



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

SUZANNE MYCHELLY ROSA SILVA MAGALHÃES

**A LEISHMANIOSE VISCERAL VISTA A PARTIR DA HISTÓRIA ORAL: práticas
culturais, desafios e processos de territorialização no município de Araguaína-TO**

**ARAGUAÍNA/TO
2019**

SUZANNE MYCHELLY ROSA SILVA MAGALHÃES

A LEISHMANIOSE VISCERAL VISTA A PARTIR DA HISTÓRIA ORAL: práticas culturais, desafios e processos de territorialização no município de Araguaína-TO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Estudos de Cultura e Território pela Universidade Federal do Tocantins Campus Araguaína – UFT como requisito à obtenção do grau de Mestre em Cultura e território.

Orientador: Prof. Dr. Euclides Antunes de Medeiros

ARAGUAÍNA-TO
2019

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

- M1831 Magalhães, Suzanne Mychelly Rosa Silva.
A LEISHMANIOSE VISCERAL VISTA A PARTIR DA HISTÓRIA ORAL:
práticas culturais, desafios e processos de territorialização no município de
Araguaina-TO. / Suzanne Mychelly Rosa Silva Magalhães. – Araguaina, TO,
2019.
108 f.
Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade Federal do Tocantins
– Câmpus Universitário de Araguaina - Curso de Pós-Graduação (Mestrado)
em Estudo de Cultura e Território, 2019.
Orientador: Euclides Antunes de Medeiros
1. Leishmaniose. 2. Cultura. 3. Território. 4. Habitus. I. Título

CDD 306

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

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

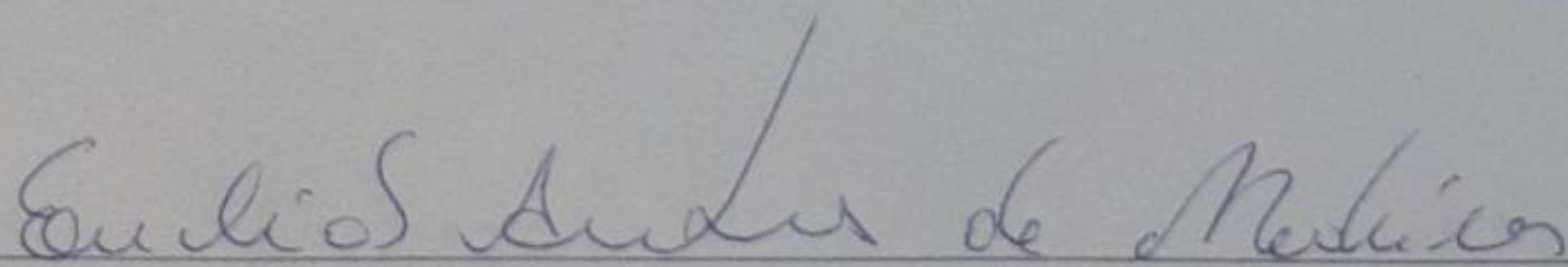
SUZANNE MYCHELLY ROSA SILVA MAGALHÃES

A LEISHMANIOSE VISCERAL VISTA A PARTIR DA HISTÓRIA ORAL: práticas culturais, desafios e processos de territorialização no município de Araguaína-TO

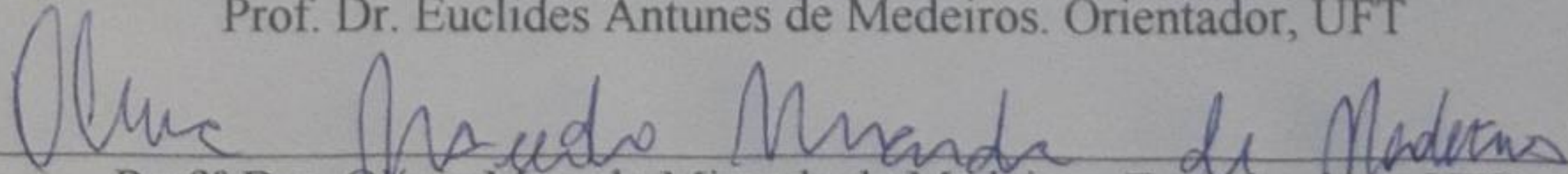
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Estudos de Cultura e Território pela Universidade Federal do Tocantins. Foi avaliada para a obtenção do título de Mestre em Cultura e Território e aprovada em sua forma final pelo Orientador e pela Banca Examinadora.

Data de aprovação: 25/10/2019

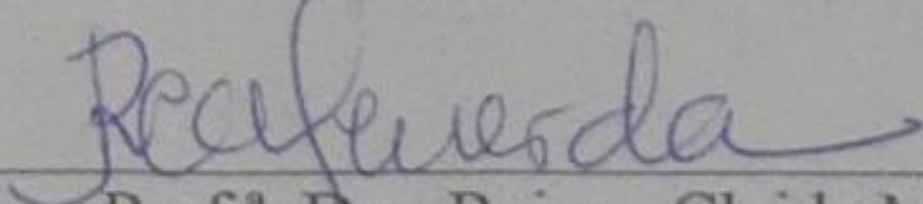
Banca Examinadora:



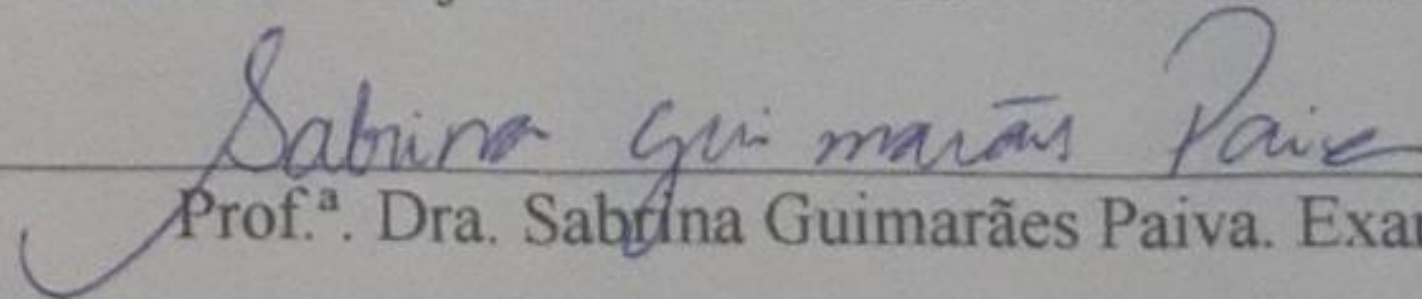
Prof. Dr. Euclides Antunes de Medeiros. Orientador, UFT



Prof.^a Dra. Olívia Macedo Miranda de Medeiros. Examinadora, UFT



Prof.^a Dra. Rejane Cleide Medeiros de Almeida. Examinadora, UFT



Prof.^a Dra. Sabrina Guimarães Paiva. Examinadora, IFTO

Ao meu orientador, Prof. Dr. Euclides Medeiros, ao meu esposo Thiago e aos meus pais, Ezio e Sueli, que me mostraram a direção correta e me ensinaram a ter fé na vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela dádiva da vida e por me permitir realizar todos os meus sonhos. Obrigada por me permitir errar, aprender e crescer, por sua eterna compreensão e tolerância, por seu infinito amor, pela sua voz “invisível” que não me permitiu desistir e, principalmente, por ter me dado uma família tão especial, enfim, obrigada por tudo. Ainda não descobri o que eu fiz para merecer tanto.

Ao Prof. Euclides Antunes de Medeiros, pela orientação, competência, profissionalismo e dedicação tão importantes. Quando eu estava prestes a desistir do mestrado, ele me abraçou como orientanda e bastaram alguns minutos de conversa e umas poucas palavras de incentivo, lá estava eu, com a minha dissertação toda estruturada. Obrigada por acreditar em mim, pelos incentivos e principalmente por me fazer enxergar que existe mais que pesquisadores e resultados por trás de uma dissertação, mas vidas humanas. Tenho certeza que não chegaria neste ponto sem o seu apoio. Você foi e está sendo muito mais que orientador: para mim será sempre mestre e amigo.

Aos membros da banca examinadora, Prof.^a Dra. Olívia Macedo Miranda de Medeiros, Prof.^a Dra. Rejane Cleide Medeiros de Almeida, Prof.^a Dra. Sabrina Guimarães e Prof.^a Dra. Kênia Gonçalves Costa, que tão gentilmente aceitaram participar e colaborar com essa dissertação.

Desejo igualmente agradecer a todos os professores, ao coordenador do mestrado, aos colegas, cujo apoio e amizade estiveram presentes em todos os momentos.

Ao Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), em especial à Ketlen, pela oportunidade concedida para a realização das entrevistas e coleta de dados.

Ao meu esposo Thiago, por todo amor, carinho, compreensão e apoio em tantos momentos difíceis desta caminhada. Obrigada por permanecer ao meu lado, mesmo sem os carinhos rotineiros, sem a atenção devida e depois de tantos momentos de lazer perdidos. Obrigada pelo presente de cada dia, pelo seu sorriso e por saber me fazer feliz.

Por fim, a todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização desta dissertação, o meu sincero agradecimento.

RESUMO

A Leishmaniose visceral possui registro histórico em Araguaína, Tocantins, com uma prevalência e constante registro de casos ao longo dos anos. Dados de 2001 a 2017 do Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) demonstraram como essa doença tem se estabelecido ao longo dos anos. Esta dissertação tem como objetivo entender as práticas culturais e os processos de territorialização que contribuem na endemicidade da Leishmaniose Visceral (LV) no município de Araguaína-TO. A metodologia de pesquisa utilizada foi a história oral como método para coleta de dados qualitativos. Foram entrevistados dois agentes de endemias, um coordenador do CCZ, duas pessoas que foram acometidas pela doença e uma que teve o cão diagnosticado com LV. Dessa forma, e a partir dos relatos de história oral apresentados pelos seis entrevistados, obteve-se como resultado principal os fatores sociais e histórico-culturais como contribuintes para a prevalência da LV em Araguaína-TO. Tem-se como principais considerações: a interação entre fatores culturais e de território enquanto variável teórica que contribuiu para o agravamento no problema de endemia na cidade; os costumes e práticas culturais, tanto na rejeição de moradores à visita dos agentes, quanto na recusa pela busca de uma solução coletiva ao problema, bem como na crença de que não serão infectados por já estarem habituados à doença; a existência de lotes abandonados, criadouros ilegais de pombos e galinhas e despejo ilegal de lixo nesses locais, o que possibilita a proliferação dos vetores; e a necessidade de mais ações diretas por parte do governo no sentido de informar à população sobre a problemática que é a LV em Araguaína-TO.

Palavras-Chave: Leishmaniose; Cultura; Território, *Habitus*.

ABSTRACT

Visceral Leishmaniasis has a historical record in Araguaína, Tocantins, with prevalence and constant record of cases over the years. Data from 2001 to 2017 from the Zoonosis Control Center (ZCC) demonstrated how this disease has been established over the years. This dissertation aims to understand the cultural practices and territorialization processes that contribute to the endemicity of Visceral Leishmaniasis (LV) in Araguaína-TO city. The research methodology used was oral history as a method for collecting qualitative data. Two agents of endemic diseases were interviewed, a CCZ coordinator, two people who were affected by the disease and one who had the dog diagnosed with VL. Thus, and from the oral history reports presented by the six interviewees, the main social and historical-cultural factors were obtained as contributors to the prevalence of VL in Araguaína-TO. The main considerations are the interaction between cultural and territory factors as a theoretical variable that contributed to the problem in the endemic problem in the city; cultural customs and practices, both in the rejection of residents to visit agents and in the refusal to seek a collective solution to the problem, as well as in the belief that they will not be infected because they are already used to the disease; the existence of abandoned lots, illegal breeding grounds for pigeons and chickens and illegal dumping of garbage in these places, which allows the proliferation of vectors; and the need for more direct actions by the government in order to inform the population about the problem that is the VL in Araguaína-TO.

Keywords: Leishmaniasis; Culture; Territory, *Habitus*.

