

Percepção do risco de transmissão de zoonoses em um Centro de Referência

Percepción del riesgo de transmisión de zoonosis en un Centro de Referencia

Perception risk of transmission of zoonoses in a Reference Center

Ana Cristina da Costa Martins | ana.martins@ini.fiocruz.br

Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Laboratório de Vigilância em Leishmanioses. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

João Arriscado Nunes | jan@ces.uc.pt

Universidade de Coimbra, Centro de Estudos Sociais, Núcleo de Estudos sobre Ciência, Economia e Sociedade. Coimbra, Portugal.

Sandro Javier Bedoya Paheco | sandro.bedoya@ini.fiocruz.br

Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Laboratório de Vigilância em Leishmanioses. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Claudia Teresa Vieira de Souza | clau@fiocruz.br

Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Laboratório de Pesquisa em Epidemiologia e Determinação Social da Saúde. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Resumo

Questões relacionadas às condições sociais, econômicas, culturais e ambientais têm contribuído para a expansão da leishmaniose e esporotricose. Pretendeu-se identificar a percepção de risco de transmissão dessas doenças e os fatores que influenciam no processo de adoecimento. Foram entrevistados 27 pacientes (sete com leishmaniose e vinte com esporotricose). A maioria não identificou algum tipo de risco específico de transmissão e nomeou como fator principal a contaminação ambiental. Ações de promoção de saúde devem estar integradas com outras abordagens que levem em conta a participação dos indivíduos, particularidades sociais, culturais, geográficas e políticas.

Palavras-chave: Leishmaniose Tegumentar Americana; Esporotricose; Percepção de risco; Promoção da saúde; Determinantes Sociais da Saúde.

Abstract

Issues related to social, economic, cultural and environmental conditions have contributed to the expansion of leishmaniasis and sporotrichosis. We attempted to identify the perception of risk of transmission of these diseases and the factors that influence the disease process. Twenty-seven patients (seven with leishmaniasis and 20 with sporotrichosis) were interviewed. The majority has not identified any specific type of risk of transmission and attributed as the main factor to environmental contamination. Actions of health promotion should be integrated with other approaches that take into account the participation of individuals, social, cultural, geographical and political features.

Keywords: American Cutaneous Leishmaniasis; Sporotrichosis; Risk perception; Health promotion; Social Determinants of Health.

Resumen

Preguntas relacionadas a las condiciones sociales, económicas, culturales y ambientales han contribuido a la propagación de la leishmaniasis y la Esporotricosis. Su objetivo es identificar la percepción de riesgo de transmisión de estas enfermedades y los factores que influyen en el proceso de la enfermedad. Entrevistamos a 27 pacientes (siete con la leishmaniasis y 20 con esporotricosis). La mayoría no identifica ningún tipo específico de riesgo para la transmisión y atribuye como el principal factor a la contaminación ambiental. Acciones de promoción de la salud deben ser integradas con otros enfoques que tomen en cuenta la participación de los individuos, las particularidades sociales, culturales, geográficas y políticas.

Palabras clave: La Leishmaniasis Cutánea Americana; Esporotricosis; La percepción del riesgo; Promoción de la salud; Determinantes Sociales de la Salud.

INFORMAÇÕES DO ARTIGO

Contribuição dos autores: Os autores contribuíram igualmente em todas as etapas de produção do artigo.

Declaração de conflito de interesses: Não há conflito de interesses.

Fontes de financiamento: Este trabalho contou com recursos próprios dos autores e apoio do INI/Fiocruz.

Agradecimento/Contribuições adicionais: Agradecemos ao amigo Odílio de Souza Lino, que muito ajudou para a realização deste trabalho, ao NECES (Coimbra) pela receptividade e carinho e aos pacientes que contribuíram para esta pesquisa.

Histórico do artigo: Submetido: 12.jun.2015 | Aceito: 07.ago.2015 | Publicado: 30.set.2015.

