiza-se a relação médico-paciente e esta se torna fragmentada; o doente perde sua individualidade e suas características sociais. O paciente perde sua identidade para se tornar o objeto da pesquisa, o “doente” ou aquele que tem a “doença” Caprara e Franco (1999). Diante deste cenário, estreitar a relação médico-paciente favorece a melhor adesão ao tratamento e a satisfação do paciente. Atitudes como humanizar o atendimento, estimular o diálogo e capacitar o paciente fazem com que este seja responsável por suas decisões e tenha participação ativa sobre a sua doença (*ibidem*).

O desenvolvimento de novas estratégias de intervenção e investigação coletiva, entre elas a educação em saúde, representa um enorme desafio, particularmente em

¹ Maurice Merleau-Ponty exercitou em sua teoria reflexões sobre a fenomenologia, movimento filosófico segundo o qual, assim que algo se revela frente à consciência humana, o Homem inicialmente o observa e o percebe em completa conformidade com sua forma, do ponto de vista da sua capacidade perceptiva. Na conclusão deste processo, a matéria externa é inserida em seu campo consciencial, convertendo-se, assim, em um fenômeno. Ler Merleau-Ponty, Maurice (1999), *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora Ltda. Tradução de Carlos Alberto Ribeiro de Moura [2.^a ed.]

países em desenvolvimento, como o Brasil, onde práticas requerem conscientização e participação ativa da população para a redução das desigualdades na saúde. As contribuições da educação em saúde, integrada à epidemiologia, podem ajudar a desenvolver um olhar mais amplo sobre a doença e as complexas interações sociais.

5. Percurso metodológico

Trata-se de uma pesquisa qualitativa no âmbito da promoção da saúde, a partir de entrevistas com pacientes com LTA (forma cutânea) ou Esporotricose atendidos no INI/Fiocruz durante o período de novembro de 2012 a abril de 2013. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do INI (CAAE n. 0052.0.009.000-11).

Quanto à população estudada, esta foi realizada em pacientes maiores de 18 anos, que concordassem em participar do estudo e assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido/TCLE. Os casos foram oriundos do estado do Rio de Janeiro, a modo de ter uma população de uma mesma região geográfica durante o período de novembro de 2012 a novembro de 2013. Os casos excluídos foram pacientes em retratamento para evitar o viés de informação anterior. As entrevistas foram realizadas em um ambiente tranquilo dentro do Centro de Clínicas do INI disponibilizada para esta pesquisa.

6. Rotina e coleta de dados no Instituto Nacional de infectologia Evandro Chagas

A coleta dos dados foi realizada em duas etapas (dois tempos): no dia do comparecimento do paciente à consulta médica inicial (tempo 0) e ao término do tratamento (tempo 1). Considerando que existem diversos esquemas de tratamento na LTA que variam de 30 a 50 dias, estabelecemos como 50 o ponto de corte para o tempo 1. Já no caso da Esporotricose este corte foi fixado no dia 90, conforme protocolo.

Os pacientes foram convidados a participar da pesquisa, após o término da consulta, e orientados quanto aos objetivos do estudo, vantagens e desvantagens, riscos e benefícios de participar da pesquisa. Foi utilizado um instrumento semiestruturado, um roteiro para a entrevista para cada doença e cada paciente afetado por alguma delas, composto por perguntas sobre a percepção do risco de transmissão e outras questões sociais e epidemiológicas, permitindo a explanação livre dos sujeitos em relação aos tópicos. As perguntas foram elaboradas com o cuidado de não induzir a resposta do paciente. Desta forma serão dois questionários específicos para cada doença. A entrevista semiestruturada, é aquela parcialmente estruturada, na qual o entrevistador orienta quem responde através de um conjunto de questões, usando um guia de assuntos

(Polit *et al.*, 2004). Além dessas informações, foram coletados dados socioculturais relevantes para a pesquisa: gênero, idade, ocupação, escolaridade e local de residência. A gravação das entrevistas foi de grande relevância, pois permitiu ouvir, sempre que necessário, os depoimentos para que as falas pudessem ser registradas com detalhes na íntegra. A gravação das entrevistas foi conduzida em local apropriado e com privacidade. Após a gravação das falas foi realizada a transcrição fiel na sua totalidade, levando em consideração as interrupções, as reticências e outros detalhes que ocorreram durante o depoimento.

7. Análise dos dados

Foram adotados neste trabalho os procedimentos de análise de discurso, considerada como uma proposta crítica que busca problematizar as formas de reflexões estabelecidas, situada enquanto objeto teórico (Orlandi, 1987). Pela análise de discurso foi desvendado o sentido da comunicação dos discursos dos sujeitos entrevistados, buscando a revelação das contradições, das convergências, das divergências presentes na percepção do risco de transmissão das doenças sob estudo, no caso a LTA e a Esporotricose e seus aspectos epidemiológicos básicos. Optamos por este tipo de análise devido ao fato de que o discurso não é um produto acabado, mas um momento de criação de significados com tudo o que isso comporta de contradições, incoerências e imperfeições.

8. Apresentação dos resultados

Foram entrevistados sete pacientes com LTA e vinte com Esporotricose. As entrevistas tiveram duração de aproximadamente 60 minutos, o tempo variou em função do interesse e da motivação de cada paciente. Todos se mostraram cooperativos e solícitos, sentindo-se com maior vontade para falar no andamento da pesquisa. Manifestaram satisfação de serem ouvidos e muitos se surpreenderam com o interesse da equipe sobre suas vidas e o modo de viver. Os trechos das entrevistas serão divididos por assunto abordado para melhor entendimento e a síntese das características sociais, ambientais e comportamentais dos pacientes entrevistados pode ser vista no *Quadro 1*.

9. Conhecendo o Rio de Janeiro

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, a população do Rio de Janeiro era de 6 323 037 habitantes na cidade e 11 711 233 na

região metropolitana. É considerada a segunda maior metrópole, com o segundo maior produto interno bruto (PIB) do Brasil, superada apenas por São Paulo.

A região Metropolitana do Rio de Janeiro é composta por outros 17 municípios e é marcada por fortes contrastes econômicos e sociais, evidenciando-se a desigualdade entre ricos e pobres, a distribuição desigual dos serviços e equipamentos urbanos; a crescente demanda por habitações, o aumento de submoradias e expansão de favelas; a intensa degradação do meio ambiente e o consequente esgotamento dos recursos naturais além da insegurança pública. Mais periféricamente está a região Oeste, que concentra grande parte dos bairros mais populosos do município do Rio de Janeiro, onde há um alto crescimento populacional sem ter tido desenvolvimento urbanístico planejado. Como consequência dessa desordem, encontramos numerosas e indevidas aglomerações proporcionais à segregação social.

QUADRO 1 - Síntese das características sociais, ambientais e comportamentais dos pacientes entrevistados no INI-FIOCRUZ

CARACTERÍSTICAS		LEISHMANIOSE	ESPOROTRICOSE
COMPORTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO		Endêmico	Epidêmico
CARACTERÍSTICAS SOCIECONÔMICAS E AMBIENTAIS	Área geográfica dos entrevistados	(10%) Metropolitana, (80%) Perimetropolitana (10%) Rural	(95%) Metropolitana (5%) Rural
	Idade/média (anos)	45	39
	Gênero		
	Masculino	80%	30%
	Feminino	20%	70%
	Condições de moradia	A maioria (85%) vive em condições de moradia inadequada com precariedade no esgotamento sanitário, na regularidade do abastecimento de água, hábito de despejo do lixo doméstico nas calçadas, ruas onde o calçamento é incompleto sem rede pluvial e calçadas.	Uma parte importante (55%) vive em condições de moradia inadequada com precariedade no esgotamento sanitário, na regularidade do abastecimento de água, hábito de despejo do lixo doméstico nas calçadas, ruas onde o calçamento é incompleto sem rede pluvial e calçadas.
Situação econômica	Precária	Um pouco melhor	
Escolaridade			
Analfabeto	20%	10%	
1 a 3 anos	22%	15%	
4 a 7 anos	35%	35%	
≥ 8 anos	23%	40%	
PRIMEIRA ASSOCIAÇÃO ETIOLÓGICA		<ol style="list-style-type: none"> 1. A maioria (70%) relacionou com uma doença infecciosa inespecífica. Uma parcela pequena pensou em LTA. 2. Na ordem de 15% acreditou ser de origem alérgica secundária a uma picada de inseto. 3. Uns 15% associou a doenças graves como Câncer. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. A maioria (85%) relacionou com uma doença Infecciosa. Uma parcela como visto acima já relacionou com Esporotricose. 2. Uma parcela (10%) acreditou ser de origem alérgica ou imune. 3. Menos de 5% pensaram em doença grave.

