



Rosângela Moura da Rocha de Abreu

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DA LEISHMANIOSE TEGUMENTAR  
AMERICANA – LTA

Rio de Janeiro

2007

Rosângela Moura da Rocha de Abreu

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DA LEISHMANIOSE TEGUMENTAR  
AMERICANA – LTA

Monografia apresentado como requisito de  
avaliação no curso Técnico de vigilância  
Sanitária e Saúde Ambiental da Escola  
Politécnica de Saúde Joaquim  
Venâncio-EPSJV/ FIOCRUZ

Orientadora: Ângela Oliveira Casanova

Rio de Janeiro

2007

*Dedico ao meu esposo Micipsa Rodrigues, que me apoiou desde o início do curso, me incentivando nos momentos difíceis, com palavras e com muita paciência. Tenho uma enorme gratidão por tudo que ele fez por mim, pois sem o seu apoio não teria chegado até aqui. Deus estará sempre em nosso lar. Amém.*

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por todos os dias ter me ouvido, me fortalecendo quando em mim não havia mais forças. Sempre me surpreendendo com seu amor incondicional.

Aos profissionais de saúde do posto Três Henriques no km32, que gentilmente cederam o seu tempo respondendo ao questionário, muito me ajudando a refletir suas práticas e suas dificuldades. Espero um dia poder contribuí-los!

À minha filhota Thamires que apesar de ser tão pequenina soube compreender os momentos de ausência da mamãe. Te amo filha!

À minha querida mãe, que também me ajudou nessa caminhada compreendendo quando não estava presente, mas sempre pedindo a Deus pela minha vida. A senhora é uma verdadeira heroína, te amo muito!

Aos professores, funcionários da biblioteca, coordenação do curso de Vigilância que, ao passar seus conhecimentos, estão formando alunos mais críticos, capazes de refletir antes mesmo de agir. Espero poder por em prática os conselhos e ensinamentos que adquirir neste período em que estive no Politécnico. A minha mais sincera gratidão!

À minha orientadora Prof<sup>a</sup>. Ângela Casanova que teve a maior paciência comigo, me ajudando muito nesta nova experiência da minha vida. Muito obrigada!

À todos que direta ou indiretamente contribuíram para esta etapa da minha vida.

Graças a Deus pela vida de cada um de vocês!

*“Conhecimento é uma dinâmica,  
essencialmente, e só existe com dinâmica, na  
reconstrução e desconstrução.  
É preciso, então, desconstruir todas  
as profissões constantemente e reconstruir de  
maneira provisória. Esse também é o preço da  
inovação”.*  
(Pedro Demo)

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	6
1.1 ASPECTOS HISTÓRICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DA LTA.....	8
<b>2 HISTÓRICO DAS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTROLE DE ENDEMIAS</b> .....	10
<b>3 EDUCAÇÃO POPULAR E SUA CONTRIBUIÇÃO NA ATENÇÃO A SAÚDE</b> .....	16
3.1 A NECESSIDADE DE MUDANÇAS NO COMPORTAMENTO DOS PROFISSIONAIS EM SAÚDE.....	16
3.2 O COMPORTAMENTO DAS PESSOAS PODE APONTAR SOBRE A SUA SAÚDE .....	18
3.3 AS FORMAS DE PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE E O CONCEITO DE PARTICIPAÇÃO.....	20
3.4 LEI 8142/90: UMA GARANTIA DE PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NO CONTROLE SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	21
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	23
4.1 LOCAL DE ESTUDO.....	23
4.2 INSTRUMENTOS DE PESQUISA.....	23
4.2.1 Sujeitos da pesquisa.....	24
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	25
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	30
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	32
<b>ANEXO A</b> .....	34
<b>ANEXO B</b> .....	39

## 1 INTRODUÇÃO

A melhoria do nível de saúde de uma população não é atributo exclusivo de medidas médicas e só pode ser alcançada através da integração de diversas áreas do conhecimento e da análise das condições de vida dessa população. O indivíduo não pode ser considerado isolado de seu contexto social, econômico e ambiental, pois geralmente quando há desequilíbrio em uma dessas áreas, a doença se instala. A Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) ocorre principalmente quando há um desequilíbrio ambiental, geralmente ocasionado por processos de ocupação desordenada, cujas causas podem estar relacionadas a questões sócio-econômicas.

Informar e mobilizar a população torna-se fundamental na prevenção e no controle dessa doença, evitando assim maior disseminação e seus impactos sociais, econômicos e psicológicos. Para isso é preciso que as ações de educação em saúde sejam capazes não só de informar a população, mas também de mobilizá-la a fim de que a mesma se organize politicamente na defesa do seu território, socialmente construído.

Muitos estudos evidenciam que as modificações no ambiente, propiciam o aparecimento de novas doenças. A LTA, embora faça parte do grupo de doenças parasitárias que afligem o homem desde a antiguidade, ainda se comporta de forma epidêmica, principalmente em áreas recém-desmatadas, estando atualmente em processo de urbanização e endemização<sup>1</sup>. Na verdade, a LTA pode ser considerada uma “doença permanente”, ou seja, vêm ocorrendo de forma constante na população brasileira (MS, 2000).

Nosso país tem muitos exemplos de desigualdades e infelizmente isso não é nenhuma novidade. Nessa pesquisa pretende-se abordar uma das tantas desigualdades que ocorrem no nosso sistema de saúde: a falta da importância que é dada aos conhecimentos da comunidade, que é geralmente vista como incapaz de refletir sobre seus problemas.

Este problema não se reflete apenas na relação entre os profissionais de saúde e a população, mas trata-se de um problema existente em nossa sociedade que, muitas vezes, com seus comportamentos discriminatórios, autoritários, favorece a exclusão de parcelas da população.

O objetivo dessa pesquisa, portanto, é identificar o nível de conhecimento da

<sup>1</sup> Endemia é a presença contínua de uma enfermidade em uma zona geográfica determinada, expressando a prevalência de uma doença, cujas oscilações na ocorrência são relativas a flutuações esperadas, cíclicas ou sazonais (MS, 2004)

população sobre a LTA, e se a mesma faz uso de medidas preventivas, previamente transmitidas pelo serviço de saúde local.

As ações de prevenção da LTA têm diversas dificuldades, devido a diversos fatores entre eles: as características ecológicas do local, os hábitos e a biologia dos flebotomíneos de importância na transmissão da doença, e a proporção de indivíduos suscetíveis existentes em cada região (Gomes et al, *apud* Waldman, Silva & Monteiro, 1995). Nesta pesquisa pretendo identificar as estratégias de prevenção utilizadas pela equipe de saúde local. Também identificar quais medidas educativas estão sendo desenvolvidas com esta comunidade.

A equipe de saúde de uma unidade local, ao desconsiderar os conhecimentos prévios da população bem como sua experiência de vida, pode comprometer a qualidade das ações de educação em saúde, restringindo-se a simples transmissão de informações. Chamar a população para participar e discutir sobre o que ela realmente precisa, pode ser uma estratégia para que se alcance os objetivos da equipe de saúde no combate à doença.

Desta maneira, pretendo ainda na pesquisa identificar o tipo de abordagem feita pelos profissionais de saúde no km32 e de que forma a população entende essas informações sobre a doença, ou seja, se estão compreendendo o significado de sua participação no controle e na prevenção.

A importância do conhecimento sobre a circulação da doença (LTA) em áreas endêmicas, não só ajuda na prevenção, controle e no diagnóstico mais rápido, como também ajuda a população no enfrentamento das condições prejudiciais à sua saúde conseqüentemente na melhoria das condições de vida, consolidando sua cidadania. Portanto, o conhecimento não deve ser restrito apenas às pessoas que tenham ou já tiveram a doença, mas a todos os envolvidos nas mesmas circunstâncias, ou seja, expostos aos mesmos riscos de adquirir a doença. Não se deve desprezar a sua magnitude e sua grande distribuição geográfica em todos os estados brasileiros, como também sua capacidade de mutilação, incapacitando o indivíduo ao trabalho e no seu convívio social.