Licença: CC BY-NC atribuição não comercial. Com essa licença é permitido acessar, baixar (download), copiar, imprimir, compartilhar, reutilizar e distribuir os artigos, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte, conferindo os devidos créditos de autoria e menção à Reciiis. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

Introdução

A Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) e a Esporotricose são importantes zoonoses endêmicas no Rio de Janeiro historicamente associadas às condições de vida rurais. Entretanto, cada vez mais, têm sido registradas em áreas urbanas. No Brasil, no período de 2007 a 2012, foram registrados em média 23.500 casos de LTA por ano, estando distribuída por todo território brasileiro¹. No Rio de Janeiro, a LTA é causada por *Leishmania (Viannia) braziliensis*, cuja transmissão depende da adaptação do vetor *Lutzomyia* intermedia ao ambiente domiciliar e peridomiciliar². Nestas áreas do Rio de Janeiro, a Leishmaniose Tegumentar é tradicionalmente considerada endêmica.

Na Esporotricose, a infecção é usualmente adquirida pela inoculação do fungo *Sporothrix schenckii* através da pele. É uma doença comum em profissionais que lidam com a terra, no entanto, nos casos urbanos está associada preferencialmente à arranhadura ou mordedura de animais como os gatos, levando a surtos familiares. No Estado do Rio de Janeiro, a doença assumiu proporções epidêmicas, e já pode ser considerada a maior epidemia por transmissão zoonótica^{3,4,5,6,7}. As transformações ambientais, aliadas ao comportamento epidemiológico multifatorial, têm contribuído para a expansão destas doenças nas áreas endêmicas, com aparecimento de focos de infecção urbana e periurbana^{8,9}, podendo ser encontradas com maior prevalência em populações geralmente mais pobres. Essa situação tem sensibilizado a comunidade científica e despertado o interesse nos debates em saúde com relação à influência das desigualdades sociais no surgimento de doenças endêmicas e à justiça social. Além do deterioramento progressivo do meio ambiente, outros motivos são a ausência de políticas sustentáveis de controle integral das endemias, a coordenação ineficiente entre o nível nacional e regional, e a participação comunitária ausente. O número insuficiente de pesquisas é o reflexo desta realidade.

A lacuna existente no conhecimento sobre estas doenças exige a realização de pesquisas que possam desenvolver um olhar mais amplo sobre a LTA, a Esporotricose e as complexas interações sociais. Desta forma, a produção de conhecimento científico e as informações sobre a percepção de risco de transmissão de LTA e Esporotricose pelos pacientes acometidos por estas doenças podem contribuir para a elaboração de alternativas dinâmicas de aprendizagem para essa clientela.

As formas como os indivíduos atingidos percebem e tentam compreender o processo de adoecimento podem ser um elemento fundamental para elaboração de propostas de intervenção efetivas e duradouras que visem ao seu controle.

Segundo o Serviço de Vigilância em Saúde do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no Rio de Janeiro, nestes dez últimos anos, de todos os agravos notificados no INI, a esporotricose corresponde à primeira doença em número de notificação e a LTA, à décima sexta. No entanto, cabe aqui ressaltar que houve um declínio no número de notificações de LTA no INI, provavelmente pelo fato de alguns casos não serem tratados nesta instituição devido à descentralização, ao Pacto pela Saúde e ao Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde.

O presente estudo pretendeu identificar a percepção de risco de transmissão destas doenças e os fatores que influenciam no processo de adoecimento de pacientes do INI. Objetivamos revelar o sentido, as contradições, as convergências e as divergências presentes relacionadas com a percepção do risco de transmissão das doenças sob estudo, no caso, a LTA e a Esporotricose e seus aspectos epidemiológicos básicos.