PERCEPÇÃO DE RISCO		<ol style="list-style-type: none"> 1. A maioria não identificou algum tipo de risco específico para a transmissão da Leishmaniose. 2. Comentaram que estão expostos a muitos riscos para doenças inespecíficas pelas condições do meio ambiente. Relatam grande infestação por flebotomíneos (ou mosquitos como sempre é relatado), mas não fizeram associação com Leishmaniose. 3. Uma parcela pequena identificou algum tipo de risco para Leishmaniose. 4. Em geral o grau de percepção de risco para Leishmaniose foi extremadamente baixo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. A maioria não identificou algum tipo de risco específico para a transmissão da Esporotricose. 2. Uma proporção menor identificou algum tipo de risco. 3. Em geral o grau de percepção de risco de Esporotricose foi baixo.
FORMA DE TRANSMISSÃO PENSADA		<ol style="list-style-type: none"> 1. 30% acreditaram ser por médio de um vetor biológico: sifonápteros (pulga), flebotomíneos ou mosquitos. 2. 50% atribuíram à contaminação ambiental com áreas de lixo e água contaminada. 3. 20% não se manifestaram. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 40% Associaram com a presença de gatos no ambiente domiciliar 2. 45% atribuíram às condições de moradia inadequada com precariedade no esgotamento sanitário, na regularidade do abastecimento de água e presença de lixo no ambiente. 3. 15% Não se manifestaram.
FORMA DE TRANSMISSÃO PENSADA		70% se automedicaram utilizando pomadas, unguentos ou alguma medicação tópica. Aproximadamente 20% utilizaram algum antibiótico ou anti-inflamatório.	50% se automedicaram com medicações tópicas. Aproximadamente 20% utilizaram algum antibiótico ou antialérgico.
SERVIÇOS DE SAÚDE NA LOCALIDADE	Acesso a serviços de saúde local	Acesso limitado ao posto de saúde municipal seja pela distância ou precariedade de transporte urbano.	Existência de um posto de saúde municipal dentro da comunidade. Proximidade de postos de saúde municipal ou linha de transporte urbano.
	Diagnóstico e informações sobre a doença	Na maioria dos casos os profissionais de saúde da área geográfica onde eles moram não conhecem a doença. É possível que eles conheçam em teoria. Muitos destes profissionais erram no diagnóstico e fazem um tratamento inadequado, baseado em suposições empíricas sem alguma confirmação laboratorial.	Uma proporção importante manifestou que os profissionais desconhecem a doença. Os profissionais que cogitam a Esporotricose e encaminham não oferecem uma explicação adequada ao paciente.
	Grau de insatisfação com o profissional de saúde	Elevado: Muitas das explicações são confusas, demora no diagnóstico, erro diagnóstico.	Moderado: Pouca informação da doença nos meios de comunicação.
PROCURA NA INTERNET		Após um período de insucesso uma parcela pequena procura informação na internet (20%)	Um 60% procura informações na internet para encontrar algo parecido a seu adoecimento ou complementar as informações dadas pelo profissional de saúde.
CONVÍVIO COM ANIMAIS		<ol style="list-style-type: none"> 1. Presença de cachorros no ambiente domiciliar e peridomiciliar. 2. Poucos gatos no ambiente domiciliar e peridomiciliar. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presença de gatos e cachorros no ambiente domiciliar e peridomiciliar
IDÉIA DE CURA		<ol style="list-style-type: none"> 1. A maioria acredita e associa a cura com o desaparecimento da lesão cutânea. 2. Uma minoria acha que a doença não cura. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quase todos acreditam e associam a cura com o desaparecimento da lesão cutânea. 2. Só um caso associou a não cura.

Quanto ao perfil sociodemográfico dos entrevistados com LTA, o provedor e chefe da família foi o homem nas sete famílias com LTA e o número de pessoas que residiam na casa foi de duas a quatro pessoas. A maioria dos entrevistados reside ou já residiu em áreas periféricas da região metropolitana do Rio de Janeiro onde é baixa a condição socioeconômica, estando a moradia e o grau de instrução relacionados ao poder aquisitivo da família. Somam-se a esta condição as áreas de maior risco de infecção onde residem os pacientes com LTA; áreas com matagal (Mata Atlântica nativa), criação de animais, plantação, saneamento não adequados e com proliferação de flebotomídeos.² Apesar do baixo nível socioeconômico, a maioria dos entrevistados tem acesso à internet. A idade predominante foi acima dos 50 anos e estes tinham menor interesse em buscar conhecimento.

Quanto ao perfil sociodemográfico dos entrevistados com Esporotricose, na maioria das famílias, o provedor foi o homem, seguido pelo casal, em algumas, somente a mulher e por último a família toda. O número de pessoas que residem na casa foi na maioria de quatro pessoas. Não foi observada, entre os entrevistados, relação ocupacional com a doença. Entretanto, os casos de Esporotricose ocorreram, na maioria, em mulheres que tinham algum tipo de atividade doméstica ou contato com animais (gatos). A idade predominante situou-se entre os 20 e 59 anos, fato que corrobora alguns trabalhos, como o de Barros *et al.* (2010) e Silva *et al.* (2012).

10. Apresentação dos resultados e discussão

10.1. Desconhecimento da doença e insatisfação

[...] Não voltei lá [no Posto de Saúde] porque não ia resolver nada, os médicos só receitavam remédio e mais nada... Fiz a biópsia que constatou leishmaniose. Não sei o que é e nem sabia que existia [...]. (Entrevistado 3 - LTA)

[...] Pra ser sincero achei que era uma verruga e comecei a apertar aí abriu e ficou assim... O médico não sabia o que era... Fui a 3(médicos), meu machucado tava feio parecia uma flor! (Entrevistado 6 - LTA)

² A subfamília *Phlebotominae* pertence à família *Psychodidae* e está largamente distribuída nas regiões tropicais e subtropicais do globo. No Velho Mundo é representada pelos gêneros *Phlebotomus*, *Sergentomyia* e *Chinius* e no Novo Mundo são representadas pelos gêneros *Lutzomyia*, *Brumptomyia* e *Warileya*. Epidemiologicamente, destacam-se os gêneros *Phlebotomus* e *Lutzomyia*, responsáveis pela transmissão das leishmanioses, bartonelose e de várias arboviroses.

[...] Desta casa que pegamos os gatos tá tudo doente... Sobrou pra nós esta situação?! Tenho pra mim que foi uma pulga que mordeu [...]. (Entrevistado 2 - Esporotricose)

[...] Nós viemos por conta própria pra cá (INI/Fiocruz) ... Nem sabia o que era... Lá (posto de saúde) ninguém sabe... É uma praga do Egito [...]. (Entrevistado 3 - Esporotricose)

[...] Procurei uma amiga que disse que conhecia uma infecto que me atendeu e disse que era esporotricose e me mandou pra cá (INI/Fiocruz). Nunca ouvi falar dessa doença nem sabia o que era, na verdade ninguém sabe, perdi um tempão tratando como erisipela e alergia [...]. (Entrevistado 4 - Esporotricose)

[...] Primeiro achei que era mosquito... a filha achou que era íngua. O gato tava cheio de machucado... Fui limpar o quintal e achei que foi uma mosca... Achava que era do cachorro... Tinha muito cachorro [...]. (Entrevistado 14 - Esporotricose)

[...] Começou com uma ferida na perna, fui coçar e abriu uma feridona maior com uma íngua, fui no posto que passou benzetacil e piorou... No UPA o enfermeiro fez 18 curativo e não melhorou... Falo pros meus amigos que é bala, eu suspeitei dessa ferida por causa da próstata [...]. (Entrevistado 24 - Esporotricose)

Nestes trechos das entrevistas citados anteriormente, fica claro o desconhecimento em torno das doenças e que a falta do diagnóstico gera emoções como ansiedade, expectativa, desesperança e até mesmo raiva, alvejando o profissional que inicialmente atendeu o paciente.