Tendo em vista que o controle vetorial da leishmaniose tegumentar americana é difícil, as estratégias de prevenção e controle devem ser flexíveis e adequadas à realidade local. A diversidade de agentes, reservatórios e do próprio perfil epidemiológico com que a doença se apresenta evidencia a complexidade das ações a serem desenvolvidas. Por essa razão, é imprescindível a participação da população no combate à doença, o que implica suporte adequado das unidades de saúde local e capacitação dos profissionais não só para o enfrentamento da LTA, mas também para mobilização da população.

Por esta razão, é que achei importante a realização dessa pesquisa, para identificar a participação da população, como atividade fundamental para estratégias de controle, como ajuda na melhoria da qualidade de vida para a população atingida e também, para que a mesma se conscientize e assuma um maior controle sobre sua saúde e vida, incorporando os hábitos preventivos.

## 1.1 ASPECTOS HISTÓRICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DA LTA

A Leishmaniose tem uma vasta distribuição geográfica nas Américas, que vai desde o sul dos Estados Unidos até ao norte da Argentina, principalmente nas regiões florestais, onde é mais comum o inseto transmissor, o flebotomíneo. Seu maior foco encontra-se na América do Sul, envolvendo todos os países, com exceção do Uruguai e Chile. A LTA é considerada uma zoonose<sup>2</sup> primariamente silvestre, atingindo o homem quando este entra em contato com os focos zoonóticos. Sua incidência, no Brasil, tem aumentado nos últimos 20 anos, o que a torna um problema para a saúde pública. Sua importância não se deve somente ao fato de ter uma ampla distribuição geográfica e uma alta incidência, mas também pela sua possibilidade de assumir novas formas, lesões deformantes, dolorosas, desfigurantes e incapacitantes, com conseqüências sócio-econômicas e psicológicas para o indivíduo atingindo ( FUNASA, 2000).

A doença é causada por protozoários do gênero *leishmania*, que é transmitido ao homem através da picada das fêmeas dos flebotomíneos (conhecido como “mosquito palha”), principalmente do gênero *Lutzomyia*, sendo associado a *Lutzomyia Intermedia* nas áreas endêmicas do Espírito Santo e Rio de Janeiro, onde o vetor é encontrado dentro e ao redor das habitações e em abrigos de animais domésticos. O agente circulante no local costuma ser, de acordo com o Manual de Controle da Leishmaniose Tegumentar Americana (MS, 2000) a *Leishmania Viannia braziliensis*, por sua ampla distribuição demográfica, que ocorre em todo território nacional.

A LTA apresenta-se através de úlceras únicas ou múltiplas na pele, geralmente não levando o paciente á óbito, mas capaz de ocasionar lesões cutâneas que podem atingir a boca, nariz e faringe, ocasionando lesões secundárias. Sendo assim, o diagnóstico precoce é muito importante para o tratamento adequado. Os principais fatores de riscos relacionados à Leishmaniose Tegumentar Americana são a urbanização, o desmatamento, a domesticação do

---

<sup>2</sup> Zoonose pode ser descrita como infecção ou doença infecciosa transmissível, em condições naturais, dos animais vertebrados ao homem (OPS, *apud* Rouquayrol, 1990)

ciclo de transmissão, ou seja, os animais domésticos que se tornam reservatórios<sup>3</sup> da *leishmania* como cães e eqüinos e também pelas várias espécies de flebotomíneos (vetores) envolvidos na transmissão, que atingem as residências próximas às encostas dos morros e pela adaptação do inseto vetor a ambientes modificados, envolvendo assim, animais domésticos.

No Brasil foram confirmados 178.762 casos no período entre 2001 e 2006, sendo que desses, 1737 casos ocorreram no Estado do Rio de Janeiro (RJ). O coeficiente médio de detecção no RJ, nesse mesmo período, foi de 11,16/100.000 habitantes, alto conforme parâmetro estabelecido pelo (MS, 2000). No Município de Nova Iguaçu foram notificados, no período de 2001 a 2006, 80 casos e o coeficiente de detecção foi de 9,47/1000000 habitantes, considerado médio pelo mesmo parâmetro acima mencionado (ver tabela abaixo).

As principais formas de controle (MS, 2000), podem ser abordados sob quatro aspectos: Vigilância epidemiológica, medidas educativas, medidas administrativas e vacina. Para que isso ocorra é necessário que as unidades de saúde estejam capacitados para o diagnóstico precoce e tratamento adequado. As equipes de saúde neste caso tem um importante papel na busca ativa de casos, e também nas ações de educação em saúde. Uma das dificuldades enfrentadas é despreparo das unidades de saúde para a realização do diagnóstico de LTA e a falta de capacitação técnica dos profissionais.

<b>Indicador</b>	<b>Parâmetros</b>
Coeficiente de detecção de casos de LTA, por 100.000 habitantes	Baixo <3,00/100.000 hab. Médio 3,0 I----- 11,00/100.000 hab. Alto 11,0 I-----71,00/100.000 hab. Muito Alto > 71,00/100.000 hab.

Fonte: Ministério da Saúde, 2000.

Parâmetros do coeficiente de detecção foram definidos com base na média do número de casos autóctones de LTA registrados no período de 1987 a 1996, utilizando a população do senso de 1991 para obter o coeficiente médio de detecção (MS, 2000).

<sup>3</sup> Reservatório pode ser considerado qualquer ser humano, animal, planta ou matéria inanimada (solo) onde o agente infeccioso vive e multiplica-se, e do qual depende para a disseminação da espécie em um determinado território ( EPSJV, PROFORMAR, 2004)

## 2 HISTÓRICO DAS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTROLE DE ENDEMIAS

Há dois campos de produção de saberes, que gostaria de abordar nessa pesquisa: educação e saúde. A junção desses campos me permitirá uma análise mais completa no campo prático. Para isso é preciso entender como se deu a construção desses conhecimentos nas práticas de educação em saúde, ao longo do processo histórico no Brasil, que movimentos levaram a reflexão sobre a relação entre os profissionais dos serviços de saúde e a população, como a sociedade era percebida em cada contexto histórico e econômico e as tendências pedagógicas nas práticas em saúde.

No século XIX, surge a idéia de pedagogia higiênica onde as famílias de grandes proprietários, das classes dominantes, seriam alvo dessa prática, pois eram vistas como incapazes de cuidar da saúde das crianças e adultos, devido a altas taxas de mortalidade infantil e a saúde debilitada dos adultos. Para o restante da população cabiam as ações da polícia Sanitária ou a segregação higiênica, em prisões e asilos, pois o que mais interessava era o controle do ambiente colonial e a educação sanitária da elite, ficando de lado as classes populares (Costa, 1984 *apud* Oliveira, 2003).

As instituições de saúde, da época, organizavam-se para o combate às doenças, baseando-se nos modelos militares de atuação. No entanto, a saúde não era formulada enquanto um direito social, antes ela tinha por objetivo atender aos interesses econômicos e “cuidar” da classe trabalhadora (Sabroza, 1995 *apud* Oliveira, 2003).

Nessa época ainda não se tinha a idéia da multicausalidade da doença, ou seja, vários fatores contribuindo com a instalação da doença, até mesmo as condições de vida, desenvolvendo-se uma prática predominantemente curativa e de cunho biologicista.

As coisas começam a mudar no início do século XX, com as crises econômicas e a crise sanitária, provocada pela epidemia de febre-amarela, atingindo a classe trabalhadora, que passa a exercer uma certa pressão no sistema por conta das precárias condições de trabalho. Surge então, a necessidade de uma nova reestruturação dos centros, uma reurbanização, principalmente nos portos do Rio e de Santos, considerados pontos estratégicos para o capitalismo. Foi nessa época que Oswaldo Cruz enfrentou a revolta da população contra a vacina obrigatória de varíola e também a outras epidemias que circulavam na cidade: febre-amarela, peste bubônica.

O enfrentamento se dava através de Brigadas Sanitárias, pois as instituições de saúde na época se organizavam a partir das experiências dos serviços de saúde dos exércitos coloniais.