Métodos

A população sob estudo foi composta por pacientes atendidos no INI/Fiocruz que cumpriram os seguintes critérios de elegibilidade: estar afetado por LTA ou esporotricose; morar há mais de dez anos no estado do Rio de Janeiro; ser maior de dezoito anos; e concordar voluntariamente em participar do estudo. Foram excluídos os pacientes que tiveram a doença no passado ou já tinham sido atendidos por algum profissional de saúde especializado antes da entrevista ser realizada.

A composição do grupo estudado foi heterogênea em suas características socioculturais (gênero, idade, etnia, ocupação, escolaridade, local de residência), a fim de que os resultados do estudo permitissem uma possível generalização. Por se tratar de uma pesquisa qualitativa no âmbito da percepção do risco de adoecimento – realizada no período de novembro de 2012 a novembro de 2013 – os participantes foram entrevistados imediatamente após o diagnóstico, sem saberem da doença e antes de terem o contato com o especialista para receber o tratamento medicamentoso. Foi utilizado um roteiro para a entrevista para cada doença composto por perguntas sobre a percepção do risco de transmissão e algumas questões epidemiológicas, incluindo perguntas abertas e fechadas. Foram coletadas informações diversificadas para cada grupo de doença, tais como: sexo, idade, etnia, escolaridade, ocupação, profissão, se chefe de família, número de pessoas que residem na casa, renda familiar, local de trabalho, local e condições de moradia, conhecimento da leishmaniose e/ou esporotricose, fatores epidemiológicos relacionados com a transmissão, conhecimento de aspectos de doença (aspectos preventivos, clínicos, terapêuticos), estigmatização, procura de informação nas tecnologias de informação e comunicação via internet (TICs).

A aplicabilidade do método qualitativo facilitou a construção de georeferência dos fatores socioculturais associados a comportamentos que poderiam influenciar negativamente ou positivamente na transmissão da leishmaniose e da Esporotricose.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do INI/Fiocruz (CAAE 0052.0.009.000-11).

Resultados

Foram entrevistados sete pacientes com LTA e vinte com Esporotricose. Todos se mostraram cooperativos e solícitos em participar da pesquisa e manifestaram satisfação de serem ouvidos. A síntese das características sociais, ambientais e comportamentais dos pacientes entrevistados pode ser vista no *Quadro1*.

Quadro 1. Síntese das características sociais, ambientais e comportamentais dos pacientes entrevistados no INI - Fiocruz

Características		Leishmaniose	Esporotricose
Comportamento epidemiológico		Endêmico	Epidêmico
Características socioeconômicas e ambientais	Área geográfica dos entrevistados	80% Perimetropolitana, 10% Metropolitana e 10% Rural	95% Metropolitana e 5% Rural
	Idade/média (anos)	45	39
	Gênero Masculino Feminino	80% 20%	30% 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 1 a 3 anos 4 a 7 anos ≥ 8 anos	20% 22% 35% 23%	10% 15% 35% 40%
	Conhecimento Prévio sobre a doença	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desconhecimento da LTA em 90% dos entrevistados. 2. O restante tem conhecimento precário sobre LTA nos casos de algum vizinho, familiar ou amigo ter sido acometido antes. 3. Menos de 20% dos profissionais de saúde da área conhecia a LTA. Pode existir um viés já que esta informação é dada pelo entrevistado. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conhecimento da Esporotricose em 20% dos entrevistados. 2. Uma parcela menor escutou falar por causa de algum vizinho, amigo ou familiar acometido. Alguns manifestam ter ouvido falar por algum meio de comunicação tipo rádio. 3. Desconhecimento da Esporotricose na maioria. 4. Uns 40% dos profissionais da área conhecem a Esporotricose. A maioria confunde com outras doenças como alergia.
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% associaram 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, 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 a leishmaniose. 3. Uma parcela pequena identificou algum tipo de risco para a 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 para Esporotricose foi baixo.
Forma de transmissão pensada		<ol style="list-style-type: none"> 1. 30% acreditaram ser por meio 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 a transmissão à 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.
Automedicação inicial		70% se automedicaram utilizando pomadas, unguentos ou alguma medicação tópica. Aproximadamente 20% utilizaram algum antibiótico ou antiinflamatório.	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 qualquer 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. Há demora e erro no 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%).	60% recorrem à internet para encontrar algo semelhante 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.
Ideia de cura		<ol style="list-style-type: none"> 1. A maioria acredita e associa a cura ao desaparecimento da lesão cutânea. 2. Uma minoria acha que a doença não tem cura. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quase todos acreditam e associam a cura ao desaparecimento da lesão cutânea. 2. Só um caso associou a não cura.