10.2. A busca de informação por acesso à meio eletrônico (internet)

[...] Sei tudo sobre leishmaniose... Sei o que ela faz ... Dizem que é através do cão, a transmissão... O mosquito prefere as galinhas... Eu pesquisei! Botei uma luz no galinheiro e peguei muito mosquito da leishmaniose [...]. (Entrevistado 1 - LTA)

[...] Desconfio do que eu tenho porque olhei na internet... O veterinário falou que o gato tem esporotricose, que pega através da mordida e arranhão. Pensei que tava com conjuntivite; tenho medo de ficar com alguma sequela na vista [...]. (Entrevistado 1 - Esporotricose)

[...] Vi na internet que essa doença (Esporotricose) dá em quem tem problema de imunidade e fica com o corpo todo ferido... é pela imunidade né? Não pego mais bicho nenhum [...]. (Entrevistado 13 - Esporotricose)

[...] Vi na internet que ela é bem contagiosa, deforma a pessoa, come a orelha... A internet aumenta tudo, né? Vi cada coisa, fiquei apavorada... Me deu até mais medo, por isso eu vim logo[...]. (Entrevistado 8 - Esporotricose)

[...] Fiquei horrorizada quando vi a internet... fiquei desesperada, o problema é que a internet aumenta tudo e é tudo misturado, deixa agente meio confusa[...]. (Entrevistado 4 - Esporotricose)

[...] Não sei de onde vem, como vem e nem como é transmitida falta muita informação a internet não fala direito, não fala se é contagioso como prevenir e lidar com a doença, meu marido viu na internet que come o nariz e a boca é verdade? (Entrevistado 9 - Esporotricose)

Nestas entrevistas podemos notar o interesse e a busca do conhecimento da sua doença. Muito embora a grande parte dos entrevistados tivesse acesso à pesquisa em meio eletrônico (*internet*), esta, foi mais frequentemente observada nos pacientes mais jovens, neste caso, nos pacientes com Esporotricose, já que na LTA a média de idade dos entrevistados foi de 50 anos. Um dado complementar é que, mesmo sabendo o diagnóstico e tendo acesso à internet, alguns não buscaram informação por desinteresse, por não saber ler (analfabetos ou semianalfabetos) ou por falta de tempo. Muito embora a própria condição de vida não tenha lhe dado motivação suficiente para tal. Apesar da existência de informação, ela não atende aos questionamentos dos pacientes que permanecem com suas dúvidas e anseios, intimidados pela presença do profissional de saúde. É imperativo despertar o interesse da população oferecendo o que ela quer como informação e não somente o que julgamos como importante.

10.3. As crenças e cultura utilizadas como alternativas no tratamento das doenças

O desconhecimento pode levar à banalização da doença, à não percepção do seu risco e a automedicação. Por vezes, a cultura, as crenças do paciente, da família e do grupo social ao qual pertence o influenciam a utilizar ervas, plantas, rezas com benzedadeiras e recorrer a todo tipo de religião. Sob a perspectiva do paciente, algo divino trará a cura e o restabelecimento da sua saúde, entretanto, esta atitude faz com que haja demora quanto à procura do atendimento médico especializado e, muitas vezes, à piora do seu quadro clínico. Nos trechos a seguir podemos identificar o quanto estas crenças podem influenciar na evolução e tratamento da doença.

[...] Antes eu achava que era só um machucadinho... Passava pomada e tava abrindo mais... Ai eu vim pra cá (Fiocruz). Não sei o que é direito, não sei como é o tratamento, essa é a preocupação que tenho em mente... Não sei se vai dar certo [...]. (Entrevistado 5 - LTA)

[...] Não tô preocupada confio em Deus e faço a minha parte assim a bíblia diz... Onde eu moro envolta tudo é mato tem boi, muito porco, cavalo, cachorro, gato não tem esgoto não, não tem asfalto, não tem água é uma calamidade [...]. (Entrevistado 4 - LTA)

[...] Tô assim há 35 dias, não procurei atendimento porque achei que era besteira, graças a Deus tenho um sangue bom, não quero complicação no meu sangue [...]. (Entrevistado 11 - Esporotricose)

[...] Botei remédio por conta própria e meu patrão ainda cutucou... achou que era um furúnculo. Minha avó mandou botar pomada de iruxol, povidine tomei diclofenaco que meu patrão mandou... trabalho numa clínica de estética e com cirurgião plástico, ele nem sabe o que é, nem ouviu falar dessa doença, trabalho com o cabelo na frente do rosto para não aparecer... ainda mais que trabalho com estética, né? (Entrevistado 19 - Esporotricose)

[...] Vou ficar boa em nome de Jesus, mando até raspar isso tudo pra ficar boa... Tem um mês que fiquei assim ... não tinha ninguém pra vir comigo, tomei um anti-inflamatório, amoxicilina, sabe? Que um farmacêutico passou. Tomei 6 comprimidos ai melhorou um pouco... até vir aqui eu botei por minha conta álcool com cânfora, pomada de micose e não adiantou [...]. (Entrevistado 14 - Esporotricose)

[...] Tudo começou com um carocinho ao criou uma bola e foi alastrando... passei por um monte de médico e parei o tratamento para fazer trabalho espiritual. Achei que era coisa feita... Já tem 5 mês. Mandaram eu tomar chá de descarrego, banho de ervas e nada! Só fez piorar e aumentar mais ainda... O médico mandou tomar uns comprimidos e uma pomada, tomei uns 30, não sei o que era não... Deixei até de sair e de vender minhas ervas [...]. (Entrevistado 17 - Esporotricose)

10.4. A demora do diagnóstico e sua influência negativa no paciente quanto à percepção da sua doença

Um fato frequente é que o tempo arrastado até ao diagnóstico, o próprio desconhecimento por parte dos pacientes e dos profissionais de saúde e o agravamento das lesões, levam no imaginário do paciente a associação de doenças como o câncer e, às vezes, a autculpabilização por terem tal doença. Diante da evolução arrastada da

doença, surgem sentimentos como o medo, a baixa da autoestima, a depressão, a falta de credibilidade e o isolamento, que podem influenciar negativamente o autocontrole da doença e a adesão ao tratamento. Nos trechos a seguir observamos o quanto estes aspectos podem influenciar a vida dos pacientes.

[...] Eu era pobre e hoje sou suboficial da aeronáutica! Ralei muito desde os 7 aos 18 anos, carregava muita lenha, desmatava a mata... Acho que foi daí que foi a picada de mosquito. Não tenho noção nenhuma da doença... Achava o tempo todo que tava com câncer... Fiquei muito agressivo com meu filho e muito deprimido porque ele não me apoiou... Deixei de sair para não incomodar ninguém [...]. (Entrevistado 2 - LTA)

[...] De início fiquei muito preocupado de tá com um câncer na garganta..., só pode ser isso, não fumava, não bebia... Pensei: vou procurar um médico até chegar uma hora que vão descobrir o que é isto [...]. (Entrevistado 7 - LTA)

[...] Tô com muito medo de morrer, não sei o que é; não sei como pega; não sei o que posso comer; fui bem atendido, mas não sei nada... Já vi raiva de cão, mas de gato?! Antes eu tomava antártica de litrão, vivia na rua, agora... Mal como alguma coisa [...]. (Entrevistado 5 - Esporotricose)

[...] Uma semana depois fiquei com dor de cabeça e o olho vermelho... falei pro meu marido: vamos tacar água de praia! ai piorou tudo mesmo! O corpo começou a doer, apareceu uns caroços... pensei comigo: isso não é bom! ... Ninguém tem informação... lá pra cima (Bairro Campo Grande) não tem nada... a família abandonou agente (ela e o marido) principalmente porque meu olho tá vermelho, até no hospital o pessoal ta com medo... tá todo mundo desconfiado [...]. (Entrevistado 2 - Esporotricose)

[...] Não falei pra ninguém da minha doença tô isolada e deprimida... Tenho medo da sequela que vou ficar. Em casa não tive relação com meu marido esse tempo todo, mandei ele usar camisinha porque achei que fosse contagioso [...]. (Entrevistado 6 - Esporotricose).

[...] Tô arrasada (choro intenso). Não fui no aniversário do meu neto, meu genro não deixou eu ir, nem na páscoa. Tô muito triste, deprimida, chateada, sempre fui forte e trabalhadora. Tô com muito medo dessa doença. Minha neta tem 2 anos, o pai dela é militar e não me deixa ver a menina até eu ficar curada, tem mais de 1 mês que não vejo [...]. (Entrevistado 8 - Esporotricose)

10.5. O estigma das lesões da pele e mucosas com exclusão familiar e social

Na Esporotricose e na Leishmaniose, o acometimento frequente da pele com ulcerações granulosas, nódulos e gomas pustulosas determinou a mudança da rotina de vida de muitos dos pacientes entrevistados além de um forte impacto social. Alguns se isolaram socialmente, sentiram-se segregados e discriminados por terem suas lesões visíveis. Fatos que os levaram, até mesmo, a mudar o tipo de vestuário por vergonha de suas lesões que despertavam curiosidade e medo nas pessoas com as quais tinham contato. Também deixaram de frequentar o trabalho, a igreja e a escola para não chamar a atenção e por receio de passar a doença para os outros. Abaixo expomos alguns trechos onde notamos o quanto a doença pode influenciar e impactar socialmente a vida dos pacientes.