A estrutura sanitária brasileira na década de 1920 estava voltada para criação de unidades especializadas e as campanhas sanitárias focais tinham bons resultados, o que não acontecia com as doenças menos agudas como tuberculose e outras doenças transmissíveis. Surge a necessidade de se criar um novo modelo de organização dos serviços de saúde, embora a higiene e a educação sanitária tivessem contribuído para as práticas de saúde, que tinham o objetivo de proteger a classe trabalhadora (Sabroza, 1995 *apud* Oliveira, 2003).

Nos anos 20, a Saúde Pública passou a ter uma maior abrangência populacional, deixando de ser focal e emergiu uma nova prática- a “educação sanitária”, que passou a compor as ações preventivas, consolidada nos anos 30 (*ibid*).

O crescimento das indústrias nos grandes centros urbanos modificou as condições de vida e trabalho da população, surgindo novas doenças que também necessitavam de controle, entre elas: esquistossomose, malária, verminoses, doenças de chagas, tuberculose, lepra e a desnutrição. O enfoque desloca-se das “doenças pestilentas” em direção as “doenças de massa”, ou seja, àquelas que incluem os grupos sociais urbanos que não conseguiram se integrar no processo de industrialização.

Com a criação do Ministério da Educação e da Saúde nos anos 30, passaram a se desenvolver campanhas permanentes, com atuação em todo território nacional, diferentes das campanhas anteriores, que eram voltadas apenas para as classes trabalhadoras. Segundo Sabroza (1995 *apud* Oliveira, 2003) as campanhas:

“...deixaram de ser a resposta eficaz às crises localizadas que limitavam a expansão dos negócios e passaram a expressar, por meio de novas práticas, formas de organização de serviços e modelos de explicação das causas das enfermidades, a estratégias de controle das doenças transmissíveis dentro de um projeto político de desenvolvimento capitalista tardio”(Sabroza, 1995, p.184)

O projeto de saúde organizado pelo estado, nessa época estava voltado para capacitar a força de trabalho, em prol dos interesses do capital. Nesse período, a educação sanitária passa a ter um momento áureo, sendo lançada na saúde pública através dos centros de saúde e das campanhas sanitárias ou por meio da educação no ensino formal (Costa, 1984 *apud* Oliveira, 2003). As ações de educação sanitária tiveram como objetivo a tentativa de controle das ações cotidianas da população, com práticas higiênicas. Com o poder do Estado abalado, na década de 40, a educação higiênica se desprende da política, diante do democratismo que rondava na

época (Costa, 1984 *op. cit.*).

Após a segunda guerra mundial, a Organização das Nações Unidas- ONU,, influenciada pelos países do primeiro mundo, sugere o desenvolvimento comunitário como forma explícita de mobilização das populações carentes contra a miséria e, implicitamente, como forma de inibir o avanço do comunismo (Valla et al.1981, *apud* Oliveira, 2003).

“Desenvolvimento comunitário”, “organização da comunidade” e “Desenvolvimento e Organização da Comunidade” foram as denominações utilizadas para práticas cujo objetivo era o de ajudar as populações mais carentes a reconhecerem suas necessidades e responsabilizarem-se na resolução de seus próprios problemas.

A criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em 1942, teve por objetivo instalar infra-estrutura médico-sanitária que possibilitasse a exploração da borracha e de minérios. Dentro dessa perspectiva novas técnicas de educação sanitária foram desenvolvidas, como educação de grupos, recursos audiovisuais e outras, tendo influência também sobre a formação dos profissionais que atuavam na educação sanitária. Para implantarem a educação sanitária era necessário vencer algumas barreiras sociais, econômicas, culturais. Uma vez que não se tinha uma visão coletiva da doença, mas individual (Melo, *apud* Oliveira, 2003).

Na década de 50 surge o discurso de “higiene” nas ações exercidas pelo Estado e pela sociedade civil, para inserir e adequar as camadas populares marginalizadas.

A educação popular propiciou a organização da população trabalhadora na conquista de seus direitos, mas também contribuiu de forma indireta para o acúmulo do capital (Valla, 1993).

Nos anos 60, em meio à repressão política que impedia a organização da sociedade civil de caráter popular e melhoria das condições de vida, as ações de educação para a saúde passaram a ser chamadas de “educação em saúde”, constituídas por equipes multiprofissionais e não mais só por educadores. No entanto, o regime militar, a partir dos anos 70, começou a ter suas estruturas abaladas, tornando-se evidentes a insatisfação popular, o que resultou em eleição indireta em 1974. Nesse mesmo período, propostas de organização e divulgação das informações para o controle social ganham força, processo que se consolida apenas nos anos 80. (Oliveira, 2003).

A urbanização, o uso de novas tecnologias, a concentração de renda, o desemprego, a desvalorização do salário, contratos informais e a precarização das habitações, foram elementos importantes que contribuíram para a reprodução de novas doenças de transmissão pessoa-pessoa. Na época o governo tentou esconder da população informações sobre

problemas de saúde, como, por exemplo, o caso da epidemia de meningite, que acabou resultando, para amansar a opinião pública, a vacinação da população em caráter de urgência.

Ainda nos anos 70, tem-se a viabilização de algumas políticas sociais por parte do governo, que permitem a reprodução da força de trabalho e minimizar a insatisfação popular. Assim aumenta-se a rede de atendimento, incluindo a contratação privada, ficando a atenção da população concentrada na medicalização dos problemas de saúde, e ao mesmo tempo gerando lucros para o interesse privado.

Com o processo de redemocratização no país, no final dos anos 70, inicia-se o processo de descentralização no primeiro momento do Ministério da Saúde, para as coordenações nas secretarias de Estado, e mais tarde, para os municípios (Oliveira, 2003).

Ao longo do processo histórico, o pensamento dos intelectuais a respeito das camadas populares, nas práticas de educação voltadas para a saúde, era de uma sociedade fragilizada, carente, evidenciada pelo interesse de civilizá-la e instigá-las na busca de respostas aos seus próprios problemas.

Segundo Sader e Paoli (1986 *apud* Oliveira, 2003), durante a 1ª República, foi que surgiu pela primeira vez a representação sistemática sobre os trabalhadores, os “dominados” da sociedade brasileira, o “Povo brasileiro”, visto como atrasado e disperso, e sua integração e unificação seria a única forma de se alcançar a “Ordem e o Progresso”, viabilizada pelo Estado. Essa caracterização do povo brasileiro ecoou por todo o pensamento intelectual.

A diversidade cultural da sociedade brasileira, sua característica principal, era vista como um empecilho para a classe dominante, para o alcance de seus projetos, que era transformá-la numa sociedade mais homogênea, pra se ter o progresso da nação, eliminando suas diversidades na tentativa de uma transformação social.

Oliveira (*op. cit*) cita a experiência desenvolvida pelo Centro de Pesquisas da Leopoldina (CEPEL), integrado pelo grupo de estudos sobre educação, saúde e cidadania, da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), cuja crítica principal é a de que a prática tradicional em saúde visava um comportamento mais individualizado para a obtenção de uma boa saúde, acabando por culpar as camadas populares pelos seus riscos de adoecer e morrer. Os grupos populares ligados à movimentos pela saúde, traziam em sua bagagem uma vasta experiência de vida, mas careciam de uma capacitação técnica. O contrário ocorria com os profissionais de saúde, que detinham o conhecimento técnico, mas não conheciam as experiências vividas pelos grupos sociais, com os quais tinham que lidar em suas relações de trabalho, desconhecendo a realidade vivida por essa população usuária dos serviços de saúde.

Com isso se via a necessidade de uma nova integração entre essa população e os profissionais para suprir essa carência e promover uma participação popular efetiva.

A forma ideal encontrada seria aquela em que os atores fossem capazes de apontar as áreas que julgassem necessárias, para uma intervenção do Estado. Nesse caso, o papel que caberia a investigação científica seria dar o suporte técnico à população fornecendo informações como subsídio para o enfrentamento dos seus problemas, já que o Estado perdeu o controle sobre os agravos que ameaçavam a população.

Nessa conjuntura neoliberal, onde se acredita na redução da responsabilidade do Estado, ao invés de garantir através de políticas sociais, os direitos de cidadania, o que se pode ver é seu caráter excludente e um aumento das injustiças sociais (EPSJV, 2004).