A maioria dos entrevistados com LTA vem da área perimetropolitana correspondente às áreas periurbanas de municípios do Estado de Rio de Janeiro. Já 95% dos pacientes com esporotricose residem em municípios da Região Metropolitana do Rio de Janeiro. A idade do grupo estudado variou de 18 a 73 anos. A maioria dos pacientes com LTA pertencia ao gênero masculino, diferente da esporotricose em que o predomínio era feminino. A situação econômica, assim como a escolaridade, apresentou-se mais precária no universo de pacientes com LTA.

Em relação ao conhecimento da LTA, 90% dos entrevistados desconheciam totalmente a doença. Na esporotricose, 30% dos entrevistados conheciam a doença, sendo que, na maioria, este conhecimento era precário. Independentemente de se tratar de LTA ou Esporotricose, a primeira associação etiológica da maioria dos pacientes foi com uma doença infecciosa inespecífica. Aproximadamente 15% de todos os entrevistados com LTA relataram ter pensado em um processo de origem alérgica como secundária à picada do mosquito. E ainda um grupo muito pequeno associou a doença a um processo grave como câncer. Ao serem indagados quanto à forma de transmissão, 30% dos entrevistados com LTA acreditavam na participação de um vetor biológico como sifonápteros (pulga) ou flebotomíneos (mosquitos). Entretanto, a maioria atribuiu à contaminação ambiental, com áreas de lixo ou água contaminada. Já na Esporotricose, 40% associaram a doença à presença de gatos no ambiente domiciliar, mesmo aqueles que não conheciam a doença.

A percepção de risco de forma geral foi extremamente baixa no grupo da leishmaniose. A maioria não identificou algum tipo de risco para transmissão da doença, apenas associaram as condições de vida inadequadas ao risco de doenças inespecíficas. No grupo da esporotricose, um grupo maior identificou riscos de transmissão para doença, entretanto em geral, o grau de percepção foi baixo.

A maioria dos pacientes se automedicou (no início da doença) utilizando pomadas ou alguma medicação tópica. Os pacientes com LTA têm acesso limitado ao posto de saúde municipal, seja pela distância ou precariedade de transporte urbano. A diferença destas zoonoses é que na área geográfica dos pacientes de Esporotricose entrevistados existe um posto de saúde municipal dentro da comunidade ou próximo de linhas de transporte urbano.

Selecionamos alguns extratos das entrevistas para análise. Neste primeiro trecho de uma das entrevistas, existe um relato claro em relação à descrição rural da área geográfica do paciente, mesmo que a maioria dos casos seja em áreas periurbanas.

“... Não tô preocupada confio em Deus e faço a minha parte assim a Bíblia diz... Onde eu moro em volta tudo é mato tem boi, muito porco, cavalo, cachorro, gato não tem esgoto não, não tem asfalto, não tem água é uma calamidade...”. (Entrevistado com LTA, sexo feminino, 65 anos).

A maioria dos entrevistados relatou desconhecimento da doença por parte dos profissionais de saúde que procuraram em sua área geográfica. Muitos destes profissionais, além do erro no diagnóstico, fazem um tratamento inadequado, baseado em suposições empíricas sem qualquer confirmação laboratorial.

“...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 com LTA, sexo masculino, 59 anos).