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Figura 1 – Localização de Araguaína.	14
Figura 2 – Estrutura geral para realização da história oral.	15
Figura 3 – <i>L. longipalpis</i> : Agente transmissor da LV; Por Ray Wilson, <i>Liverpool School of Tropical Medicine</i>	20
Figura 4 – Ciclo de transmissão da doença.	21
Figura 5 – Programa de conscientização e prevenção à LV – CCZ, Araguaína-TO.	41
Figura 6 – Distribuição dos casos em todos os bairros de Araguaína-TO ao longo dos 17 anos.	44
Figura 7 – Programa de educação voltada para a escola realizado pelo CCZ em Araguaína-TO.	63
Figura 8 – Mutirão: ação conjunta entre agentes comunitários e vigilância sanitária no Tocantins.	64
Figura 9 – Agentes realizando ações domiciliares em Araguaína-TO.	66
Figura 10 – Página no <i>Facebook</i> criada pelo CCZ.	67

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO 1.....	17
1. A LEISHMANIOSE VISCERAL À LUZ DA HISTÓRIA ORAL: CULTURA E TERRITORIALIDADE.....	17
1.1 História oral enquanto metodologia de pesquisa e o espaço urbano.....	27
CAPÍTULO 2.....	34
2. RELATOS DE ALGUNS CASOS DE LEISHMANIOSE VISCERAL EM ARAGUAÍNA-TO SOB O CENÁRIO TEÓRICO DE HABITUS, TERRITÓRIO E CAMPO.....	34
CAPÍTULO 3.....	42
3. COMPREENDENDO A LEISHMANIOSE VISCERAL VIA HISTÓRIA ORAL: VIVÊNCIAS OUTRORA ESQUECIDAS EM ARAGUAÍNA-TO.....	42
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	76
ANEXOS.....	80
APÊNDICES.....	84
APÊNDICE 1 – ENTREVISTA ORAL COM ANTÔNIO MARCOS: AGENTE DE ENDEMIAS.....	84
APÊNDICE 2 – ENTREVISTA ORAL COM KETLEN (COORDENADORA DO CCZ) E EDIMILSON (VETERINÁRIO CCZ).....	89
APÊNDICE 3 – ENTREVISTA ORAL COM ANGRA BARROS: AGENTE DE ENDEMIAS.....	96
APÊNDICE 4 – ENTREVISTA ORAL COM ADELÇO: PACIENTE QUE TEVE LV.....	101

APÊNDICE 5 – ENTREVISTA ORAL COM MEIRE: MÃE DA EMILY, DE 11 ANOS, QUE TEVE LV	104
APÊNDICE 6 – ENTREVISTA ORAL COM EZIO: DONO DE CÃES DIAGNOSTICADOS COM LV	107

INTRODUÇÃO

Compreender quais os aspectos sociais são responsáveis por problemas de saúde pública é essencial, sobretudo, porque questões neste sentido suscitam uma discussão interdisciplinar. No âmbito do estudo de cultura e território, estes aspectos são ainda mais evidentes, principalmente porque requerem abordagens metodológicas e teóricas a fim de extrair elementos-chaves de um contexto social e cultural intrínsecos à formação tanto de pequenas vilas como até grandes centros urbanos (GOUVEIA, 1999; CAMPOS, 2002; FONSECA; CORBO, 2007; MONKEN et al., 2008a, 2008b).

Sob a perspectiva de território, a cidade de Araguaína-TO, local alvo do presente estudo, passou por um processo de transformação territorial ao longo da sua história, acentuando-se após a construção da rodovia Transbrasiliana. Esse processo territorial advindo da BR-153 levou a uma reorganização da rede urbana, transformando a cidade em um centro econômico a partir de 1990. Hoje, a cidade possui uma dinâmica territorial com um constante domínio da circulação do capital no estado do Tocantins (ARAGUAÍNA, 2017). Esse contexto, por sua vez, possui uma série de reflexos que vão além das questões especificamente espaciais geográficas. Araguaína-TO possui características culturais e de território que refletem um misto de interação mediado pela busca por espaço, exploração de recursos do meio ambiente e, sobretudo, devido às interações sociais e estabelecimento de valores culturais. Nesse contexto, sob a visão de Amado (2011), a expansão de território em Araguaína-TO tornou-se produto com vinculação direta ao valor de troca. Isso significa um constante processo de valorização enquanto mecanismo contínuo para reprodução do capital que, por sua vez, é regido pela propriedade privada (AMADO, 2011).

A autora também nos faz compreender que, de maneira similar, a cidade de Araguaína-TO passou por um processo capitalista decorrente de uma série de mudanças históricas, cada uma delas surgiu aliada à reprodução e produção enquanto mecanismo que cria e estrutura as relações sociais. Esses mecanismos, portanto, são fundamentais para que compreendamos a estrutura de relações sociais e históricas em Araguaína-TO, bem como para abordar aspectos que podem ter sido mais relevantes na expansão de território, estruturação de cultura e seus reflexos ao longo da história. (CARLOS, 2012).

Em 1950, Araguaína-TO era descrita como um isolado povoado que abrigava cerca de dois mil habitantes, e na década seguinte, virou município, com acelerada expansão demográfica entre 1960 e 2018, período em que a população aumentou de 10.826 para 177.517 habitantes (IBGE, 2018), apresentando no espaço as marcas de rápidas e intensas

transformações sociais e econômicas. Os rápidos e volumosos movimentos migratórios determinaram o crescimento populacional e as transformações espaciais no município, sobretudo na cidade (SILVA e MACEDO, 2018).

A expansão e aglomeração de população chamam atenção pela rapidez do processo, seu espaço urbano implode-explode com rápida e desigual urbanização periférica, que, na cidade, prioriza o atendimento à infraestrutura econômica, negando as centralidades ou a reunião dos principais bens e serviços para a maioria da população trabalhadora (SILVA e MACEDO 2018). Durante esse processo de expansão urbana, a cidade foi dividida pelo preço do solo no qual a população com maior poder econômico foi privilegiada em ocupar bairros com melhores condições urbanas ou próximos aos serviços públicos e privados. Enquanto para a população trabalhadora, restavam as áreas periféricas, com precárias condições de moradia, carência de infraestrutura urbana, saneamento básico e de serviços públicos essenciais como, coleta de lixo, saúde e educação. As ruas foram abertas pela própria população e a presença do Estado só era notada nos entulhos das residências de alvenaria que foram destruídas por ordem judicial (SILVA e MACEDO 2018).

A desorganização do espaço urbano de Araguaína-TO não está apenas na forma espacial da cidade, está também, e explicitamente, na condução das normas urbanísticas e leis que poderiam servir como “controle” do caos urbano e que, na verdade servem apenas como maneira de alguns políticos se manterem ou entrarem no poder justamente por burlá-las. Tal desorganização, era dominada por uma classe que visa tão somente saciar seus desejos de usufruir cada vez mais da possibilidade de se ganhar mais e mais dinheiro, sem que para isto, preocupe-se com as questões ambientais e sociais do lugar (CARLOS, 2015a).

Sob uma perspectiva teórica mais geral, percebe-se, como destacou Carlos em sua obra *Crise Urbana*, o Estado possui influência direta sobre as metrópoles, sobretudo expressa por seus instrumentos legais destinados a produzir transformações significativas no que diz respeito ao uso e à própria estrutura de funções que cada lugar na cidade possui. Embora Araguaína não seja uma metrópole, esse quadro nos remete aos súbitos/ou gradativos processos de ocupação de território na cidade que se refletiram no estabelecimento de hierarquias no sentido da escolha dos melhores espaços e territórios. Esse processo está diretamente relacionado aos direcionamentos de investimentos em infraestrutura na cidade que intensificam as desigualdades de Araguaína-TO (como na Metrópole, de acordo com a autora), sobretudo devido a um processo de valorização diferencial do território urbano (CARLOS, 2015a).

Esse processo de valorização diferencial se reflete, por exemplo, como a estruturação da paisagem urbana em si o que, em Araguaína-TO, assim como em outras cidades, representa o reflexo da cultura de seu povo. O governo, quando participa legislando e executando as leis técnicas e urbanísticas de uma cidade qualquer, faz a diferença para melhor. Quer dizer, em nosso país se criou uma cultura de que toda e qualquer problemática que existe em qualquer lugar é de responsabilidade do poder público, no entanto, há alguns problemas cuja origem é, em essência, cultural (CARLOS, 2015a).

No caso de Araguaína-TO, a população também é responsável, em certa medida, por alguns de seus problemas urbanos (CARLOS, 2015a). Essa responsabilidade, de forma específica, está diretamente relacionada ao que Haesbaert (2004) destacou. O autor chamou atenção para o fato de o território, a territorialidade, serem fruto e dizerem respeito às múltiplas relações econômicas e sociais que lá ocorrem. Além disso, Haesbaert também destaca a forma como as pessoas utilizam a terra, fato esse intimamente relacionado com a territorialidade que também inclui a forma como as pessoas dão significado a cada espaço e organizam-se construindo um território (HAESBAERT, 2004). Outro aspecto relevante é que o perfil de Araguaína-TO se enquadra em um conjunto especial que Haesbaert (2004) classificou como “Território Funcional” onde estão inclusos dois processos: 1) Processos de dominação, expressos por territórios da desigualdade e 2) Território como recurso, representando valor de troca por meio do lucro, produção e controle físico.

Considerando esse contexto, torna-se fundamental discutirmos, por exemplo, a relação da urbanização e da saúde ambiental, sobretudo porque o crescimento demográfico e a expansão urbana desorganizada favorecem a carência de infraestrutura básica e destruição da vegetação para a construção de empreendimentos, transformando completamente a paisagem, e aumentando os riscos à saúde humana. Dessa forma, os problemas sanitários e ambientais prejudiciais encontrados nos espaços com alta vulnerabilidade social interferem nas condições de saúde dos indivíduos, as quais estão diretamente relacionadas, contribuindo, assim, para o surgimento de doenças infecciosas e parasitárias, onde se enquadra a leishmaniose (PEREIRA, 2009).

Em outra esfera, a saúde já tem sido reconhecida como um aspecto essencial, considerando as concepções de desenvolvimento, as múltiplas dimensões territoriais, sobretudo porque a saúde em si é fator determinante para a qualidade de vida e bem-estar das pessoas (GADELHA et al., 2011). Particularmente no Brasil, a saúde é fator propulsor sobretudo no desenvolvimento regional, expresso pela divisão de territórios nos diversos contextos socioeconômicos. Por exemplo, a saúde pode ser indispensável para a estruturação

das redes urbanas, sendo influente nos limites territoriais e na delimitação de escalas. É, por isso, considerada como estruturadora da ocupação de território (GADELHA et al., 2011). Em um nível mais específico, a saúde e suas ações são cruciais contribuintes para o desenvolvimento regional, sobretudo devido ao impacto que exercem (como nas despesas de capital corrente) e devido ao componente de investimento. Esse contexto, portanto, é essencial para entendermos que a saúde também é determinante de investimentos em nível local e regional (GADELHA et al., 2011).

Outro aspecto relevante é a relação que há entre o desenvolvimento e a saúde, considerando o desenvolvimento regional no contexto de território. Isso porque os serviços coletivos estão situados no núcleo urbano em cada região específica. Além disso, cada região possui diferentes níveis de complexidades associadas ao processo produtivo de acordo com as realidades locais. Nesse contexto, a saúde assume papel crucial enquanto atividade cujo consumo é do tipo coletivo (GADELHA et al., 2011).

Por outro lado, a saúde assume uma organização que depende da disponibilidade de oferta sob diversos níveis em complexidade (GADELHA et al., 2011). No Brasil, ela tem tido um conjunto de avanços no sentido de passar a ser instituição nos mais diversos âmbitos (federais, municipais e estaduais), constitucionais, somada à equidade em nível social e de território. Esse contexto nos remete à importante relação que o território e a saúde constitui enquanto aspectos que contribuem para a estruturação cultural das pessoas. Desde hábitos antigos como o cultivo de espécies vegetais e confecção de medicamentos artesanais, tais práticas de cultura e território influenciaram diretamente não apenas a dinâmica de estruturação da sociedade, como de sua saúde e, portanto, da qualidade de vida.

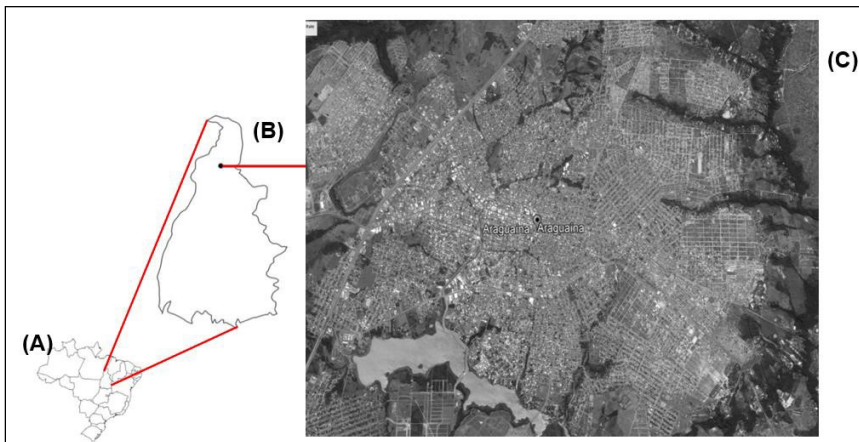
Dessa forma, o objetivo do presente trabalho é utilizar a história oral para levantar discussões sobre as questões culturais que tenham contribuído para a prevalência da Leishmaniose Visceral (LV) em Araguaína-TO.