Segundo Valla (1993), o olhar para as classes populares, requer mudanças principalmente sobre o que pensamos acerca de suas maneiras de conhecer e agir no mundo.

Oliveira (2003), mostra que o movimento popular é uma forma de gerenciar e controlar seus problemas coletivos e pressionar o Estado naquilo que ele é ineficiente, onde se buscam as soluções à sua maneira, com respostas às suas necessidades. O olhar apenas para a carência dos grupos sociais vulneráveis ignora suas potencialidades. Nessas potencialidades encontram-se sujeitos com histórias e culturas comunitárias capazes de modificar ou mesmo amenizar seus “sofrimentos”.

Na concepção tradicional da educação acredita-se que acrescentar informações científicas ou produzir novos conhecimentos para uma comunidade vulnerável, seria uma forma da população transformar sua realidade local, o que pode não ser verdade. Uma boa estratégia para alcançar esse objetivo seria tentar uma articulação com os recursos locais (materiais e emocionais). O acúmulo de informação seria uma consequência da estrutura e fortalecimento de uma rede social de apoio, fazendo dos sujeitos mais participativos sem dar ênfase a sua carência (Oliveira, 2003).

Na visão tradicional valoriza-se a transmissão da informação no processo educativo através da linguagem. Nessa tentativa de passar as informações o mais fidedignamente possível, acaba-se provocando uma forma de disputa entre quem tem ou não o conhecimento, colocando os profissionais numa posição hierárquica em relação à população. As repercussões dessas práticas ainda se perpetuam nas ações de controle e Vigilância em saúde, com prescrições de comportamentos adequados para se ter ou não saúde. Sob esta perspectiva o conhecimento acumulado acaba tendo maior importância do que a valorização da troca de experiência vivida de ambos os lados (Oliveira, 2003).

A construção de novos saberes não deveria ser voltada apenas para o acúmulo de conhecimentos, mas na sua capacidade de transformar, através desses saberes, a sua realidade. Pretendo, através dessa perspectiva, apoiar minha análise, na qual tentarei identificar a forma como os profissionais de saúde desenvolvem ações de promoção e de educação em saúde sobre a Leishmaniose Tegumentar Americana e como a população do km32 reconhece o seu papel no controle e prevenção.

### 3 EDUCAÇÃO POPULAR E SUA CONTRIBUIÇÃO NA ATENÇÃO A SAÚDE

#### 3.1 A NECESSIDADE DE MUDANÇAS NO COMPORTAMENTO DOS PROFISSIONAIS EM SAÚDE

A **Carta de Ottawa** (1978) define a Promoção da Saúde como: “O processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. Através dessa definição podemos perceber que a participação da comunidade no processo saúde- doença é de fundamental importância no enfrentamento dos problemas nos quais estão envolvidos e na busca por políticas mais comprometidas com a saúde, devendo portanto receber informações de acordo com sua educação e o nível de alfabetização.

Na Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde, realizada na cidade de Alma-Ata, em 1978, na então União Soviética, foi firmado como compromisso, o movimento chamado de **Saúde para todos no ano 2000**, surgida na Assembléia Mundial da Saúde, em 1977, na esperança de uma melhoria no quadro da Saúde Pública. Desde então a promoção da saúde e a prevenção e o controle das doenças adquiriram maior destaque. Uma vez que esse olhar vem mudando, ou seja, reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, a educação em saúde passa também por grandes transformações, estendendo-se inclusive à formação dos profissionais em saúde. Isto porque colocou em discussão a necessidade de uma formação mais adequada aos profissionais no enfrentamento dos problemas de saúde, para a construção de práticas sociais e valorização da ação política pela comunidade.

Contribuir para a diminuição de taxas de mortalidade e morbidade em países em desenvolvimento se tornou uma tarefa desafiadora, em todos os sentidos, pois a visão ampliada de saúde exige um esforço maior das equipes de saúde e uma articulação entre vários setores da sociedade (“intersetorialidade”) na busca pela melhoria da qualidade de vida da população.

Uma das ferramentas principais da proposta da promoção da saúde, é a participação popular, elemento fundamental na luta para se ter saúde. Essa tarefa, tem sido considerada um tanto complexa tendo em vista a falta de preparo dos profissionais de saúde de atuarem de forma propositiva, no sentido de sensibilizar a população a ter uma participação efetiva.

Nesse sentido, uma grande discussão em torno da educação popular vem sendo

travada ao longo dos anos, apontando para o fato de que a educação em saúde vai além da transmissão do conhecimento técnico dos profissionais de saúde, que em sua prática, costumam ignorar o saber da comunidade, até aquelas que colocam os profissionais em contato mais estreito com a comunidade, valorizando suas experiências de vida e tentando compreender o comportamento das pessoas envolvidas (MS, Secretaria de Políticas de Saúde, 2000).

A formação dos profissionais de saúde é importante para a construção de novas práticas sociais, tendo em vista a valorização dos indivíduos, como “sujeitos sociais”<sup>4</sup>, valorizando a ação política do educando, fazendo com que esse possa usufruir de sua cidadania, desenvolvendo assim, cada pessoa na comunidade. Nesse caso, torna-se evidente que o indivíduo não pode ser tratado isolado do seu contexto social, econômico e ambiental, pois o desequilíbrio em uma dessas áreas, pode aumentar o risco de adoecimento. No caso da leishmaniose tegumentar americana, modificações no ambiente, principalmente em áreas recém-desmatadas, são um importante fator condicionante no desencadeamento da doença.

Para falar em educação popular, é preciso abordar a formação dos profissionais em saúde, entendendo que ainda hoje podemos encontrar um modelo hegemônico do conhecimento, o que afasta a comunidade a ter uma participação efetiva, enfraquecendo as ações de saúde no controle das doenças ( Scotney, 1981)

A educação como processo contínuo na formação dos profissionais de saúde, baseada na “pedagogia libertadora” ou da problematização, defendida por educadores de orientação marxista (MEC, *apud* Pereira, 2003), possibilita uma prática educativa em saúde mais participativa, com base no diálogo, direcionada tanto à população, quanto à formação contínua dos profissionais de saúde. Nesta abordagem pedagógica tanto educador (profissionais de saúde), quanto educando (população), estão no mesmo nível de importância, numa relação horizontal, no qual um ocupa o lugar do outro. A obtenção do conhecimento neste caso se dá através de uma aproximação crítica com a realidade, permitindo que o educando formule perguntas e expresse suas opiniões, desenvolvendo suas habilidades intelectuais.

O fortalecimento das ações de educação em saúde pode se dar a partir do momento em que profissionais de saúde e comunidade caminhem juntos, mas para que isto aconteça, é necessário que a população adquira confiança, nas ações de saúde local, no acompanhamento

---

<sup>4</sup> (L'Abbate, *apud* Almeida, 1994) conceitua sujeito como “Uma pessoa em busca de autonomia, disposta a correr riscos, a abrir-se ao novo (...)na perspectiva de ser alguém capaz de perceber seu papel pessoal/profissional/social diante dos desafios colocados a cada momento e assumindo-se como um ser engajado e responsável pelo que se passa ao seu redor”.

de seu dia a dia. À medida que essa confiança aumenta, pode ocorrer um progresso na melhoria das condições de vida dessa comunidade e ambos são beneficiados.

As mudanças ocorridas, por exemplo, na assistência à saúde, está no fato de que profissionais de nível superior passa a integrar as equipe do Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS, formando posteriormente o programa de saúde da família, trabalhando diretamente com a comunidade, não mais confinados em quatro paredes, passando a conhecer bem mais de perto os problemas dessa comunidade. Isto ocorreu porque médicos, enfermeiros, odontólogos, ao fazer parte das equipes de saúde, passam a compreender o significado social que seu trabalho possui ( Almeida, 1994).

### 3.2 O COMPORTAMENTO DAS PESSOAS PODE APONTAR SOBRE A SUA SAÚDE

O sucesso da educação em saúde, não consiste em transmitir instruções de como fazer as coisas, mas principalmente no ato de modificar hábitos e costumes e nisso está incluindo um trabalho árduo, contínuo e em equipe.