“...Nunca ouvi falar dessa doença nem sabia o que era, na verdade ninguém sabe, perdi um tempão tratando como erisipela e alergia...”. (Entrevistado com Esporotricose, sexo feminino, 52 anos).

“...Ninguém tem informação... lá pra cima (Campo Grande, bairro da zona oeste do município do Rio de Janeiro) não tem nada... a família abandonou a gente (ela e o marido) principalmente porque meu olho tá vermelho, até no hospital o pessoal com medo... tá todo mundo desconfiado...”. (Entrevistado com Esporotricose, sexo feminino, 44 anos).

“...Tem um mês que fiquei assim... tomei um anti-inflamatório: amoxicilina sabe? Que um farmacêutico passou tomei 6 comprimidos aí melhorou um pouco... botei por minha conta álcool com cânfora, pomada de micose e não adiantou...”. (Entrevistado com Esporotricose, sexo feminino, 73 anos).

“...Quando apareceu a ferida achei que era um cabelo inflamado, em casa tentei dar uma espremida... vi logo que não era furúnculo! Daí o médico disse que era erisipela... tomei cefalexina e depois outro remédio, tinha muita dor nas juntas... o médico disse que era por causa da ferida na perna...”. (Entrevistado com LTA, sexo feminino, 45 anos).

Esse desconhecimento, associado ao diagnóstico etiológico demorado, gera emoções de ansiedade, desesperança e raiva:

“...Tenho medo de dormir e não acordar mais... tenho muita dor no corpo... Fui a tanto médico que perdi o emprego...”. (Entrevistado com Esporotricose, sexo masculino, 24 anos).

“...Tudo começou com um carocinho: aí criou uma bola e foi alastrando... passei por um monte de médico... O médico mandou tomar uns comprimidos e uma pomada. Tomei uns 30, não sei o que era não... já tem cinco meses... Nunca ouvi falar dessa doença, todo mundo fica curioso, mas ninguém sabe...”. (Entrevistado com Esporotricose, sexo masculino, 69 anos).

“...Já tem 5 meses, em Maricá (município do estado do Rio de Janeiro) me enrolaram, lá, fui a cinco médicos; gastei um dinheirão com antibióticos, não adiantou nada... meu estômago não aguentou... tomei 21 dias de antibiótico, me mandaram passar povidine e só foi piorando...”. (Entrevistado com LTA, sexo masculino, 69 anos).

Em várias situações, não existe uma comunicação satisfatória do entrevistado com o profissional de saúde. Numa linguagem técnica ou sem dar explicações adaptadas à linguagem dos indivíduos afetados, os profissionais de saúde se protegem, comprometendo muitas vezes a adesão ao tratamento:

“...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 com LTA, sexo masculino, 35 anos).

“...O veterinário falou o nome da doença, mas não sei o nome, é um nome complicado pra caramba, é meio parecido com lepra...”. (Entrevistado com Esporotricose, 54 anos).

O interesse pela doença levou em muitos casos ao uso das tecnologias de informação via internet como um meio para entender o seu adoecimento. Estas podem ser usadas precedendo a procura técnica de um profissional de saúde ou mesmo depois, com o intuito de complementar as informações desse profissional quando o indivíduo considera essas informações insuficientes. A maior proporção de indivíduos pertenceu ao grupo com esporotricose. Vale ressaltar que este grupo é mais jovem que o de leishmaniose e com condições socioeconômicas relativamente melhores, o que poderia ter influenciado no acesso a esta tecnologia:

“...Vi na internet que ela é bem contagiosa, deforma a pessoa, come a orelha (a doença)... Vi cada coisa, fiquei apavorada... Me deu até mais medo, por isso eu vim logo...”. (Entrevistado com Esporotricose, sexo feminino, 64 anos).

“...Poderia ter uma cartilha com desenhos pra gente ficar mais informado e ter também mais conversa com o médico... a gente só aprofunda lendo na internet ou estudando...”. (Entrevistado com LTA, sexo masculino, 35 anos).