[...] Vi na televisão que uma atriz morreu com essa doença... Chorei muito tipo uma depressão, meu subconsciente... Achei que todo mundo olhava pra mim com aquela doença [...]. (Entrevistado 6 - Esporotricose)

[...] Me sinto envergonhada por ter uma doença transmitida pelo gato. Como que eu ia falar pro médico? Meu gato era tão bem cuidado! (Entrevistado 9 - Esporotricose)

[...] É ridículo a pessoa ficar assim com esse problema... Já pensou depois de velha ficar assim?! (Entrevistado 18 - Esporotricose)

[...] Vou para igreja com esse braço e as pessoas ficam perguntando o que é... eu falo: “ah, foi um bicho que mordeu!” Eu me acabei... tenho vergonha vendo esse negócio no braço... não sei o que é isso? (Entrevistado 24 - Esporotricose)

[...] Sinto muita dor... quero ir pra igreja e fazer meus trabalhos e não posso. Uma vez tava na igreja, senti a boca torta e passei mal. Aí botei um remédio na boca... não foi doença não, moça...tenho pra mim que foi outra coisa... (praga, encosto) ...vou falar com o pastor [...]. (Entrevistado 24 - Esporotricose)

[...] A esporotricose é um fungo né... Pôxa pegou logo em mim?! (choro intenso) tô pedindo a Deus que não seja, vi como meu gato ficou e não quero ficar igual a ele [...]. (Entrevistado 10 - Esporotricose)

[...] Só trabalho de manga cumprida e atadura pra ninguém ver ... Tenho vergonha desses caroços... Meus amigos nem sabem que tô com isso... Tenho medo de ser contagioso [...]. (Entrevistado 04 - Esporotricose)

Podemos observar que entre os entrevistados não houve a percepção do risco da transmissão das doenças sob estudo.

Quando se fala em fator de risco temos por definição uma probabilidade de uma consequência adversa ou um fator que aumenta esta probabilidade (WHO, 2002). Para Castiel (1999), risco é uma palavra com múltiplos significados quando nela é incorporada a forma de viver das pessoas com sua rotina de vida, suas relações familiares, sociais e suas expectativas. A multiplicidade de fatores de risco dificulta a distinção saúde/doença e favorece as incertezas e aflições dos envolvidos. Para o autor, algumas pessoas adotam atitudes como “estilos de risco” para enfrentar o mundo. Enquanto para outros, a desigualdade social faz com criem adaptações para sobrevivência, criando desta forma um “estilo de vida” (Nunes, 2006, 2009).

Godim (2008) cita uma distinção bem apropriada entre ameaça à saúde e risco à saúde: a primeira pode ser um objeto ou um conjunto de circunstâncias que geram agravo à saúde de um indivíduo, e o risco estaria associado à probabilidade de uma ameaça gerar dano a este indivíduo. Para mensurar o grau de intensidade de exposição de uma população, a autora sugere a avaliação isolada dos casos para que se possa entender a real relação entre um ou mais fatores de risco.

O conceito de risco na saúde vem ao longo dos anos agregando a descrição de “vulnerabilidade”, em relação aos condicionantes sociais das populações especiais que tendem a aumentá-lo. Uma vulnerabilidade social que estaria associada a uma forma de vulnerabilidade ambiental, relacionada às condições geográficas (Santos e Meneses, 2010). Diversos dados são utilizados nas atividades de controle destas doenças, tais como distribuição espacial, características demográficas (sexo, idade) e apresentação clínica, entre outras. Diferentes modelos de controle têm sido considerados e muitas estratégias têm sido questionadas e modificadas. Entretanto, se sabe que os problemas de controle de doenças infecciosas endêmicas devem ser considerados com suas respectivas particularidades sociais (sociodemográficas, situação socioeconômica, nível de educação), culturais (tradições, crenças religiosas), geográficas (acesso a serviços e profissionais de saúde) e políticas (infraestrutura administrativa, instalações adequadas nos serviços de saúde, orçamento). Permanentemente se têm negligenciado as ideias, os conceitos das populações atingidas e, talvez, estes sejam os responsáveis dos fracassos de muitas das propostas.

No entanto, há uma lacuna em relação à expectativa de percebermos algo que não vemos, palpamos ou mensuramos (Godim, 2008). Isto implica em maior complexidade para determinar a resposta à exposição bem como o seu controle. Ressaltamos que tanto a Leishmaniose quanto a Esporotricose foram, para a maioria dos entrevistados, doenças nunca antes vistas, ouvidas ou vivenciadas. Alguns entrevistados construíram simbolismos e representações que respondessem aos seus questionamentos quanto às lesões, à doença e ao próprio conceito de saúde.

A questão central deste trabalho foi entender como, a partir dos elementos idiossincráticos, os indivíduos tentam explicar o adoecimento, as possíveis formas de transmissão, os riscos e o prognóstico destas doenças em questão.

Em relação ao conhecimento prévio sobre a doença e à percepção dos riscos, a população com LTA entrevistada mostra um grau extremamente baixo de conhecimento da doença e todos os fatores relacionados à sua transmissão. No grupo com Esporotricose a situação é um pouco melhor – uma parcela, embora pequena, escutou falar ou tem uma pequena noção da forma de transmissão e do papel do gato no ambiente familiar. Chama a nossa atenção que muitas das condições sociais e ambientais existentes nas regiões e relatadas indiretamente pelo entrevistado, não foram consideradas como riscos.

Observa-se, a partir dos resultados expostos, que é uma situação comum aos sujeitos afetados carecerem de informações adequadas sobre ambas as doenças.

O conhecimento destas doenças compreende várias dimensões que envolvem relações sociais, emocionais, afetivas, biológicas, sociais, históricas e culturais dos indivíduos e grupos populacionais (Minayo, 1991; Buss, 2000). O conhecimento tem que fazer parte da rotina de vida do indivíduo e deve englobar todos os fatores que influenciam a vida e o modo de viver para que haja mudanças de comportamento. Castiel (1999) enfatiza ainda ser necessário que as informações e medidas tenham significado e importância na vida das pessoas às quais se destinam para que sejam eficazes. Em alguns trechos das entrevistas é possível identificar que o paciente busca alternativas para o restabelecimento da sua saúde e em alguns casos, o médico ou o profissional de saúde que o atendeu é o alvo de sua insatisfação ou sofrimento. Em outras situações, falta interação dialogal do paciente com o médico, talvez pela posição hierárquica deste último. Groisman cita: “É preciso deslocar o olhar e reconhecer a existência integral do outro” (2007: 6). Este mesmo autor acrescenta ainda: “o diagnóstico não é apenas um evento técnico, mas também um evento de linguagem, de

decodificação, de pluralidade de interpretações e interpretadores vivenciadas e experimentadas pelos interlocutores” (*ibidem*: 14, 15).

Simbolicamente, a doença remete ao desajuste e perda da harmonia do indivíduo (Santos, 2000). A doença, muitas vezes, fragiliza o paciente e modifica a forma de como este se vê, a relação com as pessoas de seu convívio e com o mundo de forma geral. Ao perceber a sua doença, o indivíduo é capaz de desenvolver reações emocionais de defesa, inicialmente de recusa, agressividade, medo e posteriormente de aceitação, não necessariamente nesta ordem. Para Rodrigues e Caroso (1998) a identidade social do doente é influenciada à medida que os limites do seu corpo são testados pela doença.

Neste trabalho, notamos que a demora do diagnóstico e o medo do desconhecido levaram alguns entrevistados a associar suas enfermidades com doenças graves como o câncer, fato vivenciado no trabalho de Riquinho e Gerhardt (2010). No imaginário do paciente, o câncer está relacionado à dificuldade de tratamento, à dúvida quanto à cura e conseqüentemente à morte. Muitas vezes, estas emoções refletem as aflições, anseios e os medos da vida cotidiana (Helman, 2003).

Nos entrevistados com LTA e Esporotricose, foi observado um forte impacto social no indivíduo afetado e na sua família; seja pela demora conclusiva do diagnóstico, seja pelo aspecto desagradável e estigmático das lesões, tanto na fase ativa quanto na fase cicatricial ou pela incapacidade laborativa. Angústia, medo, rejeição, desconhecimento, preocupação com o provimento familiar, falta de credibilidade, minimização da gravidade da doença, fé em suas crenças para a cura e em alguns casos culpa, foram sentimentos comumente observados.