A compreensão de hábitos e costumes exige uma aproximação maior do serviço local de saúde com a comunidade por meio do diálogo, com espaço para escuta de suas queixas, seus problemas, sua condição de vida.

Como consequência, as mudanças no comportamento, podem acarretar problemas de saúde, ou mesmo melhorá-la. No caso da LTA, o costume de entrar na mata, como também as construções de casas próximas ou no interior da mata, facilitam o surgimento da doença, o que ocorre no local da pesquisa, km32. Além disso as queimadas, acabam atraindo o vetor para o peridomicílio, afetando os animais domésticos como cachorros, cavalos, hábito da comunidade na criação desses animais.

As atitudes dos serviços de saúde em prol da comunidade deve ser, sempre que possível, compreensiva e reflexiva, pois antes de analisar o comportamento do outro, primeiro devemos analisar os nossos próprios comportamentos, se estão adequados.

A condição de trabalho dos profissionais de saúde é um importante elemento para o sucesso ou não das ações de educação em saúde. A falta de recursos, a não orientação dos profissionais, podem em conjunto comprometer o desenvolvimento do trabalho de educação em saúde. Sendo assim, a formação dos profissionais deve contemplar a compreensão dos problemas de saúde da comunidade, em seu entorno imediato. Atualmente, ênfase tem sido dada à saúde da família, articulando os serviços de saúde à comunidade, de modo a refletir

também no fortalecimento da integração da comunidade aos serviços de saúde.

Ainda que os indicadores de saúde sejam de grande importância para o planejamento das ações de saúde e das políticas de saúde, não podemos correr o risco de desconsiderar o ser humano nas suas experiências e na sua cultura.

Um dos motivos das dificuldades que os profissionais de saúde têm na sua relação com a população é a não percepção da capacidade da população em se expressar ou mesmo de analisar os seus próprios problemas, encarando-a como dependente e incapaz de tomar suas próprias decisões.

A reorganização dos serviços de saúde, deve ser colocada como uma das estratégias na viabilização das ações de promoção da saúde. Para isso, o envolvimento de outros profissionais, envolvendo psicólogos, assistentes sociais, pedagogos, iria ajudar a comunidade no enfrentamento dos seus problemas, ou pelo menos orientá-las, atuando de forma integral na vida dessa comunidade. Assim sendo, uma ação fundamental para a garantia da promoção, visando uma melhoria na qualidade de vida, seria a formação de equipes interdisciplinares.

O SUS (Sistema Único de Saúde) é um sistema universal que defende a saúde como um direito humano e tem por objetivo a integralidade da atenção, seja em termos de garantir o acesso a todos os níveis de complexidade do sistema, seja em relação ao indivíduo ser pensado em sua totalidade .

A atenção básica tem sido considerada o locus privilegiado para o desenvolvimento das ações de educação em saúde, e para a promoção e prevenção de doenças. Nesse sentido a principal estratégia para esse nível de atenção é o Programa de Agente Comunitário-PACS, e o Programa de Saúde da Família -PSF. No entanto, segundo Albuquerque e Stotz

“ Os órgãos gestores nacionais enfatizam a importância das atividades educativas no âmbito do PSF, embora não tenham sido desenvolvidas propostas para o seu financiamento nem políticas específicas para o desenvolvimento de ações ou mesmo que visassem à capacitação dos profissionais.

No âmbito dos municípios, tem sido mais comum o relato de experiências utilizando o referencial da educação popular nas práticas de saúde , porém levadas a cabo por iniciativa dos próprios profissionais, muitas vezes até em contraposição aos gerentes municipais.”(2004,p.261).

### 3.3 AS FORMAS DE PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE E O CONCEITO DE PARTICIPAÇÃO

Ao entender que a maioria das comunidades não são homogêneas e que cada uma terá sua forma de participação, é preciso primeiramente compreender como está sua estrutura de poder, ou seja, como ela está organizada e como se relacionam entre si, para então saber como e quando as ações dos serviços de saúde podem “contar” com a participação da comunidade e planejar as ações de controle (MS, O ACS incentivando a participação da comunidade, 2000, p. 62-63).

Para entender a participação popular como forma de auxiliar as ações de saúde, é necessário analisar as formas efetivas dessa participação: o primeiro focaliza a melhoria do atendimento, que valoriza a cooperação entre as pessoas.

O segundo defende a participação popular como um processo no qual a própria população trabalha para o enfrentamento dos seus problemas, adquirindo um maior controle sobre sua saúde e seu corpo. Nesse caso, consideram-se os conflitos de interesses na própria comunidade, exercendo uma forte influência sobre a saúde das pessoas. Sem desmerecer a organização e a cooperação na solução dos problemas que os grupos sociais têm em comum, percebe-se que as pessoas, ocupam posições econômicas e políticas diferentes. Partindo desse princípio, a participação popular deveria ser mais ampliada, tanto para seus interesses, quanto para uma busca de melhorias nas políticas de saúde, em prol de toda a população, tendo como consequência o fortalecimento das classes dominadas. Por outro lado, essa também seria uma forma do Estado se legitimar nas áreas onde não consegue dar respostas à população, fazendo então um “convite” à sua participação na resolução do problema (MS, ACS, 2000).

Portanto, no que se refere as distintas visões acerca da participação popular, pode-se dizer que ela é tida como meio de controlar as pessoas, mas também como meio das pessoas adquirirem seus próprios controles. Desta forma, identificar quais os conflitos dentro da comunidade e como que se relacionam entre elas poderá ajudá-la numa melhor participação.

A oferta de serviços e a melhoria das condições de vida de uma comunidade carente é condição necessária, mas não suficiente para garantir sua participação. Antes acredito ser fundamental o fortalecimento político para que a participação possa construir um olhar crítico sobre sua realidade.

Muitas das vezes, a população é ignorada, vista como incapaz de pensar sobre seus problemas, principalmente no caso da saúde. Nesse caso, muitos profissionais de saúde se

acham na condição de superiores, detentores do conhecimento. Por isso, sua participação ainda é muito tímida, ficando a classe popular, “esmagada” pelos seus dominadores, à saber os “detentores” do conhecimento, que a enxerga como acomodada, passando a “culpabilizar a vítima” por seus problemas de saúde (Valla, 1998).

#### 3.4 LEI 8142/90: UMA GARANTIA DE PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NO CONTROLE SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

No processo de democratização do país a Lei 8142, foi formulada a fim de garantir a participação comunitária na formulação de estratégias para o controle, fiscalização e execução das políticas de saúde. Essa garantia não deve estar restrita somente na escrita, mas deve ter seu efeito na prática. Por exemplo, as Conferências de Saúde têm por objetivo também “dar voz” a sociedade para expor os principais problemas de saúde que vem afetando-a, bem como discutir as propostas de melhoria. Cabe destacar que as conferências têm que ter como perspectiva o interesse coletivo e não a busca de interesses particulares, com relevância para o que se propõe.

A sua participação social se dá efetivamente através dos conselhos de saúde, tendo sua representação paritária, com 50% de usuários (distribuídas entre associações de moradores, sindicatos, portadores de deficiência e patologias). Entretanto, há quem se queixe de que os conselhos não garantam a participação de fato. Já que os espaços destinados às reuniões são insuficientes para comportar todas as entidades. Segundo a socióloga Soraya Vargas (Radis, 2007), isso também pode ser um reflexo da nossa sociedade ser desigual, altamente hierarquizada e autoritária, mas não se deve esquecer que a estrutura dos conselhos é contra-hegemônica. Sendo assim, a participação da população nesse seguimento, exige sua organização, a fim de garantir seu direito à voz e não ser levada a qualquer “vento” de discussão.

Como exemplo, posso citar o não conhecimento da população com relação ao SUS, devido a má impressão que os meios de comunicação tem passado sobre o SUS, dando uma noção equivocada de que o sistema de saúde resume-se apenas ao atendimento hospitalar. Talvez seja essa uma das causas do pouco interesse da população em assumir seu papel na participação da políticas públicas de saúde, desconhecendo o sistema em sua essência, ficando apenas a visão que a imprensa tem passado.