“...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 com Esporotricose, sexo feminino, 36 anos).

“...Quando saiu o laudo eu pesquisei no Google... não tenho noção da doença, acho que dá só em cachorro, acho que a traseira cai não é isso? Cai o rabo?...”. (Entrevistado com LTA, sexo masculino, 52 anos).

A partir dos elementos idiossincráticos do meio social, os indivíduos afetados tentam explicar, no seu imaginário, os mecanismos fisiopatogênicos e o prognóstico da doença. Esta peculiar percepção do processo de adoecimento influi substancialmente na conduta frente à doença, na compreensão do risco e na procura de auxílio. Podemos observar nos relatos condutas de banalização da doença, quando as pessoas acometidas simplesmente a ignoraram ou se automedicaram.

“...Desta casa que pegamos os gatos tá tudo doente... Sobrou pra nós esta situação! Tenho pra mim que foi uma pulga que mordeu...”. (Entrevistado com Esporotricose, sexo feminino, 44 anos).

“...Primeiro achei que era mosquito... a filha achou que era íngua. O gato tava cheio de machucado...”. (Entrevistado com Esporotricose, sexo feminino, 73 anos).

“...Tinha um machucado na pele onde a pulga mordeu e queimei com creolina... Onde moro tem muito rato! Asfaltaram a rua tem 1 ano... botei os gatos por causa dos ratos...”. (Entrevistado com Esporotricose, sexo feminino, 44 anos).

“...Não quis me informar sobre a doença por medo...”. (Entrevistado com LTA, sexo masculino, 50 anos).

O desconhecimento mostrado pelos profissionais de saúde nos primeiros contatos e a demora até o diagnóstico definitivo, aliados ao comportamento incisivo das lesões, levaram alguns pessoas a associar sua doença ao câncer e todos os sentimentos que esta ideia gera como sentimentos de culpa, medo e até depressão:

“...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...” (Entrevistado com LTA, sexo masculino, 50 anos).

“...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 com LTA, sexo masculino, 59 anos).

Discussão

A percepção do processo de adoecimento altera substancialmente a conduta frente à doença e a procura de atendimento. Esta percepção, aliada a como o indivíduo enxerga os riscos no seu imaginário, influencia na sua relação com o seu mundo e torna-se fundamental, desde o ponto de vista epidemiológico, para a permanência da doença – aumento ou diminuição – na região onde ele reside. Conhecer a construção social dos riscos é transcendental para ser aplicado nas medidas de controle.

Diversas estratégias são utilizadas nas atividades de controle da LTA e da esporotricose tais como distribuição espacial, características demográficas (sexo, idade), apresentação clínica, entre outras. Diferentes modelos de controle têm sido questionados e modificados. Entretanto, sabe-se 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).

Desta forma, nossa pesquisa reforça que tanto a LTA quanto a Esporotricose foram, para a maioria dos entrevistados, doenças nunca antes vistas, ouvidas ou vivenciadas. Alguns deles construíram simbolismos e representações que respondessem aos seus questionamentos quanto às lesões, à doença e ao próprio conceito de saúde. A partir dos resultados expostos, notamos que os sujeitos afetados carecem de informações adequadas sobre ambas às doenças.

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.

O entendimento da LTA e da esporotricose compreende várias dimensões que envolvem relações sociais, emocionais, afetivas, biológicas, sociais, históricas e culturais dos indivíduos e grupos populacionais^{10,11}. O conhecimento precisa fazer parte da rotina do indivíduo e deve englobar todos os fatores que influenciam o seu modo de viver para que haja mudanças de comportamento. Faz-se necessário que as informações e medidas tenham significado e importância na vida das pessoas às quais se destinam para que sejam eficazes^{12,13,14}.

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. Groisman cita: “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”¹⁵.

Simbolicamente a doença remete ao desajuste e perda da harmonia do indivíduo¹⁶. 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.