O impacto causado pela doença também está associado às condições materiais de vida. Estas condições materiais são definidas como estabilidade financeira, capacidade laboral, produtividade, moradia, saneamento e a qualidade do meio ambiente (Possas, 1989). Entretanto, as circunstâncias que estão ligadas ao imaterial são capazes de determinar adequações às condições de vida e ao seu enfrentamento (Gerhardt, 2007). Adam e Herzlich (2000) esclarecem que os indivíduos concebem conceitos para ilustrar fenômenos orgânicos, assim como outros se amparam no imaginário coletivo e nas suas experiências individuais e/ou coletivas para construir e criar representações para saúde e a doença.

As crenças acerca da saúde e da doença e as representações da saúde e da doença influenciam o modo como as pessoas percebem a sua doença. Diante disto, criam-se

capacidades e comportamentos para o enfrentamento da doença que podem gerar motivação suficiente ou não para a aquisição de novos conhecimentos (*ibidem*).

Em relação ao conhecimento prévio sobre a doença e à percepção dos riscos, a população com LTA entrevistada mostrou um grau extremamente baixo de conhecimento da doença e todos os fatores relacionados à sua transmissão. No grupo com Esporotricose a situação é um pouco melhor, uma parcela, embora pequena, escutou falar ou tem uma pequena noção da forma de transmissão e do papel do gato no ambiente familiar. Chama nossa atenção que muitas das condições sociais e ambientais existentes nas regiões e relatadas indiretamente pelo entrevistado, não foram consideradas como riscos.

Quanto às variáveis sociodemográficas, podemos constatar que nas áreas mais periféricas da região metropolitana do Rio de Janeiro o nível socioeconômico é menor, estando a moradia e o grau de instrução relacionados ao poder aquisitivo da família. Apesar do baixo nível socioeconômico, a maioria dos entrevistados com LTA tem acesso à internet, entretanto, a idade predominante foi acima dos 50 anos e estes tinham menos interesse e motivação para buscar conhecimento. A própria condição de vida, a incapacidade de produção enquanto doente e, em alguns casos, o analfabetismo, também contribuiu para esta desmotivação.

Já nos entrevistados com Esporotricose, o grau de instrução foi um pouco melhor quando comparado aos pacientes com LTA, havendo também a participação de outros familiares no mercado de trabalho com complementação da renda total. A maioria tem acesso à internet, sendo grande parte dos entrevistados jovens, estudantes, mais curiosos e que buscaram algum tipo de informação.

Não foi observada, entre os entrevistados, relação ocupacional com a doença. Muito embora os casos de Esporotricose tenham incidido na maioria em mulheres com atividade doméstica, jovens estudantes e que cuidavam de gatos. Entretanto, em alguns casos, foi possível notar nas entrevistas que a criação de grande quantidade de animais estava associada a algum tipo de instabilidade emocional e compensação sentimental.

Os entrevistados com Esporotricose demonstraram muita preocupação com os seus animais. Nos gatos é comum o acometimento sistêmico e, por isso, a doença é mais grave. O tratamento é mais difícil e dispendioso para os donos dos animais que e conseqüentemente estes animais são abandonados ou falecem. Infelizmente, a impossibilidade de custear o tratamento por parte dos pacientes diagnosticados em

outros serviços faz com que o INI/Fiocruz ainda seja referência no atendimento à doença (Barros *et al.*, 2010).

Um fato comum às duas doenças como a Esporotricose e a Leishmaniose é que os donos dos animais infectados por desconhecimento, falta de orientação e por temor da contaminação, muitas vezes, abandonam os animais longe do domicílio, envenenam e os colocam em lixeiras públicas ou os enterram no quintal de casa, sem saber que esta medida colabora ainda mais para a disseminação destas doenças.

Após a segunda fase das entrevistas, mesmo relatando terem sido bem atendidos, alguns pacientes não sabiam repetir o nome, ou foram capazes de explicar a sua doença. Porém, mostraram-se aptos a orientar outras pessoas com feridas semelhantes e/ou com animais doentes a procurar atendimento especializado. Quanto mais o paciente é orientado maior será a difusão de informação dentro da sua comunidade e maior a contribuição para o controle das epidemias.

Foi observado que os entrevistados não perceberam o fator socioambiental como risco de transmissão da LTA e da Esporotricose. Em ambos os grupos, o tipo de vida, as condições socioeconômicas e o ambiente em que vivem representam fator de risco e os expõem a estas enfermidades, além de contribuírem tanto para a presença como para a permanência destas doenças. Fato compreensível à medida que estas pessoas ou grupos não vivenciaram esta experiência para esta que seja inserida dentro de seu contexto de vida e assim, percebida como risco.

Existe um entrave quanto à incorporação do processo saúde-doença às representações sociais do cotidiano das populações afetadas. Para Silva (2001), os programas de controle das endemias no Brasil não são resolutivos e se confrontam com problemas socioeconômicos.

O impacto social dessas doenças na vida dos indivíduos e o alto custo dos tratamentos e de assistência poderiam ser minimizados a partir de estratégias simples como a participação ativa e responsabilização da população que se destina. Segundo Dias (1998), a comunidade é omissa quanto à cobrança dos seus direitos e deveres que atendam as suas necessidades como saúde, educação, saneamento e moradia. Este desinteresse acarreta um grande prejuízo social, tanto individual quanto coletivo. É de suma importância buscar o entendimento de como as exposições aos riscos interferem na rotina de vida das pessoas e qual o papel a ser desempenhado pelas instituições sociais na conformação destes riscos (Castiel, 1999; Nunes, 2006, 2009).

Dentro desta conjuntura, buscam medidas de controle e ações de educação em saúde que sejam eficazes. Medidas estas que vão além da informação pura e simples. (Câmara *et al.*, 2012). Quando se fala de comunicação de risco, antes de qualquer medida, deve-se responder aos questionamentos sobre o tempo de comunicação do risco, como dialogar e com quem, a quem se destina esta comunicação e o que comunicar. Esta atitude visa a conexão dos agentes comunitários com a comunidade, além de facilitar a relação com esta população (Godim, 2008).

É preciso repensar a significação dos conceitos que envolvem o processo saúde-doença. Muito do que é transmitido não condiz com a realidade do paciente ou não responde as suas dúvidas, desmotivando a busca de novos conhecimentos (Câmara *et al.*, 2012). As medidas e as ações para educação e promoção da saúde devem estar dentro do contexto e da realidade social do paciente; com participação ativa, efetiva e consciente da comunidade à qual pertence e com desenvolvimento do senso de responsabilidade da saúde individual e coletiva, para que haja melhor qualidade de vida e do ambiente (Nunes, 2006, 2009).

Considerações finais

A inclusão social é um dos grandes desafios do Brasil que, por razões históricas, acumulou enorme conjunto de desigualdades sociais no tocante à distribuição da riqueza, da terra do acesso aos bens materiais e culturais e da apropriação dos conhecimentos científicos e tecnológicos. Um dos aspectos da inclusão social é possibilitar que cada cidadão tenha a oportunidade de adquirir conhecimento básico sobre a ciência e seu funcionamento que lhe dê condições de entender o seu entorno, de ampliar suas oportunidades no mercado de trabalho e de atuar politicamente com conhecimento de causa. Para a educação de qualquer cidadão no mundo contemporâneo, é fundamental que se tenha noção quanto à ciência e tecnologia de seus principais resultados, métodos e usos e também dos próprios riscos e limitações. Além ainda, de seus interesses e determinações (econômicas, políticas, militares, culturais, etc.) que presidem aos seus processos e aplicações. Falar de inclusão social no domínio da difusão ampla dos conhecimentos científicos e tecnológicos e de suas aplicações compreende, portanto, atingir não só as populações pobres, mas também a população excluídas no que se refere a um conhecimento científico e tecnológico básico (Moreira, 2006).

Conquistamos um espaço no campo da educação não formal, como uma filosofia sobre o processo de construção do conhecimento, além de promovermos uma reflexão sobre o papel da educação na nossa sociedade. Consideramos a educação em saúde como um esforço conjunto, para, em colaboração com os diversos atores sociais (pacientes e seus familiares/amigos), os trabalhadores de saúde, construir um conhecimento que os capacite para uma cidadania ativa e para a participação na sociedade. Temos a certeza de que alcançaremos nossos objetivos, pois nossa responsabilidade social está ancorada na construção de um cotidiano permeado pela humanização, permitindo aos atores sociais envolvidos trocar e construir conhecimentos, elaborando conceitos, redefinindo ou anulando normas, construindo outras possibilidades de fazer o processo educativo. A produção de conhecimento científico e informações sobre a percepção de risco de transmissão de LTA e Esporotricose, gerada a partir das entrevistas realizadas com estes pacientes, contribuirá para a elaboração de alternativas dinâmicas de aprendizagem para os pacientes acometidos por essas doenças através de ações de educação em saúde.