O município de Araguaína está localizado no extremo Norte do Tocantins (Figura 1). Com população estimada em, aproximadamente, 176 mil habitantes, a cidade é atualmente a maior cidade do estado e representa um importante polo, sobretudo considerando a indústria e desenvolvimento econômico. A cidade tem sido alvo, especialmente, de intensas campanhas com ênfase no controle da Leishmaniose Visceral, motivo pelo qual, no presente estudo, traçou-se um enfoque especial sobre o município.

Do ponto de vista da saúde pública, Araguaína-TO apresenta apenas 15,8% de esgoto sanitário considerado adequado e apenas 5,9% de domicílios urbanos em vias públicas cuja urbanização também é considerada adequada. Sua taxa de mortalidade, por outro lado, é de

aproximadamente 15 a cada mil recém-nascidos. Além disso, a cidade possui um histórico marcante de desenvolvimento: De 1960 a 1975, ao longo da história do então estado de Goiás, chegou a um estágio de desenvolvimento considerável, quando, entre 1980 e 1986, passou a se tornar a quarta maior cidade do estado. Neste último ano, imigrantes em Araguaína-TO fixaram moradias às margens do rio Iontra, um dos afluentes do Rio Araguaia. A cidade também é cortada por nove córregos, dentre os quais estão: Neblina, Lava-pés e Prata. A combinação de ocupações do solo urbano com o desmatamento dessas áreas ocupadas e associadas à quase ausência de equipamentos públicos como esgoto adequado, por exemplo, são fatores que colocaram, historicamente, a população mais vulnerável à vetores de doença.

Figura 1 – Localização de Araguaína.



Fonte: elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa (2019).

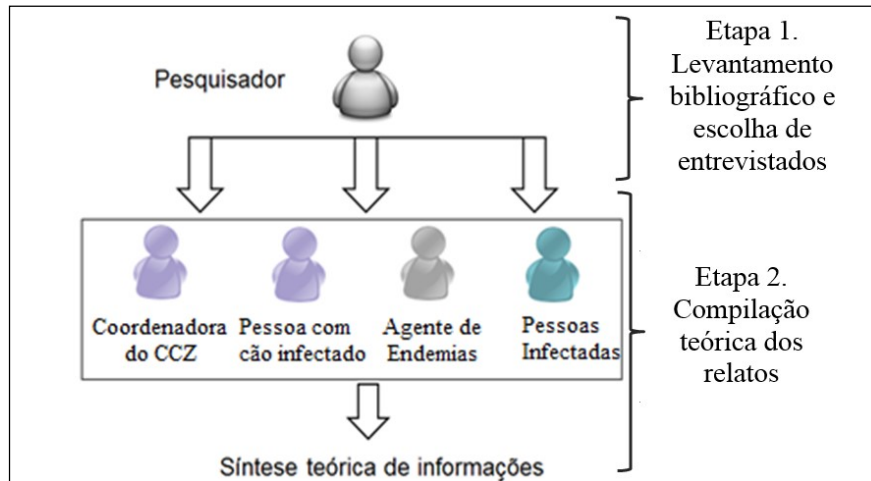
A Figura 1 mostra imagens obtidas a partir do programa Google Earth: A) Localização geral do Brasil com destaque para o Estado do Tocantins; B) Localização de Araguaína no extremo norte do Estado; C) Visão de satélite de Araguaína-TO, com destaque para a extensão da urbanização.

O CCZ de Araguaína-TO nos forneceu informações importantes sobre o número de registros de casos de LV que acometeram humanos ao longo de dezessete anos no município em 104 bairros (ANEXO 1). Utilizamos esses resultados para demonstrar a necessidade de uma compreensão mais aprofundada, mas, agora, sob o ponto de vista das pessoas. Isso porque ao longo de 17 anos o número de casos mostrou-se prevalente e crescente.

Empregamos esses dados para criar um gráfico e mostrar, de outra forma, como os dados oscilaram em termos de aumento e decréscimo ao longo dos anos em Araguaína-TO.

Para gerar dados qualitativos, utilizamos a história oral como método, com foco em moradores, agentes de endemias e coordenadores do CCZ de Araguaína. O esquema abaixo mostra as etapas que foram cumpridas.

Figura 2 – Estrutura geral para realização da história oral.



Fonte: elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa (2019).

De acordo com o que é demonstrado na Figura 2, na Etapa 1, realizamos um levantamento bibliográfico sobre o número de registros de casos de LV em Araguaína-TO ao longo de 17 anos. O objetivo foi reunir mais evidências que nos permitissem caracterizar ainda melhor o problema que é a prevalência de LV no Município. Na segunda etapa fomos a campo entrevistar as pessoas e colher depoimentos para obter a história oral com foco em um grupo específico de pessoas, a saber: a) dois cidadãos que foram acometidos pela doença; b) dois agentes de endemias; c) a coordenadora do CCZ e d) uma pessoa que teve o cão infectado.

Após compilarmos todos os relatos, buscamos extrair elementos-chave de cada um dos entrevistados com o objetivo de compreender mais profundamente a problemática. Sempre que possível, também foi feita uma associação entre a informação obtida e a teoria vigente no que diz respeito aos conceitos de cultura e território.

Esta dissertação está organizada, além da introdução, conclusão e referências, em 3 capítulos. No primeiro capítulo, apresentaremos os elementos teóricos-chave para definir a doença, compreender seu contexto epidemiológico, bem como uma discussão de alguns pressupostos teóricos referentes à cultura e território. No segundo capítulo, utilizaremos relatos obtidos via história oral para discutir quais os possíveis pontos-chave que tenham sido determinantes para a prevalência da LV em Araguaína-TO, considerando a infecção humana e canina. Por fim, no terceiro capítulo, buscamos compreender essa problemática através da compreensão de experiências passadas das pessoas.

CAPÍTULO 1

1. A LEISHMANIOSE VISCERAL À LUZ DA HISTÓRIA ORAL: CULTURA E TERRITORIALIDADE

A leishmaniose visceral (LV) é a segunda maior doença parasitária com número de casos registrados por todo o mundo, perdendo apenas para a malária. Anualmente, são estimados em torno de 400.000 casos registrados e 40.000 mortes associadas à doença. Isso se deve, sobretudo, ao fato de a doença poder ser transmitida por várias espécies do parasita do gênero *Leishmania* (GILEAD, 2013). Além disso, a Leishmaniose é considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), uma das seis mais expressivas doenças tropicais, o que a torna uma das principais doenças de acordo com os institutos de pesquisas tropicais (SINGH, et al, 2006).

Especificamente, a doença ataca o sistema imunológico, afetando órgãos internos e também a medula óssea, sintomas que vêm também associados à perda de peso, febre alta e anemia (PATH, 2016). Apesar de haver casos registrados da doença por todo o mundo, cerca de 90% dos casos registrados são provenientes de países como o Sudão, Etiópia, Índia, Bangladesh e Brasil. Essa ocorrência é tão preocupante, que dados recentes estimaram que anualmente surgem 300.000 novos casos, que resultam entre uma faixa máxima de 50.000 e mínima de 20.000 mortes (PATH, 2016).

Apesar de esses países, juntos, somarem a maior representatividade dos casos mundiais, a Índia tem tido atenção especial como região com o maior número de casos. Isso se deve ao fato de que, apenas esse país, é responsável por mais de 40% do número de casos no mundo. Uma lógica interessante do motivo pelo qual esses países, e em especial a Índia, serem os mais afetados por essa endemia, é que os surtos geralmente estão associados às condições precárias de moradia e de pobreza (PATH, 2016).

O combate à LV em nível mundial ainda é um problema de saúde pública. Problema esse que tem sido combatido a partir do uso de estratégias com foco no tratamento, diagnóstico, e cuidado, sobretudo com o uso de novas tecnologias que auxiliem no combate à doença. Dentre as estratégias importantes estão: a) desenvolvimento de instruções destinadas a melhorar o acesso, disponibilidade e melhoria no diagnóstico de LV; b) análise do progresso com o objetivo de obter um robusto diagnóstico de LV através do uso de diferentes

biomarcadores e c) identificação das principais causas atuais de LV incluindo ferramentas e práticas de diagnóstico associadas a cada caso (PATH, 2016).

Historicamente, graves epidemias também foram registradas, com destaque para o período entre 1984 e 1994, quando aproximadamente 100 mil pessoas foram mortas por LV no contexto da fome e da guerra civil na região Sul do Sudão (CHAPPUS et al., 2007). Um detalhe é que a infecção conjunta entre o vírus HIV e LV, ausência de medidas de controle de disseminação da doença e migração de pessoas infectadas, são três das principais causas dos surtos de LV por todo o mundo (CHAPPUS et al., 2007). Apesar disso, a América Latina, particularmente, foi campo das primeiras descobertas e diagnóstico. Por exemplo, o primeiro registro de casos de leishmaniose, associados às regiões indígenas, foram registrados em pacientes provenientes do Brasil, em 1909 (LAINSON e SHAW, 1978). Além disso, o nome *Leishmania braziliensis* foi dado ao organismo causador a partir de um caso registrado posteriormente em Minas Gerais, em 1911 (LAINSON e SHAW, 1978).

Um aspecto marcante na história da LV, foi o seu primeiro registro em humanos, quando um homem foi diagnosticado com a doença em 1913, no Paraguai (LAINSON e SHAW, 1978). Desde então, a doença tem se difundido extensamente por diversos países da América Latina. No Brasil, a doença foi historicamente classificada como uma zoonose¹, cuja fonte de infecção se dá do homem para o cachorro e raposas, conhecida como Kala-Zar. Essa forma de transmissão, entretanto, se mostrou bastante diferente à descrita na Índia, onde o parasita é transmitido apenas de um homem para outro. Isso faz com que a doença seja classificada como antroponose², e não uma zoonose, como é o caso do Brasil (LAINSON, e SHAW, 1978). Apesar de um novo nome ter sido dado à doença em 1937, definido como *Leishmania chagasi*, no novo mundo a LV, até 1978, era citada erroneamente por muitas pessoas como Kala-Zar, e o agente causador como *L. donovani* (LAINSON e SHAW, 1978), embora vários estudos já tenham abordado bem sobre a doença (MARZOCHI et al., 2009; WERNECK, 2010; PIGOTT et al., 2014).

As leishmanioses são doenças infecciosas causadas por parasitas do gênero *Leishmania*, considerados um grave problema de saúde pública. Os protozoários causadores destas doenças pertencem à família *Trypanosomatidae*, ordem *Kinetoplastida* (ALVES et al., 2015). As Leishmanioses são doenças de grande importância, por sua ampla distribuição geográfica e alta incidência, e também por assumir formas graves com taxas elevadas de

¹ São doenças infecciosas capazes de serem transmitidas naturalmente entre animais e seres humanos (WIKIPÉDIA, 2019).

² São doenças em que o ser humano é o único reservatório, suscetível e hospedeiro (WIKIPÉDIA, 2019).

mortalidade em casos não tratados na forma visceral e alta morbidade na sua forma tegumentar (GONTIJO e MELO, 2004). São reconhecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015) em quatro formas clínicas: visceral, cutânea, mucocutânea e cutânea difusa.

A Leishmaniose Visceral (LV), ou calazar, é considerada a forma mais grave da doença e apresenta alta taxa de mortalidade, principalmente nos casos não tratados (PEREIRA, 2016). É uma doença infecciosa grave, causada por um protozoário intracelular tripanossomatídeo, do gênero *Leishmania*, parasita intracelular obrigatório das células do sistema fagocítico mononuclear, com uma forma flagelada ou promastigota, encontrada no tubo digestivo do inseto vetor e outra aflagelada ou amastigota nos tecidos dos vertebrados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Particularmente no Brasil, as LV são zoonoses, sendo também incluídas dentre as doenças tropicais que acometem milhões de pessoas em todo o mundo em vários continentes. A LV ocorre naturalmente entre os animais, acometendo os seres humanos quando estes entram em contato com seu ciclo de transmissão. É considerada uma doença crônica, grave, com alto índice de mortalidade. Para se ter uma idéia, em humanos que não fazem o tratamento, a mortalidade pode variar entre 70 a 90% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

No Brasil, o principal vetor é o inseto flebotomíneo da espécie *Lutzomyia longipalpis*, conhecido popularmente como mosquito palha, tatuquiras, birigui, entre outros. Sua distribuição geográfica no Brasil é ampla e parece estar em expansão, sendo encontrada em quatro das cinco regiões geográficas: Nordeste, Norte, Sudeste e Centro-Oeste. Nas regiões Norte e Nordeste, a *L. longipalpis* eram encontradas nas matas, mas cada vez mais se adaptando em ambiente rural e sua adaptação a este ambiente foi somada a presença de animais silvestres e sinantrópicos³.