As crenças e representações da saúde e da doença influenciam o modo como as pessoas percebem o seu adoecimento. Diante disto, criam-se capacidades e comportamentos para o enfrentamento daquele mal, que podem gerar motivação suficiente ou não para a aquisição de novos conhecimentos¹⁷.

As tecnologias de informação e comunicação (TICs) via internet ocupam domínios cada vez mais abrangentes e apesar do baixo nível socioeconômico da população estudada, esta esteve mais presente no grupo da esporotricose. Autores têm descrito os problemas relativos à profundidade e à qualidade da informação¹³. Por outro lado, embora a disponibilidade de informação via TICs possa ampliar o conhecimento, reduzindo as repercussões emocionais decorrentes da doença, elas estão profundamente influenciadas pelas condições psicológicas, sociais e culturais do indivíduo que procura.

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 e naqueles 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 e, conseqüentemente, estes animais são abandonados ou falecem. 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 doença⁶.

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 da população. Segundo Dias¹⁸, a comunidade é omissa quanto à cobrança dos seus direitos e deveres que atendam as suas necessidades como saúde, educação, saneamento e moradia, acarretando um grande prejuízo social, tanto individual quanto coletivo. É de suma importância buscar o entendimento de como as exposições aos riscos interferem na rotina das pessoas e qual é o papel a ser desempenhado pelas instituições sociais frente a essa realidade^{12,13,14}.

A perspectiva epidemiológica cartesiana se mostra limitada e incompleta no momento de definir os elementos participantes do adoecimento, já que analisa o processo de causalidade saúde-doença a partir de um ponto de vista mecânico. Propostas mais ousadas e contemporâneas embaçam sua construção conceitual derivada de múltiplas determinações, não só levando em conta cada efeito em isolamento dos fatores de risco, mais sim na interação dinâmica com outros fatores da mesma ordem de determinação para um dado desfecho¹⁹.

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 conhecimentos²⁰. 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 a qual pertence e com desenvolvimento do senso de responsabilidade da saúde individual e coletiva para que haja

melhor qualidade de vida e do ambiente^{13,14}. Vale ressaltar que a escolaridade tem um papel fundamental e delicado nesse processo, no entanto, cabe ao profissional de saúde, facilitador da aprendizagem, despertar no paciente suas potencialidades e capacidade para alcançar a produção da sua saúde.

Ações de promoção da saúde têm que estar integradas com o tratamento dos animais (esporotricose), o controle dos vetores (LTA), e 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 manutenção e dispersão desses males ao longo destes anos.

Conclusão

A contribuição desta pesquisa está em subsidiar estudos que possibilitem o desenvolvimento de novas ferramentas de análise na determinação social das doenças, que possam ser aplicadas no INI e em outras instituições de pesquisa em doenças infecciosas.

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, o que envolve fatores biológicos, político-econômicos, sociais, culturais e ambientais¹⁴.