O diálogo com a sociedade ou grupo no qual este paciente está inserido deve ser incentivado para que se conheça o modo de viver destas pessoas e para que se construa um programa de saúde realmente efetivo.

Ações de educação em saúde têm que estar integradas com o tratamento dos animais (Esporotricose), o controle dos vetores (LTA), as melhorias das condições de vida (saneamento básico, melhorias do meio ambiente) para o controle da doença. O desconhecimento sobre a doença e os cuidados necessários para evitar a transmissão contribuem para a manutenção e a dispersão destas doenças ao longo destes anos. Devemos estar preparados para enfrentar estas doenças, considerando outras abordagens, e estar conscientes de que novos padrões epidemiológicos aparecem no cenário. Esta pesquisa pretende contribuir para o desenvolvimento de novas ferramentas de análise social na determinação das doenças, que possam ser aplicadas no INI e em outras instituições de pesquisa em doenças infecciosas e, ainda, estimular propostas inovadoras e ações educativas efetivas e duradouras para o enfrentamento de importantes doenças infecciosas relacionadas com a pobreza, como as Leishmanioses e a Esporotricose, cuja permanência está estreitamente associada a condições socioeconômicas.

O direito à saúde passa por questões ligadas ao âmbito biomédico e às instituições vinculadas às políticas públicas de saúde. Isto implica em vulnerabilidade dos menos

assistidos e que sofrem com a desigualdade social. Doenças que afetam populações em larga escala tendem a ser mais bem aceitas e com ações mais eficazes do que as doenças que acometem pequenos grupos, como exemplo as doenças infecciosas, que muitas vezes levam à exclusão e à estigmatização, seja pelo preconceito da doença em si ou por suas lesões que causam deformidades e sequelas. As políticas públicas devem promover a saúde para além da intervenção sobre a doença. É preciso repensar, ampliar e transformar os saberes sobre a saúde e a doença que envolve fatores biológico, político-econômico, social, cultural e ambiental (Nunes, 2009).

Requerer o direito à saúde e a “nova cidadania” são atitudes que buscam revalorizar os princípios da comunidade, igualdade, solidariedade e autonomia. A liberdade, a emancipação social e a cidadania, em termos de desenvolvimento, configuram mecanismos relevantes para o progresso da esfera social e humana (Santos, 2007; Nunes, 2007; Corrêa e Bortoloti, 2008).

Devem-se exigir do Estado as prestações sociais e reivindicar uma cidadania social que acompanhe os caminhos da emancipação, representada pelos movimentos e organizações sociais que compõem a esfera pública de interesses coletivos (Santos, 2007; Nunes, 2007). Para isso, se faz necessário transformar o conformismo da população que vem aceitando o seu *status quo* ao longo dos anos por imposição de grupos dominantes sobre as instituições públicas brasileiras. Estimular uma consciência mais participativa e democrática com mobilizações e ações para melhorar o acesso aos serviços de saúde e à dignidade (Santos, 2007; Nunes, 2007; Corrêa e Bortoloti, 2008).

Agradecimentos

A oportunidade ímpar, o apoio, o incentivo, o alicerce e acolhida para a construção de uma nova frente de pesquisa junto aos novos e para sempre amigos João Arriscado Nunes, Claudia Teresa Vieira Teixeira, Sandro Javier Bedoya-Pacheco. A todos do NECES, por toda a atenção e o acolhimento recebido. Aos pacientes do INI, que me fizeram entender um outro lado da Medicina e da vida, contribuindo em muito para o desenvolvimento desta pesquisa.

Referências bibliográficas

Adam, Philippe; Herzlich, Claudine (2000), *Sociologia da doença e da medicina*. Bauru: Editora da Universidade do Sagrado Coração.

- Barata, Rita B. (2005), “Epidemiologia social”, *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(1),7-17.
- Barros, Mônica, B., L.; Schubach, Armando; O.; Galhardo, Maria, C. G.; Schubach, Tânia Maria P.; dos Reis, Rosani S.; Conceição, Maria J.; Francesconi Valle, Antônio C. (2003), “Sporotrichosis with Widespread Cutaneous Lesions: Report of 24 Cases Related to Transmission by Domestic Cats in Rio de Janeiro, Brazil”, *International Journal of Dermatology*, 42(9), 677–681.
- Barros, Mônica B. L.; Schubach, Armando; Francesconi-do-Valle, Antônio C.; Gutierrez-Galhardo, Maria C.; Conceição-Silva, Fátima; Schubach, Tania M. P.; dos Reis, Rosani S.; Wanke, Bodo; Marzochi, Mauro C. A.; Conceição, Maria J. (2004), “Cat-transmitted Sporotrichosis Epidemic in Rio de Janeiro, with Sporotrichosis in Rio de Janeiro”, *Acta Tropica*, 939(1), 41-47.
- Barros, Mônica B. L.; Schubach, Armando; Schubach, Tania M. P.; Wanke, Bodo; Lambert-Passos, Sônia R. (2008), “An Epidemic of Sporotrichosis in Rio de Janeiro, Brazil: Epidemiological Aspects of a Series of Cases”, *Epidemiology and Infection*, 136(9), 1192-1196.
- Barros Mônica B. L.; Schubach. Tania P.; Coll, Jesana O.; Gremião, Isabela D.; Wanke, Bodo; Schubach, Armando (2010), “Esporotricose: a evolução e os desafios de uma epidemia”, *Revista Panamericana de Salud Publica*, 27(6), 455-460.
- Bedoya-Pacheco, Sandro, J.; Araujo-Melo, Maria H.; Valete-Rosalino, Claudia M; Pimentel, Maria Inês F.; Conceição-Silva, Fátima; Schubach, Armando O.; Marzochi, Mauro C. A. (2011), “Endemic Tegumentary Leishmaniasis in Brazil: Correlation between Level of Endemicity and Number of Cases of Mucosal Disease”, *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 84(6), 901-905.
- Brasil, Ministério da Saúde, Guia de Vigilância Epidemiológica vol. I (2002). Consultado a 15.10.2014 em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/guia_vig_epi_vol_1.pdf. Brasília: Fundação Nacional de Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde, Portal da Saúde (2010), Consultado a 10.01.2013, em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm>.
- Brasil, Ministério da Saúde (2013), Boletim Epidemiológico n.º2/2013 – Leishmaniose Visceral – GDTVZ – SES/RJ. Agravos de Notificação/Sinan Net. Sinan Web. Consultado a 22.01.2014, em

<http://www.riocomsaude.rj.gov.br/Publico/MostrarArquivo.aspx?C=TFRCt39Q0Dw%3D>.

- Breilh, Jaime (2006), *Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Briceno-Leon, Roberto (1996), “Siete tesis sobre la educacion sanitária para la participación comunitaria”, *Cadernos de Saúde Pública*. 12, 7-30.
- Buss, Paulo M. (2000), “Promoção da saúde e qualidade de vida”, *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 163-177.
- Câmara, Ana Maria Chagas Sette; Melo, Vinícius Lins Costa; Gomes, Maria Gabriela Pimentel; Pena, Bruna Calado; Silva, Ana Paula da; Oliveira, Kênia Marice; de Moraes, Ana Paula de Sousa; Coelho, Gabriella Rodrigues; Victorino, Luciana Ribeiro (2012), “Percepção do processo saúde-doença: significados e valores da educação em saúde”, *Revista Brasileira de Educação Médica*, 36 (1, Supl. 1), 40-50.
- Campos, Claudinei, J. G.; Turato, Egberto, E. R. (2009), “Análise de conteúdo em pesquisa que utilizam metodologia clínica-qualitativa: aplicação e perspectivas”, *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 17(2).
- Caprara, Andréa, Franco; Anamélia, L. S. (1999), “A Relação paciente-médico para uma humanização da prática médica”, *Cadernos de. Saúde Pública*, 15(3), 647-654.
- Castiel, Luís David (1999), *A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Chapman, S. W.; Pappas, P.; Kauffmann, C.; Smith, E. B.; Dietze, R.; Tiraboschi-Foss N.; Restrepo, A.; Bustamante, A. B.; Opper, C.; Emady-Azar, S.; Bakshi, R. (2004), “Comparative Evaluation of the Efficacy and Safety of Two Doses of Terbinafine (500 and 1000 mg day) in the Treatment of Cutaneous or Lymphocutaneous Sporotrichosis”, *Mycoses*, 47(1-2), 62-68.
- Conias, Samantha; Wilson, Perry (1998), “Epidemic Cutaneous Sporotrichosis: Report of 16 Cases in Queensland Due to Mouldy Hay”, *Australasian Journal of Dermatology*, 39(1), 34-37.
- Convit, Jacinto; Pinardi, Maria E.; Rondon, Antonio J. (1972), “Diffuse Cutaneous Leishmaniasis: A Disease Due to an Immunological Defect of the Host”, *Transactions of Royal Society of Tropical Medicine Hygiene*, 66, 603-610.