Na década de 1980, passou a se adaptar em ambientes urbanos, em periferias de grandes centros, em especial na Região Sudeste, sendo encontradas no peridomicílio⁴, em galinheiros, chiqueiro, canil, paiol, entre outros e também no intradomicílio⁵ (MINISTÉRIO

³ É a designação dada em ecologia à relação de comensalismo estabelecida pelas espécies animais e vegetais que se instalam nos povoados humanos beneficiando-se das condições ecológicas criadas pela atividade humana no processo de urbanização, resultando na capacidade dessas espécies de flora e fauna para habitar em ecossistemas urbanos ou antropizados, adaptando-se a essas condições independentemente da vontade do homem. São aquelas que colonizam habitações humanas e seus arredores retirando vantagens em matéria de abrigo, acesso a alimentos e a água (WIKIPÉDIA, 2019).

⁴ É definido como a área externa de uma residência, em um raio não superior a cem metros (WIKIPÉDIA, 2019).

⁵ É definido como a área interna de uma residência.

DA SAÚDE, 2014). São encontradas em todo o território nacional, resiste a diversas temperaturas e se adapta facilmente ao ambiente domiciliar podendo ser encontradas, também, nos abrigos de animais domésticos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

São insetos pequenos, medindo de 1 a 3mm de comprimento e têm como características a coloração amarelada ou de cor palha, tem seu corpo revestido por pelos e, em posição de repouso, suas asas permanecem eretas e semiabertas. Por essas características são facilmente reconhecidos, sendo o cão doméstico o principal reservatório e o ser humano o hospedeiro final. Acomete órgãos internos, principalmente, o fígado, o baço e a medula óssea, podendo durar meses ou até ultrapassar o período de um ano e ser fatal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Apresentam em seu ciclo de vida as fases de ovo, larva, pupa e inseto adulto sendo, portanto, considerados holometabólicos⁶ (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Figura 3 – *L. longipalpis*: Agente transmissor da LV; Por Ray Wilson, *Liverpool School of Tropical Medicine*.



Fonte: Infoescola, (<https://www.infoescola.com/insetos/mosquito-palha/>) – 2019.

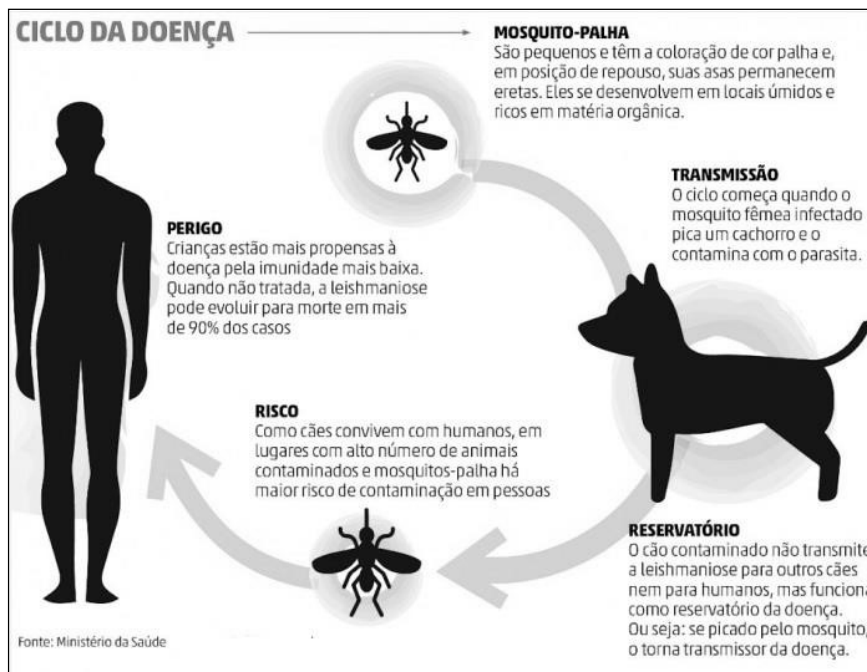
A eclosão dos ovos ocorre de 7 a 17 dias após a sua postura e o seu desenvolvimento completo leva em torno de 30 a 100 dias, podendo variar conforme a espécie. As larvas se alimentam da matéria orgânica disponível no solo e se desenvolvem em locais úmidos. Possuem hábitos noturnos e crepusculares se escondendo durante o dia em locais sombreados

⁶ É um termo aplicado para nomear o tipo específico de desenvolvimento observado em um grupo de insetos que inclui quatro estágios de vida – a fase de ovo ou embrionária, a fase larval, a fase de pupa e a fase de imago ou adulta (WIKIPÉDIA, 2019).

como fendas de árvores, abrigo de animais etc. Ambos os sexos se alimentam da seiva de plantas, porém apenas as fêmeas são hematófagas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

No Brasil, o ciclo da transmissão é zoonótico, sendo o cão doméstico (*Canis familiaris*) considerado, segundo o Ministério da Saúde, o principal elo na cadeia de transmissão da doença. Trata-se de uma enfermidade sistêmica, caracterizada por febre de longa duração, perda de peso, astenia, e anemia, dentre outras manifestações. Quando não tratada, pode evoluir para óbito em mais de 90% dos casos. Apesar de contrair a doença, o homem aparece apenas como hospedeiro da *Leishmania infantum*, pois, mesmo infectado, é incapaz de transmitir a doença aos flebotomíneos (GONTIJO e MELO, 2004).

Figura 4 – Ciclo de transmissão da doença.



Fonte: Correio do Estado, (https://static.correiodoestado.com.br/upload/dn_noticia/2018/07/25-0718-0023-leishmaniose.jpg) - 2018

A infecção da LV é reconhecida por vários sinais clínicos, variando de infecção assintomática⁷ e oligossintomática⁸ até o quadro clássico (sintomático) da doença, progressiva e potencialmente fatal em casos não tratados. Em linhas gerais, uma infecção é tida como assintomática quando um paciente possui uma infecção ou doença e, no entanto não apresenta sintoma. Por outro lado, uma doença do tipo oligossintomática é assim caracterizada quando a mesma apresenta poucos sintomas, o que torna o diagnóstico mais dificultoso.

Apenas 20% das pessoas infectadas pela doença desenvolve a forma clássica da LV (sintomática). O surgimento das manifestações clínicas varia da capacidade do parasita em evadir-se dos mecanismos de defesa do hospedeiro mediante uma complexa interação parasito-hospedeiro. A gravidade da doença no indivíduo está relacionada com as condições ambientais, a idade, estado nutricional e resposta imune. Já a forma oligossintomática é de difícil diagnóstico pela sintomatologia inespecífica e apresenta um quadro clínico mais discreto geralmente com curta duração e frequentemente evolui para a cura (PEREIRA, 2016).

Os sintomas mais comuns da LV são febre recorrente, palidez, emagrecimento, hepatoesplenomegalia, anemia, além de outros como leucopenia, plaquetopenia, vômitos e tosse seca. Sendo os mais frequentes a febre, a anemia e a hepatoesplenomegalia (PEREIRA, 2016).

No cão, a doença é de evolução mais lenta, os sintomas aparecem, em média, entre três a sete meses após a inoculação do agente, podendo levar anos para se manifestar. Os sinais clínicos mais frequentes são: dificuldade locomotora, perda de peso, polidipsia, apatia, anorexia, vômito, diarreia, polifagia, epistaxe, melena e dermatite com escamas esbranquiçadas. Dentre os achados de exame físico, merecem destaque a linfadenomegalia, caquexia, hipertermia, esplenomegalia, uveíte e conjuntivite (PAULA, 2016).

O Brasil é o único país nas Américas que mantém um programa epidemiológico e profilático regular no combate à Leishmaniose. É uma política de saúde de responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) (PEREIRA, 2016). É o Programa de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral (PVCLV), do Ministério da Saúde, que prepara ações para diminuir a transmissão e a morbimortalidade da doença no controle vetorial e inquéritos soropidemiológicos caninos com posterior eutanásia dos cães soropositivos. Além de ações para a redução da letalidade envolvendo o aperfeiçoamento dos procedimentos para o diagnóstico precoce e a pronta disponibilidade de medicamentos para o tratamento (WERNECK, 2016).

⁷ É o termo usado quando um paciente é portador de uma doença ou infecção mas não exibe sintomas (WIKIPÉDIA, 2019).

⁸ É o termo usado quando um paciente produz poucos sintomas (WIKIPÉDIA, 2019).

A LV e a dengue são os principais fracassos no contexto do controle de doenças transmissíveis no país. Algumas mudanças no PVCLV devem ser realizadas como: melhoria no acesso e cuidado ao paciente com LV; primazia da pesquisa científica de qualidade para prover evidências sólidas de custo-efetividade que guiem a incorporação de novas ferramentas de controle; fortalecimento de abordagens educativas que fomentem a participação ativa da população nas ações de controle e investimento em saneamento ambiental e o fortalecimento do SUS (WERNECK, 2016).

Já o tratamento da LV vem sendo realizado no Brasil há mais de 60 anos, com o uso de antimoniais pentavalentes: antimoniato de N-metil glucamina-Glucantime e stibogluconato de sódio-Pentostan, que são os medicamentos de primeira escolha para o tratamento. São drogas de usos prolongados, tóxicas, que nem sempre são efetivas. Como tratamento alternativo, o Brasil vem utilizando a anfotericina B e suas formulações lipossomais (anfotericina B - lipossomal e anfotericina B - dispersão coloidal), as pentamidas (sulafto e mesilato) e os imunomoduladores (interferon gama e GM-CSF). São medicações que só devem ser realizadas em hospitais de referência (GONTIJO e MELO, 2004). Por fim, a profilaxia é a melhor solução, com o manejo ambiental através da modificação do ambiente, promovendo a limpeza urbana e domicílios com a retirada de substratos orgânicos que propiciam o desenvolvimento do ciclo biológico do inseto vetor (PEREIRA, 2016).

Após essa explanação breve sobre a doença e os eventuais riscos associados à sua prevalência, trataremos agora uma abordagem sob o ponto de vista de território problematizando sua prevalência na cidade de Araguaína-TO à luz dos conceitos definidos por Bourdieu (1989). Em suma, a referida cidade se inclui no contexto em que território considera as múltiplas facetas no contexto da urbanização enquanto região. Para Bourdieu (1989), a região é objeto de disputa (jogo) que expressa luta entre cientistas. Diferentemente do que se espera, não apenas geógrafos, que por definição o fazem tratando a região enquanto espaço, mas também de sociólogos, historiadores e etnólogos, uma vez que há políticas de regionalização e movimentos regionalistas. Sob a perspectiva econômica, os geógrafos foram os primeiros a demonstrar interesse e que frequentemente apresentam a descrição da região por meio de estudos minuciosos e detalhados e aprofundados acerca de um espaço determinado.

Uma crítica de Bourdieu (1989) à visão do geógrafo enquanto estudioso da região é que o mesmo comumente se limita à análise de conteúdo do espaço em si. Isso significa também afirmar que o geógrafo se limita ao que se vê, estando dessa forma limitado a olhar

além de fronteiras em termos de política e economia. A razão é que, em termos econômicos, o geógrafo tende a abordar a economia como uma espécie de entidade na qual as relações internas são consideradas majoritárias e, portanto, preponderantes (BOURDIEU, 1989). Esse ponto se torna especialmente importante porque a noção de território inclui elementos que vão além de elementos puramente geográficos.

Outra comparação característica que Bourdieu (1989) faz está na diferença entre as abordagens do geógrafo enquanto entendedor da região e o economista. Por exemplo, enquanto o economista conduz sua abordagem analítica da região sob o ponto de vista do custo, o geógrafo assume que as inúmeras características regionais são resultado de um processo histórico e de origem guiado pelo meio natural. Dessa forma, a abordagem do autor considera, sobretudo, a importância de uma visão interdisciplinar para que compreendamos o espaço, e, portanto, a região como um todo (THIRY-CHERQUES, 2006).

Um dos conceitos mais importantes defendido por Bourdieu é o que ele chamou de *habitus*, terminologia que evoca uma série de pensadores como Aristóteles, Tomás de Aquino, Husserl e Maus, dentre outros. Bourdieu considera o *habitus* como um sistema de disposições, diferentes formas de perceber, pensar e sentir, cada uma das quais nos leva a agir de diferentes formas diante das também diferentes situações no dia-dia. O autor então nos mostra como esses aspectos são importantes quando buscamos encontrar alternativas, levantar discussões para problemas que envolvem aspectos intrínsecos ao *habitus*.