Requerer o direito à saúde e à “nova cidadania” é uma atitude que busca 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^{21,22,23}.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Leishmaniose Tegumentar Americana – Casos confirmados por UF notificados e ano diagnóstico no Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Sinan Net. Sinan Web. [citado 22 jan 2014]. Disponível em: www.saude.gov.br/sinanweb
2. Marzochi MC, Marzochi KB. Tegumentary and visceral leishmaniasis in Brazil: emerging antropozoonosis and possibilities for their control. *Cad Saude Publica*. 1994; 10:359 – 375.
3. Barros MBL, Schubach AO, Galhardo MCG, Schubach TMP, Reis RS, Conceição M, et al. Cat transmitted sporotrichosis epidemic in Rio de Janeiro, Brazil (1998-2001). *Clinl Infec Dis*. 2003; 3 (4): 529-535.
4. Schubach TMP, Schubach AO, Okamoto T, Barros MBL, Figueredo FB, Cuzzi, et al. Evaluation of an epidemic of sporotrichosis in cats: 347 cats (1998-2001). *AM J Vet Med Assoc*. 2004; 224: 1623-1629.
5. Barros MBL, Schubach AO, Schubach TMP, Wanke, Bodo, Lambert-Passos SR. An epidemic of sporotrichosis in Rio de Janeiro, Brazil: epidemiological aspects of a series of cases”. *Epidemiol Infect*. 2008; 136 (9): 1192-1196.
6. Barros MBL, Schubach TP, Coll JO, Gremião ID, Wanke, Bodo, et al. Esporotricose: a evolução e os desafios de uma epidemia. *Rev Panam Salud Publica*. 2010; 27(6): 455–60.
7. Silva MBT, Costa MMM, Torres CCS, Galhardo MCG, Valle ACF, Magalhães MAFM, et al. Esporotricose urbana: epidemia negligenciada no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*, 2012; 28(10): 1867-1880.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. [citado 22 fev 2015]. Disponível em: bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/guia_vig_epi.pdf. Brasília: FUNASA. (1). 2002.
9. Bedoya-Pacheco SJP, Melo MHA, Valet-Rosalino CM, Pimentel MIP; Conceição-Silva F; Schubach AO, Marzochi MCA. Endemic Tegumentary Leishmaniasis in Brazil: correlation between Level of Endemicity and Number of Cases of Mucosal Disease. *Am J Trop med Hyg*. 2011; 86: 901-905.
10. Minayo MCS. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. *Medicina Ribeirão Preto*. 1991; 24(2):70-77.
11. Buss, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc Saúde Colet*. 2000; 5(1): 163-177.
12. Castiel LDE, Vasconcellos-Silva PR. Internet e o autocuidado em saúde: como juntar os trapinhos? *História, Ciências, Saúde. Manguinhos*, Rio de Janeiro. 2002; 9(2): 291-314.

13. Nunes JA. A pesquisa em saúde nas ciências sociais e humanas: tendências contemporâneas. Oficina do CES, Editora: Centro de Estudos Sociais/Universidade de Coimbra. 2006; 253.
14. Nunes JA. Saúde, direito à saúde e justiça sanitária. Rev Crít Ciênc Soc. 2009; 87: 143-63.
15. Groisman A. Interloquções e Interlocutores no Campo da Saúde: Considerações sobre Noções, Prescrições e Estatutos, Antropologia em primeira mão. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil; 2007; 93, 1-11.
16. Santos BS. A crítica da razão indolente: contra o desperdício de experiências. Porto: Afrontamento. 2000; 1.
17. Adam P, Herzlich C. Sociologia da doença e da medicina. Bauru: Editora da Universidade do Sagrado Coração. 2000.
18. Dias JCP. Problemas e possibilidades de participação comunitária no controle das grandes endemias no Brasil. Cad Saúde Pública. 1998; 14(Supl. 2): 19-37.
19. Coutinho D, Almeida Filho N, Castiel LD. Epistemologia da epidemiologia. Categorias de determinação: Causalidade, Predição, Contingência e Sobredeterminação. In: Epidemiologia & Saúde: Fundamentos, Métodos, Aplicações. Ed. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro. 2013:29-41.
20. Câmara AMCS, Melo VLC, Gomes MGP, Pena BC, Silva AP, Oliveira KM, et al. Percepção do processo saúde-doença: significados e valores da educação em saúde. Rev Bras Educ Méd. 2012; 36 (1, Supl. 1): 40-50.
21. Santos BS. Por uma concepção multicultural de direitos humanos. Rev Crít Ciênc Soc. 1997; 48: 11-32.
22. Nunes JA. Como pensar a sociedade de conhecimento? Pro-Posições, 2007; 18 (1) /52) - jan./abr; 1997; 227-278.
23. Corrêa D, Bortoloti JC. Direito em debate, ano XVII. 2008; 29, jan-jun, 147-170.