- Coutinho, Sérgio G.; Pirmez, Claude; Mendonca, S. C. F.; Conceição-Silva, Fátima; Dorea, R. C. C. (1987), "Pathogenesis and immunopathology of leishmaniasis", *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, 82, 214-228.
- Corrêa, Darcísio; Bortoloti, José Carlos Kramaer (2008), "O desenvolvimento e as perspectivas da cidadania no Brasil", *Direito em debate*, ano XVII, 29, jan-jun, 147-170.
- Cuervo, Patricia; Cupolillo, Elisa; Nehme, Nedra; Hernandez, Vivian; Saravia, Nancy; Fernandes, Octavio (2004), "*Leishmania (Viannia)*: Genetic Analysis of Cutaneous and Mucosal Strains Isolated from the Same Patient", *Experimental Parasitology*, 108, 59-66.
- Czeresnia, Dina (2003), "The Concept of Health and the Difference between Promotion and Prevention" in Dina Czeresnia; Carlos Machado Freitas (orgs.), *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 39-53.
- Desjeux, P. (2001), "The Increase in Risk Factors for the Leishmaniasis Worldwide", *Transactions of Royal Society of Tropical Medicine Hygiene*, 95, 239-243.
- Desjeux, P. (2004), "Leishmaniasis: Current Situation and New Perspectives", *Immunology Microbiology Infectious Diseases*, 27; 305-318.
- Dias, João C. P. (1998), "Problemas e possibilidades de participação comunitária no controle das grandes endemias no Brasil", *Cadernos de Saúde Pública*, 14(Supl. 2), 19-37.
- Dias Júnior, Neiva J. L.; Dias, Geysa A. R.; Maciel, Juliana P.; Santos, Milena S. (2011), "Educação em saúde para paciente com leishmaniose cutâneo-mucosa: um relato de caso. Educación para la salud de los pacientes con leishmaniasis mucocutánea: relato de caso", *EFDeportes.com, Revista Digital*, Ano 15, nº 154, março de 2011. Consultado a 15.10.2014, em <http://www.efdeportes.com/efd154/paciente-com-leishmaniose-cutaneo-mucosa.htm>.
- Freitas, Dayvison F.; Siqueira, Hoagland B.; Valle, Antônio Carlos F.; Fraga, Beatriz B.; Barros, Mônica B.; Oliveira Schubach, A.; de Almeida-Paes, R.; Cuzzi, T.; Rosalino, C. M.; Zancopé-Oliveira, R. M.; Gutierrez-Galhadro M. C. (2012), "Sporotrichosis in HIV-infected patients: Report of 21 Cases of Endemic Sporotrichosis in Rio de Janeiro, Brazil", *Medical Mycology*, 50(2), 170-178.
- Gohn, M. G. (1999), *Educação não formal e cultura política*. São Paulo: Cortez.
- Gerhardt, Tatiana. E. (2007), "Itinerários terapêuticos e suas múltiplas dimensões: desafios para a prática da integralidade e do cuidado como valor", in Roseni

- Pinheiro; Rúben Araújo de Mattos (orgs.), *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: UERJ, CEPESC: ABRASCO, 279-300.
- Gondim, Grácia Maria de Miranda (2008), “Do Conceito de Risco ao da Precaução: entre determinismos e incertezas”, in Angélica Ferreira Fonseca; Anamaria D’Andrea Corbo (orgs.), *O território e o processo saúde-doença*, Coleção Educação Profissional e Docência na Saúde: a formação e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde, 87-120.
- Groisman, Alberto (2007), “Interloquções e Interlocutores no Campo da Saúde: Considerações sobre Noções, Prescrições e Estatuto”, *Antropologia em primeira mão*, 93, 1-11.
- Helman, Cecil G. (2003), *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Artmed [4.^a ed.].
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), “Base de informações por setor censitário da área urbana dos distritos-sede, resultados do universo”. Região Sudeste – RJ. Rio de Janeiro.
- Kauffman, Carol, A. (1995), “Old and New Therapies for Sporotrichosis”, *Clinical of Infectal Diseases*, 21, 981-985.
- Kauffman, Carol A. (1999), “Sporotrichosis”, *Clinical of Infectal Diseaes*, 29(2), 231-236.
- Kawachi, Ichiro; Berkman, L. F. (2003), *Neighborhoods and health*. Oxford: Oxford University Press.
- Krieger, Nancy (2001), “A Glossary for Social Epidemiology”, *Journal of Epidemiology Community Health*, 55, 693-700.
- Kong, X; Xiao, T.; Lin, J.; Wang, Y.; Chen, H. D. (2006), “Relationships among Genotypes, Virulence and Clinical Forms”, *Clinical Microbiology Infectious Diseases Journal*, 12, 1077-1081.
- Lainson, Ralph (1983), “The American Leishmaniasis: Some Observations on their Ecology and Epidemiology”, *Transactions Royal Society Tropical Medicine Hygiene*, 77, 569-596.
- Llanos-Cuentas, Elmer; Arana, M.; Cuba, C. A. C.; Rosa, A. C.; Marsden, Philip D. (1985), “Leishmaniasis cutanea diseminada asociada a metastasis en mucosas, causada por *Leishmania braziliensis braziliensis*: fracaso en el hallazgo de parasitos circulantes”, *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 18, 271-272.

- Lynch, John; Smith, George D; Harper, Sam; Hillemeier, Marianne; Ross, Nancy; Kaplan, George A.; Wolfson, Michael C. (2004), “Is Income Inequality a Determinant of Population Health? Part 1. A Systematic Review”, *Milbank Quarterly*, 82(1), 5-99.
- Lima, Elias Lopes de (2007), “Do corpo ao espaço: contribuições da obra de Maurice Merleau-Ponty a análise geográfica”, *GEOgrafia*, 9(18), 65-84.
- Lopes-Bezerra, Leila M.; Schubach, Armando; Costa, Rosane C. (2006), “*Sporothrix schenckii* and sporotrichosis”, *Anais da Academia Brasileira de Ciências*, 78(2), 293-308.
- Lutz, Adolph; Splendore, Alfonso (1907), “Sobre uma micose observada em homens e ratos”, *Revista de Medicina*, 21, 433-450.
- Machado, Maria F. A. S.; Monteiro, Estela M. L. M.; Queiroz, Danielle T.; Vieira, Neiva F. C.; Barroso, Maria G. T. (2007), “Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual”, *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), 81-118.
- Malafaia, Guilherme (2009), “Co-infecção HIV/*Leishmania*: um sério problema de saúde pública”, *Revista de Saúde Pública*, 43(1), São Paulo.
- Marsden, Philip, D. (1986), “Mucosal Leishmaniasis (“espundia” Escomel, 1911)”, *Transactions of Royal Society of Tropical Medicine Hygiene*, 80(6), 859-876.
- Marsden, Philip D.; Jones, Tracey C. (1985), “Clinical manifestations, diagnosis and treatment of leishmaniasis”, in RS Bray, *Leishmaniasis*, London: Elsevier, 183-198.
- Marsden, Philip D.; Netto E. M.; Badaro, R.; Cuba, C. A.; Costa, J. L.; Barreto A. C. (1986), “Apparent cure of a difficult treatment problem in a patient with mucosal leishmaniasis”, *The American Journal of Tropical Medicine Hygiene*, 35(2), 449.
- Marzochi, Mauro C.; Marzochi, Keyla B. (1994), “Tegumentary and visceral leishmaniasis in Brazil: emerging antropozoonosis and possibilities for their control”, *Cadernos de Saúde Publica*, 10; 359-375.
- Menezes, Rachel, A. (2000), “Díficeis decisões. Uma abordagem antropológica da prática médica em CTP”. Dissertação de Mestrado em saúde coletiva, apresentada à Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil.
- Mendonça, Mitzi G.; Brito, Maria E.; Rodrigues, Eduardo H.; Bandeira, Valdir; Jardim, Márcio L.; Abath, Frederico G. (2004), “Persistence of *Leishmania* parasites in