Aqui cabe um parêntese importante, a relação direta do conceito de *habitus* à história oral enquanto ferramenta de pesquisa. Cada grupo de pessoas possui diferentes *habitus* que, portanto, influenciam em como estas percebem o mundo, compartilham experiências e relatam situações históricas do passado. Isso nos leva à conclusão importante de buscar compreender diferentes pontos de vista a fim de confrontar as idéias que, por sua vez, podem estar influenciadas por elementos culturais, subconscientes e de sentimento. Acreditamos que mobilizando o conceito de *habitus* possamos produzir uma problematização mais pertinente acerca dos problemas cujas raízes podem estar em elementos culturais e sociais.

Essa reflexão nos permite interpretar a particularidade no relato de cada um dos entrevistados (com destaque detalhado a seguir), uma vez que, por pertencerem a grupos sociais distintos, possuem pontos de vista divergentes. Nesse sentido, tomam seus valores e referenciais culturais enquanto verdade única, e talvez por não conhecerem, rotulam outros tipos de saberes como inadequados. Isso inclui o fato de que grande parte da população ainda desconhece medidas preventivas e práticas que assegurem-lhes um melhor bem-estar; como evitar a criação de porcos ou galinhas (de forma ilegal), não realizar limpeza periódica em

terrenos, proporcionando assim acúmulo de lixo e, conseqüentemente, de vetores de doenças. Neste sentido, o *habitus* é expresso através do histórico de eventos, costumes e experiências pessoais da população em geral e de cada um dos entrevistados. Cabe, então, pensarmos de forma integrada nas particularidades para que consigamos chegar a um consenso no sentido de compreender a problemática da Leishmaniose em Araguaína-TO.

Além disso, como destaca Thiry-Cherques (2006), esse sistema de disposições é flexível e plástico, não sendo dessa forma determinístico ou mecânico, podendo ainda ser tanto fraco quanto forte. É, ainda, o exercício da faculdade de ser incondicionável, se tratando, pois de uma natural capacidade de adquirir habilidades tidas como não naturais ou arbitrárias. Essas disposições são concebidas a partir da interiorização de estruturas proveniente da própria sociedade (estruturas sociais). Isso deixa evidente a importância do *habitus* enquanto representação das complexas relações entre o indivíduo e a sociedade, uma vez que tanto a sociedade quanto o indivíduo se formam por meio dessas múltiplas relações.

De forma mais detalhada, Bourdieu considera *habitus* também como rotinas mentais inconscientes e também corporais, cujo conjunto nos permite pensar e agir, sendo por isso resultado de um processo de aprendizagem, cujo processo não temos consciência. Apesar disso, é expresso por ações consideradas “naturais” cujo objetivo é nos conduzir a um determinado meio (THIRY-CHERQUES, 2006).

O termo também foi aplicado por Bourdieu para distinguir conceitos por muito utilizados como tradição, costume, hábito e praxe, indicando um sistema de disposições duradouro e transferível. Tal sistema representa base duradoura para organizar e gerar práticas e representações, cada uma ligada a uma classe específica das condições de existência do indivíduo. Além disso, o *habitus* pode ser adquirido tanto devido a interação social como pode ser tido como organizador e classificador dessa interação, sendo, por isso, considerado condicionante e condicionador das nossas ações (THIRY-CHERQUES, 2006).

Em suma, o *habitus* pode ser tanto coletivo como individual. É tido como princípio unificador de uma coletividade que então retraduz aspectos intrínsecos e racionais de um estilo de vida ou posição única, sendo que os *habitus* operam em distinções sendo por isso diferenciados e diferenciantes. Trata-se da interiorização da objetividade social e traz como produto uma exteriorização da interioridade. Por isso, não está apenas restrito (expresso) no indivíduo, uma vez que o indivíduo está situado em um universo social específico, considerado também um campo que circunscreve um *habitus* característico (específico), (THIRY-CHERQUES, 2006).

Ligado ao conceito de *habitus* está o conceito de *Campo*. Essencialmente, o social é construído a partir de campos, relações objetivas ou microcosmos, cada um com uma lógica própria, não redutível à lógica de outros campos e não reproduzida. Além disso, o campo pode ser tido como um “campo de forças”, à medida que ele constrange os agentes envolvidos. Pode ainda ser considerado um “campo de lutas”, sendo que cada agente atua de acordo com sua posição no campo de forças, transformando ou conservando sua estrutura. Mas há um detalhe importante, aqui o termo “*campo*” não se refere especificamente a uma estrutura fixa, é, diferentemente, resultado da história de suas posições constituintes e também resultado das disposições que elas privilegiam. De forma mais específica, são os interesses específicos, investimentos psicológicos e econômicos e as instituições inseridas no *habitus*, que determinam a existência de um campo e, portanto, demarcam os seus limites (THIRY-CHERQUES, 2006).

Os processos de diferenciação social, do conhecimento de mundo e do modo de ser dão origem aos campos. Cada campo então cria seu próprio princípio de compreensão bem como cria seu próprio objeto, seja político, artístico ou educacional, que inclui os diferentes movimentos partidários e sociais, múltiplas expressões artísticas como a música, teatro e pintura, além das diversas vertentes educacionais que vão desde a educação básica à universidade. Além disso, possui características universais, que estão contidas em todos os campos, além de também possuir características únicas (próprias). Aqui há uma consolidação importante de conceitos, pois, as propriedades de um campo são um *habitus* característico, a *doxa*, a estrutura ou opinião consensual. São, ainda, leis que regulam e regem a luta pela dominação de campo (THIRY-CHERQUES, 2006).

De forma geral, o campo estabelece suas próprias regras, sendo considerado de certa forma “autônomo”, apesar de sofrer influências e até mesmo ser condicionado por outros campos, como é o caso do campo político que é influenciado pelo econômico. Dessa forma, apesar de o capital dominante dominar nossa sociedade, não significa afirmar que ele, em outro contexto, que inclui diferentes sociedades, campos, ou no futuro, possa ser alterado. Esse contexto dinâmico é importante se consideramos que o *campo* é resultado de interações sociais, cada uma das quais, e em diferentes contextos, expressando diferentes dinâmicas de campo (THIRY-CHERQUES, 2006).

1.1 História oral enquanto metodologia de pesquisa e o espaço urbano

A História Oral é um mecanismo de pesquisa qualitativa que visa essencialmente obter informações provenientes de experiências pessoais, que, nesse caso reflitam as perspectivas do sujeito, no caso o entrevistado. Neste sentido, a história oral representa um método de pesquisa que visa sobretudo registrar vozes do sujeito excluído da história oficial e, dessa forma, incluí-los dentro dela. Além disso, tem sido destacada a importância que há na relação construída entre o pesquisado e o pesquisador, considerando também que o sucesso da entrevista começa com o compartilhamento da realidade a ser abordada no âmbito pesquisador/entrevistado (ALVES, 2016). Uma questão relevante de se partir da mobilização da história oral é que, durante a entrevista, o entrevistado pode, por exemplo, refletir sua prática, expressar emoções e, dessa forma, reformular. Isso é feito sob a situação em que o entrevistado se vê diante de outro que o indaga e, ao mesmo tempo, o escuta.

Outro fator interessante é que cada um dos participantes da história oral possui diferentes interesses. Nesse caso, cabe ao pesquisador ouvir e registrar, extraíndo, pois, o que é mais relevante do ponto de vista teórico. Em contrapartida, o entrevistado focará em narrar aquilo que lhe é significativamente relevante e que, portanto, segundo sua própria análise, merece ser narrado (ALVES, 2016). Sob a perspectiva do pesquisador, o que é feito é utilizar as partes mais correlacionadas e relevantes ao seu objetivo de estudo. O mais relevante, no entanto, é o fato de a história oral resgatar a memória no sentido de propor que os sujeitos retomem experiências tanto passadas quanto recentes. Isso requer, especificamente, reconstruir o que foi vivido no passado atribuindo sentidos ao presente.

Sob essa perspectiva, a história oral se torna elemento chave para a presente discussão, no sentido de que nos permite compreender os sentidos que cada entrevistado atribui com base nas questões levantadas pelo entrevistador ao aplicar procedimentos da história oral. Isso nos permite problematizar e traçar perspectivas para questões, como a prevalência de LV em Araguaína-TO. Neste sentido está a Leishmaniose visceral cuja compreensão passa por compreendermos, por exemplo, quais fatores socioambientais acarretam no aumento do número de incidências nos casos da doença. Além disso, a identificação desses fatores é essencial para adotar medidas que agreguem múltiplas facetas de solução. Condições precárias de saneamento básico, exposição ambiental a lixo e poluentes, bem como contato direto de moradores com animais de rua, potencialmente transmissores da doença (ALVES et al., 2015). Problematizar tais fatores, intrínsecos ao modo de vida das pessoas, podem, via história oral, tornar possível detectar, tanto no sentido de levantarmos diferentes

questionamentos e problemáticas, quanto de propor eventuais mudanças em prol da solução de problemas como esses.

Por outro lado, esse contexto pode ser mitigado, por exemplo, uma vez que haja a participação de famílias e representantes (como os líderes comunitários) em campanhas educativas de saúde ambiental. Em resumo, a saúde ambiental pode ser definida como o conjunto de condições e interações ambientais que se mantenham em equilíbrio, o que representa uma relação minimamente tolerável entre a natureza e seus organismos, incluindo a espécie humana. Isso, porém, deve ser agregado a medidas preventivas e de saneamento básico mínimo disponível para as populações cujos bairros são mais afetados.

Mas isso não é o suficiente. Ainda de acordo com Alves et al. (2015), compreender como as pessoas utilizam seu conhecimento e o conhecimento tradicional para lidar com as questões socioambientais, é também de suma importância. Nesse ponto, os autores destacam a relevância da intervenção de instituições de ensino e pesquisa. A primeira no sentido de criar uma cultura de educação ambiental e prevenção à doença, e a segunda, no sentido de obter evidências empíricas, contextualizar a problemática e alertar os órgãos locais ou nacionais de saúde sobre qual direção deve ser tomada (ALVES et al., 2015).

Sob uma perspectiva internacional, a história oral foi estabelecida em 1948, quando, através da gravação de memórias de pessoas consideradas importantes da história americana, Allan Nevins da Universidade de Colúmbia, já utilizava a história oral como técnica moderna de documentação histórica (FERREIRA et al., 2000). Esse legado persistiu devido a uma série de fatores positivos, dentre os quais está o fato de que o processo de entrevista atua com foco em sistemas de comunicação-chave, ou seja, considerados importantes sob a perspectiva cultural. Esses testemunhos orais possibilitaram novas interpretações e, portanto, reflexões sobre história e memória.

Essa perspectiva ainda possibilitou novas vertentes de interpretação, suscitando, assim, novos dilemas e oportunidades para compreender padrões culturais específicos (FERREIRA et al., 2000). Outro destaque está na arte de recordar quando, através do relato de experiências, a história oral ganhou um mais amplo campo prático, considerada, por isso, mais que uma metodologia de pesquisa (FERREIRA et al., 2000).

A história oral, porém, sofreu uma série de críticas, sobretudo sob um ponto de vista acadêmico para que as mesmas representem um modelo científico para obtenção de dados. Na prática, isso significa que o pesquisador deve utilizar um questionário estruturado com cuidado e com consistência, no qual possa controlar o fluxo e enfoque da entrevista. Mas deve ser feito sob uma postura subjetiva e neutra do entrevistador de forma a não afetar a história

contada, com o mínimo de interrupções possíveis (FERREIRA et al., 2000). Outro aspecto relevante é que o pesquisador deve se ater às diferentes perspectivas culturais que norteiam a sociedade da qual os entrevistados fazem parte, incluindo as práticas culturais e de territorialidade que estruturam as sociedades e influenciam diretamente nas decisões e relato de experiências relatadas via história oral.

Nesse contexto, a história oral reflete aspectos históricos muito raramente registrados na bibliografia como a natureza de organizações clandestinas (incluindo ocupação de território e expansão de moradias), relações pessoais e relatos de vida doméstica. Dessa forma, esses aspectos refletem um rico conjunto de evidências que nos permitem supor qual é o significado, seja pessoal ou subjetivo, de acontecimentos passados. Como exemplo, e no contexto do presente trabalho, qual a experiência de lidar com a Leishmaniose visceral, como fizeram para combater esse mal? De que forma o entrevistado acredita que tal doença se estabeleceu e persistiu ao longo do tempo na região-alvo? (FERREIRA et al., 2000).