De uma forma geral a população acaba desacreditando nas políticas públicas, vindo à tona a falta de saneamento básico e etc, uma das formas mais visíveis da ausência do poder público.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 LOCAL DO ESTUDO

1- A realização dessa pesquisa ocorreu no km32, no município de Nova Iguaçu. Este bairro é dividido em duas partes pela estrada Antiga Rio-São Paulo. O estudo se deu no local de existência de foco de LTA, o lado direito da pista, no sentido de quem vai para São Paulo.

2- O foco da doença se dá na parte mais próxima da mata, serra de Marapicu, que tem o seu início em Mesquita. Em 1986 ocorreu um novo surto da doença no distrito de Mesquita, que contabilizou 103 casos na divisa entre os municípios de Nova Iguaçu e Rio de Janeiro. Segundo relatos, em toda sua extensão há focos da Leishmaniose.

3- Muitas queimadas têm ocorrido no km 32, facilitando a adaptação do vetor envolvido na transmissão da doença, a estes ambientes modificados, ocorrendo surtos sazonais, já que a área é caracterizada por possuir um resíduo de mata primária.

4- Cabe destacar que não se trata de uma área de invasão e sim um loteamento da própria CEHAB<sup>5</sup>, com um prévio planejamento para transformar esta região em local de moradias. Existe também uma pedreira próxima à região, acarretando mudanças no espaço.

### 4.2 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

1- Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas junto a população residente, afetada ou não pela LTA, e aos profissionais de saúde da unidade de saúde local, envolvidos com ações educativas na comunidade<sup>6</sup>. Para tanto, foram elaborados dois roteiros de entrevista distintos.

- Um, semi-estruturado, para a população residente, cujas questões pretenderam identificar os seus conhecimentos acerca da LTA e as práticas preventivas desenvolvidas.
- O outro, estruturado, destinado aos profissionais de saúde, que tinha como objetivo, conhecer as estratégias de educação em saúde desenvolvidas com a população para a prevenção e o controle da LTA.

2- Utilizei ainda um diário de campo para registro de todas as informações colhidas no momento da observação, que não tenham sido obtidas formalmente no momento das entrevistas.

---

<sup>5</sup> Companhia Estadual de Habitação

<sup>6</sup> Ver roteiros em anexo.

#### 4.2.1 Sujeitos da pesquisa

A escolha dos sujeitos da pesquisa se deu através de um “informante-chave” que trabalha atualmente na Secretaria Municipal de Saúde de Nova Iguaçu, desenvolvendo atividades de prevenção e controle da LTA na comunidade de estudo.

Tendo em vista que o conhecimento sobre a doença, seus mecanismos de transmissão e prevenção costumam ficar restritos a indivíduos que já tenham vivenciado essa enfermidade, ou que tiveram familiares e/ou conhecidos com a doença (Uchôa et al., 2004) foram escolhidas seis famílias, três cujos membros tiveram a doença e três sem vivência com a enfermidade. No que se refere aos profissionais de saúde da unidade de saúde local, foram entrevistados cinco profissionais, três com função de nível fundamental e dois com função de nível médio.

A análise dos dados foi realizada através da *análise de conteúdo* que, segundo Minayo (1994), é uma técnica de investigação que tem por finalidade “*à descoberta dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado*” (p. 74).

O único profissional de nível superior da unidade, uma médica, encontrava-se de licença médica no momento do estudo.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A educação em Saúde sob a perspectiva dos profissionais de saúde: todos os profissionais entrevistados consideram que a população atendida tem nível de saúde regular e em caso de adoecimentos buscam atendimento na Unidade Básica de Saúde Patrícia Marinho no bairro do Jardim Paraíso, próximo do km 32. Os problemas de saúde mais freqüentes apontados pelos profissionais de saúde foram verminoses, resfriados, e hipertensão. Os problemas mais graves são: diabetes, hipertensão e o saneamento básico.

O que impressiona é o fato da leishmaniose ter sido apontada como uma doença grave, apenas por um profissional. Um elemento explicativo pode ser o fato de que o acompanhamento não é feito pelo serviço local, mas sim pela Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ.

Quanto ao diagnóstico de LTA, todos relataram que o mesmo é feito na FIOCRUZ, Quanto ao tratamento, relatou-se que a Unidade Básica de Saúde local, realiza a aplicação do medicamento injetável e, faz curativos, com orientação informando sobre o cuidado com as feridas.

Todos os profissionais entrevistados disseram que há distribuição de folders, e apenas um profissional mencionou a não disposição de cartazes na unidade, como forma de educação em saúde. No momento da pesquisa não foi encontrado nenhum cartaz informativo sobre a LTA colado nas paredes da unidade.

Os entrevistados relataram que os envolvidos nas ações de educação em saúde são os agentes de endemias, agentes comunitários de saúde, auxiliar de enfermagem, técnicos de enfermagem, médico e psicólogo. No momento da pesquisa, a unidade não dispunha desse profissional, psicólogo, como apoio terapêutico.

Quanto às temáticas abordadas nas ações de educação em saúde, apenas os agentes de combate às endemias Fundação Nacional da Saúde – FUNASA, é que souberam responder. Isso mostra que não é feito nenhum treinamento com os profissionais envolvidos nas tarefas de educação em saúde, já que os demais não souberam informar as temáticas abordadas de educação em saúde.

Quanto às temáticas descritas pelos agentes de combate as endemias destacam-se: o envolver a população com os problemas existentes de saúde; Manter o vetor no seu habitat, respeitando o ecossistema; Não entrar na mata fechada , principalmente no crepúsculo; Monitorar a saúde dos animais, com cachorros, cavalos, galinhas; Estar atento quanto aos prováveis reservatórios; Procurar o posto de saúde quando surgir alguma ferida para o

encaminhamento de suspeitos da doença.

Dos cinco profissionais entrevistados 3 sabiam a quantidade de casos de LTA no local (40 casos e 16 em tratamento).

Todos consideraram necessário algum tipo de apoio terapêutico aos pacientes infectados, justificando a gravidade da doença, pois as pessoas são afetadas pelos efeitos colaterais dos medicamentos, sendo o tratamento longo e doloroso. Além disso, a aparência física pode ficar comprometida com a doença, levando a baixa estima da pessoa atingida. Fui informada de que esse apoio terapêutico, com psicólogo, foi feito somente quando surgiram os primeiros casos, hoje não mais havendo a participação desse profissional. A doença também afeta a questão sócio econômica, pois como dizer à população que ela deve estar bem alimentada para poder tomar o medicamento, se muitas das vezes ela não tem o que comer? É uma tarefa difícil para os profissionais, que já fizeram inclusive um mutirão para ajudar os mais necessitados. Há também dificuldade no transporte dos pacientes até a FIOCRUZ, pois a Secretaria Municipal de Saúde nem sempre o disponibiliza.

Quanto à orientação da comunidade no que se refere às formas de transmissão e prevenção da LTA, foram apontadas: disposição de cartazes na comunidade, palestras nas “salas de espera”, atividades em escolas/ associação de moradores. Porém, numa das minhas conversas, foi relatado que a associação de moradores não tem tido uma boa receptividade com os agentes de combates as endemias, que atuam mais diretamente na área da educação em saúde, numa espécie de conflito.

<b>Estratégias de educação em saúde</b>
Palestras na sala de espera
Orientar quanto aos hospedeiros
Distribuição de panfletos.
Conversas com a população.
Procurar o posto caso surgir alguma ferida
<b>Temas abordados</b>
Não invadir a mata
Vigiar a saúde dos animais envolvidos na transmissão da doença
Descrevendo a doença....

Evitar criadouros ao redor das casas
Limpeza do quintal
Respeito ao ecossistema
Quem transmite a doença
Manter o vetor no seu habitat

Segundo os profissionais, sua principal dificuldade é a falta de recursos para o trabalho, a falta de colaboração da associação dos moradores, falta de apoio da Secretaria de saúde e de comunicação entre as partes. Porém, quanto à comunidade, há uma disponibilidade para colaborar. A falta de transporte para levar os casos suspeitos ao local dos exames diagnósticos, também foi apontada como uma das principais dificuldades.