- scars after clinical cure of American cutaneous leishmaniasis: is there a sterile cure?”, *Journal of Infectal Diseseses*, 189, 1018-1023.
- Minayo, Maria C. S. (1991), “Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido”, *Medicina Ribeirão Preto*, 24(2), 70-77.
- Moreira, João S. (1994), “Estudo da Laringite Leishmaniótica”, Tese de Mestrado apresentada ao Departamento de Cirurgia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Brasil.
- Moreira, Ildeu de Castro (2006), “A inclusão social e a popularização da ciência e tecnologia no Brasil”, *Inclusão Social*, 1(2), 11-16. Consultado a 28.09.2014, em <http://revista.ibict.br/inclusao/index.php/inclusao/issue/view/2/showToc>.
- Nogueira-Martins, Maria C. F.; Bogus, Cláudia M. (2004), “Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde”, *Saúde e Sociedade*, 13(3), 44-57.
- Novak, Joseph D. (2003), “The promise of new ideas and new technology for improving teaching and learning”, *Cell Biologic Education*, 2(2), 122-132.
- Nunes, João Arriscado (2006), “A pesquisa em saúde nas ciências sociais e humanas: tendências contemporâneas”, *Oficina do CES*, 253. Consultado a 20.02.2014, em <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/ficheiros/253.pdf>.
- Nunes, João Arriscado (2007), “Como pensar a sociedade de conhecimento?”, *Proposições*, 18(52), 29-40.
- Nunes, João Arriscado (2009), “Saúde, direito à saúde e justiça sanitária”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 87, 143-163.
- Oakes, Michael J.; Kaufman, Jay S. (2006), *Methods in Social Epidemiology*. San Francisco: Jossey-Bass Publications.
- Oliveira, Fátima C. S.; Valete-Rosalino, Cláudia M.; Schubach, Armando O.; Pacheco R. S. (2011), “kDNA minicircle signatures of *Leishmania (Viannia) braziliensis* in oral and nasal mucosa from mucosal leishmaniasis patients”, *Diagnostic Microbiology Infectious Diseaes*, 66, 361-365.
- OMS - Organização Mundial de Saúde (2007), “Report of the Fifth Consultative Meeting on Leishmania/HIV Coinfection”, Addis Ababa, Ethiopia, 20-22 de março. Ref: WHO/CDS/NTD/IDM/2007.5.
- Orlandi, Eni P. (1987), *A linguagem e seu funcionamento: as formas do discurso*. Campinas: Pontes Editores [3.^a ed.].

- Pereira, A. L. F. (2003), “As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde”, *Cadernos de Saúde Pública*, 19(5), 1-8.
- Pessoa, Samuel B.; Barretto, Mauro P. (1948), “Leishmaniose Tegumentar Americana. Ministério da Educação e Saúde”. Rio de Janeiro: Serviço de Documentação, 527 pp.
- Pearson, Richard D.; Sousa, Anatócio Q. (1996), “Clinical spectrum of Leishmaniasis”, *Clinical Infectious Diseases*, 22, 1-13.
- Polit, Denise F.; Hungler, Bernadete P.; Beck, Cheryl T. (2004), *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre: Artmed [5.^a ed.].
- Possas, Cristina (1989), *Epidemiologia e sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec.
- Reis, Ana Cristina P. (2004), “Barra do Corumbê, Paraty-RJ: leishmaniose e representações sociais”. Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública para obtenção do grau de Especialista, Rio de Janeiro, Brasil.
- Reis, Rosani S; Almeida-Paes, Rodrigo; Muniz, Mauro M.; Tavares, Patrícia M. S.; Monteiro, Paulo C. F.; Schubach, Tânia M. P.; Gutierrez-Galhardo, Maria C.; Zancopé-Oliveira, Maria R. (2009), “Molecular Characterisation of *Sporothrix Schenckii* Isolates from Humans and Cats Involved in the Sporotrichosis Epidemic in Rio de Janeiro, Brazil”, *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, 104(5), 769-774.
- Riquinho, Deise L.; Gerhardt, Tatiana E. (2010), “Doença e incapacidade: dimensões subjetivas e identidade social do trabalhador rural”, *Saúde e Sociedade*, 19(2).
- Rodrigues, N.; Caroso, C. A. (1998), “Idéia de “sofrimento” e representação cultural da doença na construção da pessoa”, in L. F. D. Duarte; O. F. Leal, (orgs.), *Doença, sofrimento, perturbações: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 137-149.
- Salomón, Oscar D; Quintana, Maria G.; Mastrángelo, Andrea V.; Fernandez Maria S. (2012), “Leishmaniasis and Climate Change-Case Study: Argentina”, *Journal of Tropical Medicine*, vol. 2012, article ID 601242, 11 pp.
- Santos, Boaventura de Sousa (2000), *A crítica da razão indolente: contra o desperdício de experiências*. Porto: Afrontamento.
- Santos, Boaventura de Sousa (2007), *Para um novo senso comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática. A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. São Paulo: Ed.Cortez [6.^a ed.].

- Santos, Boaventura de Sousa; Meneses, Maria Paula (2010), *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Ed. Cortez.
- Schenck, Benjamim R. (1898), “On refractory subcutaneous abscesses caused by a fungus possibly related to the sporotricha”, *Johns Hopkins Hospital Bulletin*, 93, 286-290.
- Schubach, Tania M. P. ; do Valle, Antônio C. F.; Galhardo, Maria C. G.; Monteiro, P. C. F.; Reis, Rosani S.; de Oliveira, R. M. Z.; Marzochi, Keyla B. F.; Schubach, Armando O. (2001), “Isolation of Sporotrix Schenckii from the Nails of Domestic Cats (Felis catus)”, *Medical Mycology*, 39, 147-149.
- Schubach, Tania M. P.; Schubach, Armando O.; Okamoto T.; Barros, Mônica B. L.; Figueiredo, F. B.; Cuzzi, Túlia; Monteiro, P. C. F.; Reis, Rosani S.; Perez, M. A.; Wanke, Bodo (2004), “Evaluation of an Epidemic of Sporotrichosis in Cats: 347 Cats (1998-2001)”, *Journal of the American Veterinary Medical Association*, 224, 1623-1629.
- Silva, Edilene M. (2001), “Representações sociais da leishmaniose tegumentar americana: um estudo etnográfico”. Tese de Mestrado em Saúde Pública apresentada ao NESC/CPqAM/FIOCRUZ, Recife, Brasil, 45 p.
- Silva, Mauro R. B.; Lopes, Regina L. M. (2004), “The American Tegumentary Leishmaniasis on the Perspective of who Lives it”, *Online Brazilian Journal of Nursing*, (OBJN-ISSN 1676-4285), 3(2). Consultado a 15.10.2014, em <http://www.nepae.uff.br/siteantigo/objn302silvalopes.htm>.
- Silva, M. B. T.; Costa, Mônica M. M.; Torres, Carla C. S.; Galhardo, Maria C. G.; Valle, Antonio C. F.; Magalhães, Mônica A. F. M.; Sabroza, Paulo C. O.; Rosely, M. (2012), “Esporotricose urbana: epidemia negligenciada no Rio de Janeiro, Brasil”, *Cadernos de Saúde Pública*, 28(10), 1867-1880.
- Souza, Claudia Teresa Vieira de (2011), “A construção da cidadania científica para a promoção da saúde: uma experiência de produção compartilhada de conhecimento”, *Oficina do CES*, 374. Consultado a 20.03.2014, em http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/ficheiros/4750_Oficina_do_CES_374.pdf.
- Souza, Claudia Teresa Vieira de; Barros, M. M. M.; Hora, E. L.; Lino, O. S.; Hora, D. L. (2012), “Espaços de conhecimento científico e cultural na promoção da saúde: ações para minimizar as iniquidades em saúde”, *Revista Tempus Acta de Saúde Coletiva*, 6(4), 187-200.

- WHO - World Health Organization (2002), “Reducing Risks Promoting Healthy Life”, The World Health Report Genebra. Consultado a 09.09.2013, em <http://www.who.int/whr/2002/en>.
- Tones, Keith (1994), “Health Promotion, Empowerment and Action Competence”, in B. B. Jensen; K. Schnack (orgs.), *Action and Action Competence as Key Concepts in Critical Pedagogy*. Didaktiske Studier”. Copenhaga: Royal Danish School of Educational Studies, 163-183.
- Turato, Egberto R. (2003), *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes.
- Veronesi, Ricardo; Focaccia, Roberto (2005), *Tratado de infectologia*. São Paulo: Editora Atheneu [3.^a ed.].