Amado (1995) nos remete a diversos aspectos que nos permitem problematizar e gerar uma discussão crítica. No contexto da história oral enquanto ferramenta metodológica e experimental, a autora utiliza um exemplo muito interessante. Ela se refere a uma pesquisa realizada entre 1950 a 1960, cujo tema era a Revolta do Formoso, movimento social que ocorreu em Goiás no período citado. A princípio, essa entrevista se pareceu um tanto sensacional, sobretudo porque o entrevistado era natural da região e conhecia profundamente o movimento, embora dele não tenha feito parte diretamente, por exemplo, ocupando posição de liderança ou destaque. Apesar disso, o entrevistado (Fernandes) estabeleceu relações com muitos envolvidos no conflito além de ter, de uma forma ou outra, estado presente em cada uma das fases do conflito. O entrevistado esteve em contato desde a população local, nela inclusive comerciantes, políticos, advogados, posseiros, grileiros, até com membros da Igreja Católica ou do Partido Comunista.

Sob essa perspectiva, Amado (1995) nos mostra a importância que esse tipo de experiência pode ter para reconstruir eventos históricos e obter diagnósticos teóricos de eventos passados que vão desde marcos históricos, como os conflitos, até eventos regionais e nacionais, como endemias e problemas de saúde em geral. Em suma, Amado destaca como o entrevistado expressou conhecimento aprofundado do tema, vivência com o tema e uma notável vontade de colaborar com o trabalho (AMADO, 1995).

As lembranças tinham diversos formatos que incluíam desde opiniões consistentes para todos os temas abordados até o resgate de memórias com detalhes minimamente descritos. O senso de humor também lhe fora uma das características positivas, acompanhado

da demonstração e descrição de etiquetas (típicos detalhes da vestimenta e, portanto, da cultura regional) e entoação de canções (AMADO, 1995).

Esses inúmeros dados e informações servem para o historiador confrontar sobretudo com os fatos registrados na época. Isso, porém, muitas vezes revela o que Amado (1995) chamou de “O grande mentiroso”. A autora chegou à conclusão de que a maioria das informações relatadas pelo entrevistado não eram verídicas, e, portanto, sem confirmação. Com base no contato com outras pessoas e consulta de escrituras antigas, pode então chegar à conclusão de que quase tudo que o entrevistado falou poderia ser posto em dúvida ou ser negado diretamente.

Obviamente, sabe-se que as pessoas possuem experiências passadas e que cada uma possui valor enquanto fonte de informações para a construção de estudo na história oral. Porém, o que Amado (1995) deixa claro nos remete a dois pontos: 1) Apesar de ser uma ciência descritiva, a história necessita de um olhar cético no sentido de confrontar informações obtidas para então validar cada uma delas e 2) O curso da história contada pode sim ser substancialmente diferente daquele que ela realmente seguiu. Isso representado pela divergência de acontecimentos relatados pelo entrevistado expresso por pessoas envolvidas, sequência de acontecimentos e datas aparentemente precisas.

O conjunto de relatos se resumiu ao que Amado (1995) descreveu como demonstração formidável de desprezo pela geografia e também pela história. Isso porque as pessoas não apenas distorcem os fatos narrados em relatos como o de Fernandes, mas também o fazem sistematicamente e de forma desorganizada: a) misturando personagens e acontecimentos fictícios e b) misturando tempo e espaço seguido da pura criação de relatos compostos por trechos longos sem relação aparente com nenhum evento histórico real que tenha ocorrido, como foi o caso do movimento social.

Embora pareça um aspecto puramente pessoal no sentido de imaginar que o mentiroso o faça por puro prazer e sob delineada sequência de planejamentos ao relatar cada um dos fatos, estes (embora mentirosos) possuem influência que vai desde a literatura a tradições e costumes passados de uma geração à outra. Amado (1995) aponta que por trás da narrativa controversa de Fernandes, havia, porém, influências do livro de *Dom quixote de La Mancha* (livro de cabeceira do entrevistado), do histórico episódio que foi a Revolta do Formoso e da tradição cavaleiresca reapropriada em Goiás depois de ser transmigrada para o Brasil. O entrevistado havia participado da revolta, o que representava importante parte tanto de sua memória coletiva quanto individual da cidade em que vivera.

Amado nos leva a uma reflexão no sentido de ter um olhar sempre crítico enquanto pesquisadores, uma vez que tenhamos escolhido a história oral como ferramenta de pesquisa. O cuidado mais específico deve ser então o confrontamento de idéias para que possamos extrair a história real a partir da história narrada pelo entrevistado. Sob uma perspectiva analítica, a autora deixa claro um aspecto relevante: a distinção entre vivência e memória. A primeira é importante por demonstrar aspectos reais que a pessoa contemplou ao longo das suas relações culturais e sociais para que compoñham os elementos que configuram a história oral. A segunda, por outro lado, é importante porque serve para reelaborar componentes selecionados dos fatos concretos que ocorrerem em vivência. A título de exemplo, o relato de alguém que vivenciou uma experiência traumática ou evento histórico como uma guerra ou conflitos sociais é diferente das memórias que se constroem a partir de cada um desses elementos (AMADO, 1995).

Os componentes *memória* e *vivência* são expressos por narrativas que trazem elementos considerados versões ou pontos de vista. Cada uma das versões criadas pelo entrevistado é também influenciada não apenas por sua memória como pela memória de outras pessoas com as quais o entrevistado teve contato. Isso foi o que Amado (1995) chamou de “memória herdada” o que culminou na conclusão de que Fernandes foi um mentiroso profundamente verdadeiro, pois lançou mão de códigos corporais, psicológicos e mentais outrora contidos no mais íntimo do seu ser. Essa perspectiva das ciências sociais nos mostra como entrevistados podem se apropriar não apenas de suas vivências antigas para remontar vivências e memórias históricas, como também de vivências não experimentadas diretamente, mas de outras pessoas.

Esse conjunto de memória e vivência, herdados historicamente marcaram o perfil da história oral coletados via entrevistados. Essencialmente podemos observar a associação não apenas da memória individual dos entrevistados como posições pessoais, utilização de relato de vivências antigas, como também a relação que cada evento teve com sua vida e com a de outras pessoas. Nesse completo de relações e acontecimentos, percebeu-se que a história de vidas das pessoas relatadas via história oral apresentou elementos fortes de vivência – como será mostrado no capítulo seguinte com detalhes – bem como a interferência da memória enquanto elemento-chave para o relato de cada fato histórico-cultural.

Outro conceito que merece destaque e que nos permite enxergar essa problemática de uma forma mais ampla via história oral é o de espaço urbano. Em uma recente revisão teórica de destaque, Júnior (2014) deu luz a importantes reflexões teóricas postas por Henri Lefebvre e David Harvey. Vamos começar então sob a perspectiva conceitual e, para isso, faremos jus

primeiramente à concepção de espaço urbano sob o ponto de vista físico. Sob essa perspectiva, o espaço urbano pode ser considerado um espaço dentro de uma cidade cujo uso é de domínio público e coletivo. Além disso, pertence tanto à sociedade como um todo quanto ao poder público, o que inclui parques para recreação e reflexão, espaços destinados à conservação, como reservas ecológicas ou locais para contemplação como cachoeiras. Um detalhe para todos esses casos citados é que o acesso público a todas as pessoas é então assegurado (JÚNIOR, 2014).

Apesar disso, o espaço urbano não reflete apenas o espaço físico. Diferentemente, isto é, além da materialidade do espaço urbano, está também o conceito de esfera pública ou do conceito de espaço público. Além disso, há inúmeras formas de pensarmos no espaço urbano considerando tanto uma apropriação simbólica como sob o ponto de vista de sua materialidade em si. Júnior (2014) levantou, pois, uma tríplice de conceitos previamente definida por Lebevre (1991), a partir do fato de que o espaço em si seria fundado sob três contextos: 1) representações do espaço, considerando tanto o espaço representado quanto o espaço concebido; 2) prática espacial, concepção de espaço que emerge da realidade diária e 3) espaço representacional, espaços experimentados a partir de experiências que incluem símbolos e imagens, espaços onde ações e paixões são então praticadas.

Semelhantemente à Lebevre, Harvey, como destacou Júnior (2014), também apresentou uma conceptualização de espaço embasada em uma tríplice teórica. Porém, o autor teve por base a relação entre o conceito absoluto e relativo de espaço. A perspectiva absoluta assume que o espaço urbano seja algo de si mesmo no sentido de que sua existência independa de um sentido, apenas de estrutura. Tal estrutura pode então ser utilizada para detectar fenômenos-chave. Por outro lado, sua visão relativa de espaço propõe que o espalho seja compreendido enquanto uma relação mútua entre os objetos que existem não porque apenas existem, mas porque se relacionam entre si. No sentido de considerar que o espaço possa ser visto como relativo, Harvey pontuou que o espaço seja então chamado de espaço relacional (JÚNIOR, 2014).

Estendendo um pouco mais nossa discussão sobre as diferentes nuances teóricas pelas quais podemos nos pautar para compreender o que é espaço, está a contribuição de Milton Santos, destacada por Harvey (et al., 2009). Nesse contexto que inclui geografia, espaço e território, Milton Santos destacou que o espaço precisa ser considerado enquanto totalidade sendo um conjunto de relações realizadas através de formas e funções, cada uma delas expressa por meio de processos que compuseram tanto o passado quanto o presente. Em suma, o espaço é tido como resultado e condição dos processos sociais. O motivo de tal

difusão é que o espaço era então compreendido como uma categoria fundamental quando ocorria a predominância de utilização de princípios pautados no materialismo histórico dialético. Essa perspectiva de Milton Santos se torna especialmente interessante porque considera que o espaço corresponde tanto a uma organização feita pelo próprio homem quanto a uma instância social com capacidade reprodutiva ao longo da história (HARVEY et al., 2009).

Indo ainda um pouco mais além, essa definição de espaço urbano (ou, simplesmente espaço, como já apresentado), nos remete, sob o ponto de vista lógico, ao que compreendemos com a ideia de cidade como um todo. E, neste sentido, Harvey (2009) apresentou apontamentos importantes através de sua obra *O direito da Cidade*. Dentre os pontos de vista está, por exemplo, o tipo de cidade que queremos, sobretudo considerando a junção de diversos aspectos que incluem valores estéticos que desejamos, tecnologias e estilos de vida, laços sociais e nossa relação com a natureza.

Cada um desses elementos que emergem de processos históricos de construção de cultura e hábitos, nos faz entender, portanto, que a cidade enquanto direito está além do direito à cidade enquanto espaço urbano. Em suma, o direito à cidade está relacionado também ao direito que temos de mudar a nós próprios em prol da mudança da cidade. Longe de ser um direito individual, o direito à cidade depende inexoravelmente do papel atuante do poder coletivo no sentido de estruturar (moldar) o processo de urbanização. Sob essa perspectiva, Harvey destaca que a liberdade tanto de construção quanto de reconstrução de uma cidade implica em um dos mais negligenciados, bem como em um dos mais preciosos direitos da humanidade (HARVEY et al., 2009).

Se considerarmos que a história oral extrai elementos que expressam não apenas práticas culturais, mas também como tais práticas estiveram relacionadas com as diferentes concepções de espaço urbano, torna-se então fundamental trazermos a reflexão dessas múltiplas vertentes para que compreendamos a estruturação histórica dos padrões que as sociedades produzem. Dentre tais padrões, estão hábitos e práticas mediadas pelo estabelecimento e expansão do próprio espaço (seja relacional ou absoluto), juntamente acompanhados da chegada de problemas sociais, como é o caso da prevalência de LV em Araguaína-TO.

CAPÍTULO 2

2. RELATOS DE ALGUNS CASOS DE LEISHMANIOSE VISCERAL EM ARAGUAÍNA-TO SOB O CENÁRIO TEÓRICO DE HABITUS, TERRITÓRIO E CAMPO

A partir da entrevista com Antonio Carlos (APÊNDICE 1), agente de endemias e que também teve dois filhos acometidos pela LV em Araguaína-TO, pudemos destacar uma série de aspectos que envolvem o contexto de território, *habitus* e campo. Sob uma perspectiva teórica, Bourdieu (1989) destaca que a dinâmica social ocorre no interior do segmento social (em um campo). Cada um dos seus agentes, incluindo os diversos indivíduos e grupos envolvidos, possui especificidades conhecidas como *habitus*. Dentre os trechos que possuem relação direta dessa relação de *habitus* com o contexto da LV em Araguaína-TO, destacamos alguns. Primeiramente, quando questionado sobre a importância das práticas culturais e portanto históricas, o mesmo respondeu da seguinte forma:

A questão das invasões é um problema seríssimo, pois nesses locais não tem coleta adequada do lixo tomando um local propício para o desenvolvimento. A resposta que temos é a falta dessas coleta, mais tipo tem gente que queima o lixo, joga em um local vizinho onde tem coleta sabe, então da para prevenir (ANTONIO MARCOS⁹, ENTREVISTA ORAL, 2019).