Os resultados apontam que os profissionais parecem estar sem apoio da Secretaria Municipal de saúde e seu trabalho está sendo prejudicado por isso.

Durante a observação, não visualizei nenhum equipamento de apoio para as atividades de educação em saúde, nem mesmo cartazes informativos sobre a doença. Além disso, percebe-se um certo despreparo das equipes de saúde local para o controle e a prevenção da LTA junto à comunidade. A educação em saúde sob a perspectiva da comunidade: ao perguntar sobre a LTA, todos os entrevistados confirmaram ter “ouvido falar” da doença. Uma delas não associou a doença com o meio ambiente. Cinco entrevistadas associaram a transmissão da doença ao vetor, mas uma não soube informar.

Quanto aos sintomas, apenas uma relatou ter apresentado sintomas como, febre, dor de cabeça, náusea, dor no local, mas no geral apenas a ferida foi apontada como sintomas.

Alguns reclamaram do medicamento causar efeitos colaterais diversos e a necessidade de alta dosagem para obter os resultados desejáveis. Inclusive uma das entrevistadas, confundiu os sintomas com os efeitos colaterais da medicação.

Os entrevistados relataram que descobriram a doença através de conhecidos que já tenham tido a mesma. Nos primeiros casos, a equipe de saúde alertou a população à respeito do foco no local, apresentando a doença. Porém todos foram unânimes ao relatar que esse trabalho de prevenção e controle só ocorreu no início dos casos. Isso aponta a falta de continuidade das ações educativas e da ausência de participação da população.

Quanto às ações de prevenção desenvolvidas pela equipe de saúde, segundo a população, foram realizadas as mais diversas orientações: “cuidados com as plantas nos vasos com água”, “cuidados com os cantos”, “aplicação de inseticidas no domicílio” (no caso mencionado é o profissional quem faz a aplicação), “acender durma bem”, “não tacar fogo na mata” e uma não soube responder. Segundo o Manual de Controle da LTA, 2000, algumas medidas de proteção individual são válidas, como o uso de mosquiteiros simples ou impregnados com deltametrina (em fase de experiência), usos de telas finas em portas e janelas, uso de repelentes, uso de camisa de manga comprida, calças compridas, meias e sapatos (o que é difícil em lugares muito quentes). O maior problema são as casas muito próximas da mata, onde é visto animais silvestres, com os micos. A geração de lixo orgânicos pode atrair os animais silvestres (marsupiais e roedores), que possuem altas taxas de infecção. Portanto o lixo deve ter seu próprio destino, para evitar a atração desses animais. Com pode-se observar a população parece desconhecer diversas dessas estratégias, havendo, inclusive, o confundimento com estratégias específicas para o controle da dengue.

Todos acharam que a doença é um problema para a comunidade, associando a falta de tratamento pode levar ao óbito, e que os casos podem aumentar se nada for feito.

As formas de discussão sobre a doença, foi em família e ou no posto de saúde, com orientações quanto aos sinais da doença. Quando são encaminhados os casos suspeitos para FIOCRUZ, os profissionais também conversam sobre a doença e os cuidados que devem ser tomados.

Foi relatado por três entrevistados que a comunidade não é saudável, porque há muitos problemas de saúde, como por exemplo, a falta de saneamento básico, que acaba contribuindo para surgimento de doenças, como foi dito também pelos profissionais de saúde. Foi relatado a existência de casos de hepatite A no local e que já estava sendo solicitado a análise da água.

Os demais consideram ser regular a saúde da comunidade, comentando sobre o acesso ao posto de saúde, que em sua avaliação, pouco tem dado respostas à população. Ainda é oferecido apenas exames ginecológicos, verificação de pressão arterial, mas, as demais necessidades permanecem sem respostas.

No momento do trabalho de campo, o posto estava sem médico, pois o que tinha estava de licença médica e não havia nenhum substituto. Quando surgiram os primeiros casos de Leishmaniose, era disponibilizado o tratamento psicológico, porém hoje não há mais essa modalidade no posto, o que é uma pena, pois a comunidade carece desse profissional, devido a doença ser tão desfigurante.

Ao perguntar a eles sobre o que é ter saúde, todos foram unânimes: ter saúde é “ não ter falta de nada”; Alguns acrescentaram que é “não ter doença”, é “ter saneamento básico”, “bem estar e sem muitas queixas”, que no geral acaba indo ao encontro do conceito ampliado de saúde: ter casa, condições de trabalho, educação, diversão, alimentação, organização dos serviços de saúde, meio ambiente.

## 6 CONCLUSÃO

Nosso país ainda vive grandes desigualdades sociais, onde muitos são excluídos, ficando à margem da sociedade sem seus direitos garantidos. Acho que a saúde é uma forma de defesa para a população, embora muito tenha que se fazer ainda para alcançar esses objetivos. Mas se analisar-mos como era o acesso da população à saúde, podemos ver que se obteve muitos avanços. A saúde está mais democratizada quanto ao acesso, não significando que todos tenham um acesso igualitário, até porque as necessidades não são iguais para todos.

Quanto ao acesso às informações, ainda é visto como um processo hegemônico, onde poucos detém o conhecimento. Não podemos esquecer de que a comunidade possui seus próprios conhecimentos a partir de sua experiência de vida com o seu valor, e isso deve ser levado em conta.

Outro aspecto é que todas as ações de saúde são vistas como “ação educativa”, e as atividades são conduzidas de acordo com os programas da ocasião, ou da epidemia do momento, sem uma continuidade no processo educativo. Pude observar também, a falta de compromisso das Secretarias de Saúde (Municipal, Estadual) com relação ao tema proposto. Há uma dificuldade de “parar” os profissionais para as atividades de educação em saúde, que acaba sendo encarada como uma ação alternativa, ao invés de uma estratégia para a melhoria da saúde, o que no caso da LTA possui agentes específicos para a realização desse trabalho, como também da Dengue e Roedores. Outra dificuldade é o sujeito no seu papel de cidadão participativo. Além disso, sem articulação com outros setores fica difícil o alcance de resultados satisfatórios, pois o setor saúde sozinho não responde às questões sociais.

No decorrer das últimas décadas o tema recebeu vários nomes: “educação em saúde”, “práticas educativas em saúde”, “comunicação em saúde”, “informação em saúde”, porém na sua essência deveria servir como instrumento no processo de formação da cidadania dos sujeitos envolvidos, a fim de desenvolverem sua autonomia, em que os profissionais compartilhando os conhecimentos, aprenderão também com a população, onde ensinar e aprender estão intrinsecamente ligados.

“Numa concepção concreta, o ponto de partida tanto do processo de formação da cidadania (político-ideológico), como de formação de uma consciência sanitária como um todo (científico e social), pressupõe a acumulação de conhecimentos pela população, que estaria desse modo, apropriando-se da compreensão e prática do processo de saúde, no qual está envolvida, e à partir daí, adquirindo condições reais para nele interferir”.(Cocco, 1999).