O conceito de *habitus*, como definido por Bourdieu, aqui pode ser lido sob duas perspectivas. A primeira é que, nos locais onde o entrevistado trabalhou como agente, ele teve contato com situações que parecem mais terem sido influenciadas por práticas culturais do que necessariamente ausência do poder público em fazer papéis como a visita, monitoramento e controle da expansão da doença na cidade. Por outro lado, o entrevistado também deixou transparecer uma preocupação com a influência que a expansão territorial possa ter tido para o agravamento histórico da LV na cidade.

Entretanto, e talvez mais importante, devemos salientar que o agente fala a partir de um campo, qual seja, o da saúde, circunscrito ao poder público. Isso fica evidente, por exemplo, no uso do termo “invasão” e não “ocupação” já que este último denotaria uma preocupação com os sujeitos sociais, enquanto “invasão” revela a preocupação do controle do espaço urbano por parte do poder público. Assim, o campo saúde interage com o campo poder político exercendo uma influência na percepção que o agente tem sobre a disseminação

⁹ Informação verbal concedida por Antônio Marcos, agente de endemias e pai de criança que teve LV, à autora, em 2019, em entrevista oral.

da LV. O mesmo não consegue perceber por exemplo, que as áreas ocupadas deveriam ter o mesmo “direito à cidade” como as demais áreas da cidade.

A associação das práticas de “invasão” e a dinâmica de ocupação do território em Araguaína-TO, como a escassez de serviços básicos e de coleta seletiva de lixo nas áreas invadidas ou terrenos baldios, revela, de acordo com a discussão de *habitus* posta por Bourdieu no sentido de que cada indivíduo possui fatores que determinam sua conduta tanto sob o ponto de vista coletivo como individual, as posições particulares de cada sujeito enquanto elementos que estruturam as relações que definem *habitus* dentro de um campo específico. Trata-se de como cada campo é socialmente construído a partir de debates e embates incluindo diferentes grupos e indivíduos que os compõe. Esses elementos, por sua vez, determinam não apenas os tipos de posições como o conjunto de posições que definem o *habitus* em si.

O caso do Agente Antônio Marcos é emblemático pois, mesmo sendo agente especializado, teve seus filhos contaminados, fato que lhe marcou profundamente:

Foi terrível, assim foi uma experiência ruim e ao mesmo tempo boa, pois pude presenciar de perto o que é a doença. Me possibilitando mais conhecimento do caso, e também foi uma forma de orientar mais as pessoas sobre, porque foi algo que já aconteceu comigo. Falo da dificuldade que eu tive para levar meus filhos nos tratamentos por conta de locomoção, e de outras coisas. (ANTONIO MARCOS, ENTREVISTA ORAL, 2019).

Nesse momento da fala, pesa mais em sua percepção da experiência sua atuação no campo saúde que se denota pela percepção de que esta lhe propiciou mais conhecimento dentro desse campo. Mas reconhece (“porque foi algo que já aconteceu comigo”) que a questão de ser pobre e morar em bairros periféricos é um dos componentes do problema.

Em outros momentos de sua narrativa, outras questões importantes são reveladas, apesar de falar que a recusa do moradores em entregar seus animais infectados é recorrente, sua experiência não se deu assim: “Sabia, mais se prontificou a entregar os cachorros, percebeu que tava afetando muita gente. Não teve resistência para entregar os animais”. Emerge de sua narrativa a questão da solidariedade entre vizinhos. Uma possibilidade para se melhorar o controle dessa epidemia, portanto, seria o poder público desenvolver estratégias para atuar junto a núcleos de vizinhos e de parentesco, e não por bairros ou zonas.

Em outro momento, o agente revela que, apesar de influenciado pelo campo saúde e pelo campo político, na condição de usuário do sistema de saúde pública, se ressentia da mesma forma que os demais moradores, dos problemas que são resultado de uma saúde pública deficitária:

[...] por mais que eu afirmava que o meu outro filho já teria tido a doença. Passei 12 dias indo ao hospital e só me davam diagnóstico de virose, e meu filho só piorando, teria sido mais fácil se desde do primeiro dia tivesse feito o procedimento adequado. Meu filho sofreu bastante por falta de conhecimento das pessoas. E até hoje existe isso aqui, (falta de conhecimento) citando um exemplo, tem uma criança internada no municipal, sendo que foi 3 vezes na UPA e todas a vezes foi diagnosticada como virose. Agora a criança esta muito mal, na UTI, risco ate de morrer. A criança tem apenas 5 meses. Como a cidade é uma zona endêmica já era pra se desconfiar, se passou de 10 dias de febre, já deve suspeitar de doenças endêmicas. O HDT não quis receber porque não tinha UTI, a criança já tava em um quadro complicado necessitando de uma UTI. Mandaram para o municipal [...]. (ANTONIO MARCOS, ENTREVISTA ORAL, 2019).

Percebe-se aqui que, embora os campos sejam delimitados, em termos conceituais, eles interagem conflituosamente, dependendo das experiências dos sujeitos e que estes participam de vários campos ao mesmo tempo e que suas percepções acerca dos campos irão depender de que como estes os afetam em suas experiências.

Outra entrevistada narrou o mesmo problema:

Moro no parque Bom Viver, lá é muito epidemia de Leishmaniose, já teve muitas mortes por calazar, por não descobrir a tempo, esse negócio de ficar indo na UPA e para eles tudo é virose e quando vai para o HDT já passou. Quando não acusa no sangue o certo é fazer o teste da medula óssea que acusa, quando isso vai acontecer a doença já esta avançada, fígado e baço todo comprometido. (MEIRE, MÃE DA EMILLY DE 11 ANOS QUE TEVE A LV. ENTREVISTA ORAL, 2019).

Aspectos culturais como experiências oriundas de modos de vida rural também são elementos importantes a serem considerados na fala de Meire:

Eu nasci na fazenda Santa Luzia e logo criança vim para Araguaína-TO e moro até hoje. Na minha casa aqui eu criava galinha, pato, só que hoje eu tenho consciência que não pode, mas antes eu não sabia. Sou muito consciente e hoje tento passar informações para as pessoas também. Olha eu não sabia a importância da alimentação, você só passa a saber depois que adocece, minha alimentação era muito errada, com frituras, doces, refrigerantes, sucos de saquinhos. Hoje tirei tudo isso, aprendi muita coisa e nossa alimentação está bem melhor. Tento passar essa informação para minha família mas ta difícil, só sentindo na pele para passar a dar importância. Eu perguntei para o CCZ se teria que acabar com minha plantação de cana cainã e eles falaram que não, que era só ter o cuidado de ficar limpando. Outra coisa que aprendi, as 6 horas da tarde evitar ficar no terreiro, do lado de fora, pois é a hora que o hospedeiro sai para se alimentar, que é a fêmea, a fêmea que se alimenta, a tela nas janelas de 3mm também já providenciei, não fico sem.

Percebe-se que houve um aprendizado revelado, inclusive, pela linguagem utilizada na narrativa, e que, sujeitos como a Sr.^a Meire poderiam se tornar agentes replicadores de tal conhecimento adquirido, e, se pensarmos isso dentro de uma política de nucleação entre vizinhos e relações de parentesco, acreditamos que teria uma eficácia significativa no controle da endemia. Ou seja, cada agente replicador contribuiria para o saneamento dentro do seu núcleo de vizinhos e parentes transformando o *habitus*, tanto no que se refere aos sujeitos

dentro de cada grupo social quanto na transformação dos campos, como, no caso, o campo saúde.

Por outro lado, também foram destacadas tanto a falta de coleta regular de lixo por parte do poder público, quanto as diferentes práticas como o ato de queimar lixo em terrenos abandonados ou até mesmo jogar lixo no terreno do vizinho. Esse possível embate em práticas culturais que faz parte do contexto de *habitus* e a LV em Araguaína-TO, bem como os problemas internos dentro do campo saúde, devem merecer melhor atenção no sentido de compreendermos a origem de tais práticas mediadas por costumes ou valores, e que possam representar um elemento complicador no sentido de se buscar combater a prevalência de LV para Araguaína-TO. Em tese, e como destacaram Thiry-Cherques (2006), essa reciprocidade da relação cria o que o autor chamou de movimento perpétuo, definindo assim *habitus* enquanto um sistema generativo e autocondicionado. Assim, esse movimento busca permanentemente o seu reequilíbrio que, por sua vez, possui tendência tanto a se reproduzir como a se regenerar.

Acerca do trecho reproduzido acima, a entrevistada também dá uma dica de como essa reciprocidade de relações pode ser determinante para a busca de soluções práticas e preventivas. Isso, porém, a partir da busca de novas práticas culturais que, embora sejam divergentes das já empregadas pelos moradores na região, simboliza o sentido real de se relacionar a problemática do contexto de LV, a cultura e o território. É preciso refletir que o processo de se desterritorializar do meio rural e se retorializar no meio urbano pressupõe um longo período de transição e de aprendizado que não se realiza com algumas visitas de um agente de zoonoses.

Voltemos à narrativa do Agente Antônio Marcos. Em outro trecho, o entrevistado enfatiza aspectos que nos permitem ver como os referenciais culturais condicionam a prevalência de LV na cidade.

Sim, aí entra aquela questão de descarte incorreto de lixo (nos terrenos desocupados). Mas fazendo esse descarte incorreto não imagina que pode gerar o mosquito (e gera), podendo atingir a própria casa dele (ANTÔNIO MARCOS, ENTREVISTA ORAL, 2019).

O interessante a destacar aqui é como as diferentes dimensões de *habitus* podem ter influenciado a resposta do entrevistado. Quando o mesmo se refere ao descarte incorreto do lixo, está pondo claramente um ponto de divergência e exposição dos diferentes valores por ele adquiridos ao longo da vida com aqueles costumes historicamente construídos pelos moradores. Esse ponto também merece destaque uma vez que o pré-julgamento do

entrevistado, coloca a concepção cultural que as comunidades presentes nesses bairros possuem, em relação à prática da criação de animais e realização de descarte de lixo em terrenos baldios com o conseqüente agravamento da situação do acúmulo de vetores, o que acontece quando o autor destaca “(...) Mas fazendo esse descarte incorreto não imagina que (...)”.

Isso se torna objeto de discussão relevante à medida que, como destacou Bourdieu, a percepção sob o ponto de vista do grupo e individual, incluindo sua conduta e forma de pensar, é constituída a partir das estruturas do que é considerado perceptível, com base no campo ao qual pertencem as pessoas. Logo, em um espectro de restrições aceitas, aspectos como a improvisação e criação (ambos considerados livres), estão também a conduta. Assim, tem-se improvisação e criação, ao que o autor chamou de estrutura estruturante de *habitus*. E, como já salientamos, ora o Sr. Antônio é condicionado pela sua atuação no campo saúde, ora é condicionado pelas suas condições de classe e de morador de um bairro periférico, ou, ainda, como usuário do sistema público de saúde. Aqui seria interessante refletir que, se a partir de transformações internas no campo saúde, fosse trabalhado com esse agente as contradições internas ao próprio campo e as contradições oriundas de um modo de viver rural transpostas para o meio urbano, seu trabalho poderia se tornar mais eficaz pois seria possível fazer interagir vários campos no sentido de transformar o *habitus*, tanto dos moradores que ele critica, quanto dos agentes de saúde.

Um terceiro aspecto a destacarmos é a respeito de quando o entrevistado foi questionado sobre o fato de seus dois filhos terem sido acometidos pela LV. Apesar de o mesmo trabalhar na conscientização das pessoas e assim visar o combate à doença, percebemos que o contexto social, cultural e espacial podem ser mais importantes do que necessariamente as campanhas de conscientização em si. O senhor Antônio assim relatou nos dois trechos a seguir:

1- As casas não eram muradas, o vizinho tinha cinco cachorros. Todos deram positivo no teste da doença. Onde eu morava oito vizinhos foram acometidos coma doença. Eu já trabalhava como agente. Nós buscamos os cachorros, e foram sacrificados. Na minha casa eu não tinha animais, mais o vizinho tinha. O meu filho mais novo tinha apenas 6 meses de idade, passou muito mal ficou 28 dias internado no HDT (...).

2- Ainda tem muitas pessoas que insiste em criar galinhas, que sabemos que o vetor se alimenta delas, também a superpopulação de animais, principalmente nos setores periféricos, invasões (...) (ANTÔNIO MARCOS, ENTREVISTA ORAL, 2019).

Aqui trazemos como ponto de destaque dois elementos relevantes: 1) o contexto de espaço e território e sua influência direta na transmissão de doenças para inúmeras pessoas, incluindo aquelas que não estejam criando animais parasitados e 2) escassez em diagnóstico e

pronto-atendimento por parte do Hospital de Doenças Tropicais da cidade. Para discutir os dois aspectos, destacamos a definição de território posta por Haesbaert e Limonad (2007). Os autores pontuam que território é, sobretudo, uma construção histórica e, dessa forma, social. Além disso, tal construção ocorre a partir das relações de poder que envolvem tanto sociedade quanto espaço geográfico. Ainda de acordo com Haesbaert e Limonad (2007), aprendemos que território possui um aspecto de definição subjetiva, em alguns casos enquanto identidade territorial.