Infelizmente não se pôde observar a educação em saúde nessa perspectiva no estudo realizado no KM 32 em Nova Iguaçu.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, P.C., STOTZ, E.N., A educação Popular na atenção básica à saúde no Município: em busca da integralidade. **Interface- comunic., saúde, educ.**, v.8,nº 15,p.259-274, mar/ago,2004.
- ALMEIDA, Filho, N e M.Z. Rouquayrol. Introdução à Epidemiologia Moderna, Salvador, Apece Produtos do conhecimento e **ABRASCO**, 1990.
- BASANO, S.A, & CAMRGO, L.M.A. Leishmaniose tegumentar americana: histórico, epidemiologia e perspectivas de controle. **Rev. Bras. Epidemiol.** p.328-337,Vol. 7, nº3, 2004.
- COCCO, M.I.M. **Educação, Saúde e trabalho: antigos problemas, novos contextos, outros olhares. Práticas Educativas em saúde e a construção do conhecimento emancipatório**, Campinas: Alínea, p. 63-70, 1999.
- ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (org). **Informação e diagnóstico de situação**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPSJV, PROFORMAR (Módulo 5). 2004.
- MINAYO, M<sup>a</sup>.C.S. (org). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1994.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Controle da Leishmaniose Tegumentar Americana**. Brasília: Fundação Nacional da Saúde/MS, 2000, 62p.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde-** Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2000.
- OLIVEIRA, Rosely Magalhães. A construção do conhecimento nas práticas de educação em saúde: repensando a relação entre profissionais dos serviços e a população. **Perspectiva Ciência e Informação**. Belo Horizonte, p. 22-45, julho/dezembro 2003.
- PEREIRA, A.L.F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(5), p. 1527-153, set-out, 2003.
- PIMENTA, Denise Nacif, LEANDRO, Anita, SCHALL, Virgínia Torres. A estética do grotesco e a produção audiovisual para a educação em saúde: segregação ou empatia? O caso das leishmanioses no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23 (5), p. 1161-1171, mai. 2007. Bimensal.
- SCOTNEY, Norman. **Educação para a saúde: manual para o pessoal de saúde da zona rural**. São Paulo: Ed. Paulinas, 1981.
- UCHÔA, Cláudia Maria Antunes. Educação em saúde: ensinando sobre a leishmaniose tegumentar americana. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 (4), p.935-941, jul. 2004. Bimensal.

VALLA, Victor V., **Participação Popular, Educação e Saúde**: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará, 1993.

VALLA, Victor V., STOTZ, Eduardo Navarro. **Educação Saúde e Cidadania**. Petrópolis/RJ: Editora Vozes. 1994.

WALDMAN, Eliseu Alves; SILVA, Luiz J.; MONTEIRO, Carlos Augusto. **Velhos e novos males da saúde no Brasil**: a evolução do país e de suas doenças. São Paulo, Hucitec, 1995. p.195-244.

FIOCRUZ/ RADIS. **Comunicação em Saúde**, Nº 53, Rio de Janeiro, 2007.

Sites consultados:

[:www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)

[www.portaldasaude.gov.br](http://www.portaldasaude.gov.br)

## ANEXO A

**Roteiro de entrevista para Profissionais de Saúde**

- Nome da unidade de saúde:
- Função:
- Há quanto tempo está trabalhando na unidade de saúde local:
- Morador local: (S) (N)
- Idade:
- Sexo:

1-Como você qualifica a situação de saúde (no sentido coletivo) dos moradores da localidade?

( ) Boa ( ) Regular ( ) Ruim

2-Quando as pessoas do bairro adoecem, onde costumam procurar atendimento?

Local (bairro/cidade): \_\_\_\_\_

Nome do serviço de saúde: \_\_\_\_\_

3-Quais são as doenças mais freqüentes no bairro/localidade?

\_\_\_\_\_;

\_\_\_\_\_;

\_\_\_\_\_;

4-Quais são os três problemas mais graves existentes na comunidade?

\_\_\_\_\_;

\_\_\_\_\_;

\_\_\_\_\_;

5-A unidade de saúde local realiza o diagnóstico dos casos de Leishmaniose Tegumentar Americana?

- (1)Sim
- (2)Não
- (3)Não sabe informar.

Em caso negativo, onde é realizado o diagnóstico?

6-A unidade de saúde realiza o tratamento dos casos de Leishmaniose Tegumentar Americana?

- (1)Sim
- (2)Não
- (3)Não sabe informar.

Em caso negativo, onde é realizado o tratamento?

7Como é feita a orientação da comunidade quanto às formas de transmissão e prevenção da LTA?

- ( ) distribuição de folders;
- ( ) disposição de cartazes na unidade;
- ( ) disposição de cartazes na comunidade;
- ( ) palestras na “sala de espera”;
- ( ) grupo com usuários da unidade de saúde;
- ( ) atividades em escolas / associação de moradores;
- ( ) campanhas na comunidade;
- ( ) Outras: \_\_\_\_\_( ) Não é

realizada pela unidade de saúde;

8-Quais os profissionais envolvidos nessa tarefa?

- ( ) agente de endemias;
- ( ) agente comunitário de saúde:
- ( ) auxiliar de enfermagem;
- ( ) técnico de enfermagem;
- ( ) outro profissional de nível médio: \_\_\_\_\_
- ( ) enfermeiro
- ( ) médico
- ( ) outro profissional de nível superior: \_\_\_\_\_

9-Os profissionais envolvidos recebem (ou receberam) algum tipo de treinamento para efetuar essa tarefa?

- (1)-Sim
- (2)-Não
- (3)-Não sabe informar.

10-Você saberia informar quantos casos de LTA existem atualmente na comunidade?

- \_\_\_\_\_ Tratados;
- \_\_\_\_\_ Em tratamento.
- \_\_\_\_\_ Não sabe informar.

11-Você considera necessário algum tipo de apoio terapêutico (psicológico) para os casos de LTA?

- 1 Sim
- 2 Não
- 3 Não sabe informar.

Por quê?

12-Ele é oferecido para os pacientes em tratamento para LTA?

- (1) Sim, pela unidade de saúde local.
- (2) Sim, na unidade de saúde onde realiza o tratamento.
- (3) Não
- (4) Não sabe informar.

13-A unidade de saúde local faz algum tipo de acompanhamento dos casos de LTA existentes na comunidade?

(1)Sim

(2)Não

(3)Não sabe informar.

Em caso positivo, quais as atividades realizadas?

14-Na perspectiva da educação em saúde, **de que maneira** (forma) você acha que o controle e a prevenção da LTA devem ser abordados junto à comunidade?

15-Que informações/orientações (conteúdo) sobre a LTA são conversadas com a população (e/ou usuários do serviço de saúde)? Ainda que esse tipo de atividade não seja desenvolvido junto à comunidade, quais as orientações que você acha que deveriam ser priorizadas?

16-Existe alguma dificuldade da unidade de saúde no desenvolvimento de práticas de educação em saúde? Quais? Como tentam solucioná-la?

17-Existe algum espaço, além da unidade de saúde local, para diálogos com a população?

(1)Sim.

(2)Não

(3)Não sabe informar

18-Que espaços são esses?

(1)Atividades com a associação de moradores;

(2)Atividades em escolas;

(3)Outros:

---

19-Com que frequência ocorrem?

(1)Semanalmente;

(2)Quinzenalmente;

(3)Mensalmente;

(4)Outro: \_\_\_\_\_

(5)Não sabe informar.

20-Quem os organiza?

(1)A própria unidade de saúde;

(2)A unidade de saúde com a associação de moradores;

(3)A associação de moradores;

(4)A escola;

(5)Outro: \_\_\_\_\_

21-Quais as temáticas tratadas:

**ANEXO B****Roteiro de entrevista para a Comunidade**

1-Você já ouviu falar em Leishmaniose Tegumentar Americana? (ou “doença brava?”).

2-Você acha que essa doença tem alguma relação com o meio ambiente?

3-Como é que se pega essa doença?

4-O que a pessoa sente quando fica doente?

5-Você ou alguém da sua família já teve essa doença?

- Caso não tenha ninguém na família com a doença, ir para a Pergunta 8.

6-Como descobriu que estava doente?

- Procurar saber onde e por quem foi feito o diagnóstico.

7-Como foi para conseguir o tratamento? Houve alguma dificuldade? Onde ele foi (ou é) realizado?

8-Quando a pessoa fica doente, você sabe como e onde deve se tratar?

9-O que pode ser feito para se evitar essa doença?

10-Como obteve essas informações?

- Procurar saber quem informou, quando e onde?
- Explorar se o serviço de saúde local desenvolve alguma estratégia de educação em saúde para a prevenção da LTA.

11-Aqui na comunidade existem casos dessa doença? Você acha que isso é um problema para a comunidade?

12-Você ou alguém de sua família já discutiram sobre esse problema em alguma reunião ou encontro, na comunidade? O que vocês conversaram? Quando? Quem organizou a discussão?

13-Você acha que a sua comunidade é saudável? Por quê?

1. Explorar com o entrevistado se a saúde da população tem relação com o meio ambiente em que vive.

14-O que é ter saúde pra você?