Assim, as relações de costumes e práticas culturais somadas às condições intrínsecas ao espaço geográfico onde o entrevistado (Senhor Antônio) mora, se inserem no contexto de identidade territorial à medida que tanto o território nasce com o homem (e suas inúmeras práticas culturais e identitárias) como o homem nasce com o território. Assim, as problemáticas levantadas tanto considerando a contaminação de cães e vizinhos pela LV como pela dificuldade de atendimento de seus filhos (então acometidos pela doença), são reflexos dessas dimensões que envolvem território e cultura.

Pensar cultura, enquanto modo de vida, nos remete às noções de costume e experiência. Thompson (1998) destaca que as diversas práticas e normas determinadas nos diversos grupos sociais são reproduzidas ao longo das gerações em uma atmosfera lentamente diversificada de costumes. A criação de animais em locais, hoje sob a perspectiva do poder público, e especialmente do campo saúde, classificada como “inadequada ou ilegal”, na verdade revela as continuidades de tradições. O autor também expressa exatamente de que forma tais práticas tiveram origem sob a luz do próprio conceito de costumes. Segundo Thompson (1998), no século de XVII ficou-se sabendo que os costumes devem ser interpretados conforme a percepção vulgar. O motivo é que os costumes são produzidos, criados e se desenvolvem entre pessoas comuns, o autor denominou esses aspectos de *Vulgares consuetudines*. Assim, entendemos, sob a perspectiva teórica de Thompson, a origem histórica de como práticas e costumes como o de criar animais domésticos (hoje descobertos como reservatórios naturais de parasitas nocivos à saúde humana e animal), são explicadas pelos *Vulgares consuetudines* (THOMPSON, 1998).

Outra ponte teórica pode ser feita a partir de mais um trecho relatado pelo nosso entrevistado:

(...) foi comprovado que é nessas áreas que se encontra a maior concentração do foco da doença, pois era nessas áreas o habitat natural do vetor, automaticamente invadir a cidade, aí encontra muitos animais (...) (ANTÔNIO MARCOS, ENTREVISTA ORAL, 2019).

Quando o entrevistado utiliza a expressão “nessas áreas”, está exatamente se referindo aos locais onde os moradores possuem o costume histórico de criar galinhas (como destacado anteriormente). Nesse contexto, Thompson (1998) traz uma consideração interessante destacada por Sir Edward Coke, a de que os costumes repousam sob dois importantes pilares: 1) o uso comum e 2) o tempo inmemorial. Outros autores como Carter, diferentemente consideravam haver quatro principais pilares sob os quais os costumes eram moldados: a) antiguidade; b) constância; c) certeza; e d) razão. Aqui, trazemos um destaque interessante para uma fala de Thompson:

(...) um costume se desenvolve e atinge sua plenitude da seguinte maneira: quando um ato razoável, uma vez praticado, é considerado bom, benéfico ao povo e agradável à natureza e à índole das pessoas, elas o usam e praticam repetidas vezes, e assim, pela frequente interação e manipulação do ato, ele se torna costume; e se praticado sem interrupção desde tempos inmemoriais, adquire força de lei (THOMPSON, 1998, p.86).

Historicamente, sabe-se que a agricultura e a pecuária sempre fizeram parte de nossa evolução enquanto sociedade e espécie. A busca por meios mais eficazes de subsistência como a agricultura e a pecuária, por exemplo, são modelos de costumes que adquiriram sua plenitude sob características inmemoriais e que adquiriu força de lei. Nesse mesmo contexto está também o costume de se criar animais, como as galinhas, destacado por nossos entrevistados. Diferentemente, no entanto, da definição de Carter, esse costume parece não ser mais benéfico e agradável à índole das pessoas (apenas), é também um meio pelo qual se expandiram outros problemas como a expansão de endemias, uma vez transpostos do meio rural para o urbano.

Devemos observar as práticas culturais nos dias de hoje e como tais costumes têm mudado de forma dinâmica, isto é, passando de atributos benéficos e praticados repetidas vezes ao longo da história para ser elemento-chave para o surgimento de outras problemáticas, como é a prevalência de LV em Araguaína-TO, com destaque para os bairros que possuem tais práticas (THOMPSON, 1998).

Outro paralelo interessante será posto aqui com base na definição de costumes discutida acima. Isto é, uma vez que os costumes ganham raízes históricas e atemporais a partir de práticas consideradas agradáveis, benéficas ao povo e à índole das pessoas, consideramos relevante que os programas de conscientização com foco na informação e combate à LV em Araguaína-TO sejam uma política pública que, se passar a levar em conta os aspectos culturais e territoriais, especialmente os costumes migrados do campo e o

processo de des-reterritorialização dos sujeitos oriundos do meio rural, pode se tornar, também, práticas culturais que sejam benéficas aos cidadãos em geral.

As políticas públicas oriundas do campo saúde devem ser cada vez mais estruturadas, praticadas e amplamente trabalhadas. Há várias atividades já executadas na cidade com foco na comunidade em geral e escolas tanto regionais como federais que podem ser reestruturadas de acordo com o que propomos acima. O CCZ de Araguaína-TO tem, por meio de palestras educativas, exposição de materiais e apresentação de atrações como bonecos de fantoches trabalhados para a construção de costumes que favoreçam a população local como um todo, mas que não levam em consideração as questões levantadas acima. A seguir segue um mosaico destacando as diversas atividades que estão sendo implementadas pelo órgão.

Figura 5 – Programa de conscientização e prevenção à LV – CCZ, Araguaína-TO.



Fonte: CCZ, Polo Araguaína-TO, 2019.

Os itens de a) a e), na Figura 5, representam alguns registros de atividades realizadas de 5 a 14 de agosto que incluem exposição de banners (d), brincadeiras educativas (c), teatro de fantoches (b) e palestras no Instituto Federal do Tocantins (campus Araguaína).

CAPÍTULO 3

3. COMPREENDENDO A LEISHMANIOSE VISCERAL VIA HISTÓRIA ORAL: VIVÊNCIAS OUTRORA ESQUECIDAS EM ARAGUAÍNA-TO

Em geral, os problemas de saúde pública possuem uma série de causas que vão desde ambientais, ecológicas, sociais, econômicas, territoriais e de cultura. Particularmente, os dois últimos aspectos são interessantes, pois refletem padrões de práticas que vão desde a ocupação das áreas ao longo da história até comportamentos e costumes que podem ser determinantes para eventuais problemas de saúde pública. Um exemplo desse tipo de importância que está nos padrões culturais relacionados à saúde e os agentes de saúde devem compreender, são as diversas implicações de sociedade e cultura tanto considerando a saúde quanto a doença nos diversos cenários. O aspecto-chave é que esse tipo de compreensão torna possível extrair elementos que se estendem além da pura compreensão biológica. Além disso, desconsiderar a importância desses aspectos culturais pode afetar de forma negativa a forma como cada usuário atua de forma efetiva, e, portanto, participativa, no cuidado (LARA et al., 2012).

Além da cultura, o território é outro fator de fundamental importância para a compreensão de problemas de saúde pública, como a Leishmaniose visceral. Em Araguaína-TO, a doença tem registros que vêm desde 2007 até os dias atuais. No município, estudos já têm sido desenvolvidos a fim de caracterizar os padrões de infecção por LV, mostrando-se por isso um problema de saúde pública não apenas recorrente, mas que tem persistido ao longo dos anos. Além das questões técnicas que envolvem tais estudos, faz-se necessário compreendermos essa problemática agora sob uma abordagem diferente, através da compreensão de experiências passadas das pessoas. Isso inclui desde aspectos como o histórico de chegada e ocupação de território quanto de relatos particulares outrora ocultos da história e que são de extrema relevância para uma compreensão global da problemática.

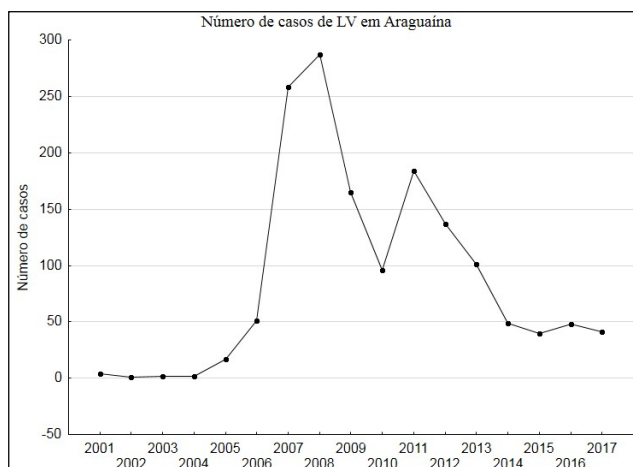
Compreender essa dimensão de problemas de origem sociocultural e que afetam práticas de combate e controle de endemias é de fundamental importância. Isso porque Araguaína-TO já teve diversas abordagens e estudos relatando o número de casos de LV e caracterizando os problemas relacionados à doença e sua prevalência na cidade. Porém, grande parte das abordagens o tem feito considerando, sobretudo, uma ênfase na abordagem biológica da doença como também uma perspectiva medida da descrição dos casos na cidade. Mesmo com a caracterização do problema com dados quantitativos e descrição dos diferentes

tipos de casos registrados, a cidade ainda possui números consideráveis de registros de 2001 a 2017. Dessa forma, acreditamos que há elementos que estão além da pura detecção e descrição biológica da doença que possam nos ajudar a compreender o problema e buscar solucionar o problema a médio e longo prazo (GONTIJO, MELO e NORMA, 2004; MONKEN et al., 2008; TOLEDO et al., 2017).

Neste sentido, o presente capítulo tem dois objetivos principais: 1) Obter um diagnóstico qualitativo sobre a Leishmaniose visceral com foco no relato de práticas culturais de moradores no município de Araguaína-TO; e 2) Reconstruir aspectos históricos de território e cultura com base na história oral obtida de entrevistados de diversas vertentes como moradores, agentes de saúde e coordenadores do programa de prevenção para direcionamento de ações de educação e conscientização ambiental-social. O foco é buscar elencar elementos extraídos das experiências das pessoas no que diz respeito às diferentes vivências, perspectivas, relatos e desafios encontrados em lidar com essa endemia em Araguaína-TO.

Para diagnosticar o problema de uma forma mais técnica, levantamos os casos de LV ao longo dos 17 anos. De 2005 a 2008 houve um aumento considerável no número de casos até 2008. Desse período em diante, até 2010, houve um decréscimo considerável com posterior aumento e decréscimo até 2017. Isso ocorreu provavelmente devido à intensificação de ações da prefeitura no combate à LV, sobretudo retirando centenas de cães da rua. O quadro técnico breve apresentado abaixo, servirá como base para agora discutirmos aspectos culturais que possam ter contribuído via práticas ou intervenções de agentes e vigilância sanitária, por exemplo.

Figura 6 – Distribuição dos casos em todos os bairros de Araguaína-TO ao longo dos 17 anos.



Fonte: elaborado pela autora de acordo com dados da pesquisa.

Dividiremos a exposição dos resultados em cinco níveis com base na história oral obtida pelos entrevistados seguindo a seguinte ordem: a) Coordenadora do CCZ (Apêndice 2); b) Agentes de endemias (Apêndices 1 e 3); c) Pessoas que tiveram LV (Apêndices 4 e 5). Cada um dos relatos foi construído de forma a buscar elementos mais relevantes a fim de que compreendamos ainda mais essa problemática em Araguaína-TO, mas, agora, sob a perspectiva de cada pessoa envolvida direta ou indiretamente com a LV.

O primeiro aspecto destacado pela coordenadora está no fato de que, quando a mesma começou a atuar, havia mecanismos e oportunidades de capacitação, porém, fora do contexto de epidemia. A doença ainda não era incluída nessa classificação em Araguaína-TO, como mostra o relato:

Quando eu entrei a situação ainda não era endêmica, então foi mais tranquilo podemos vivenciar com mais calma, sendo uma oportunidade muito boa de capacitação, tendo contato com outros CCZ fora daqui, tendo uma visão maior do que era o controle de Zoonose, ai cinco anos depois teve a explosão da Calazar mais foi assim do nível Nacional. Ai a gente foi aprendendo e a construindo. (COORDENADORA CCZ¹⁰, ENTREVISTA ORAL, 2019).

A coordenadora aponta um aspecto importante no que diz respeito ao cenário político na época, no sentido de tomadas de decisões em prol da saúde pública. Apesar de ter

¹⁰ Informação verbal concedida por Ketlen, Coordenadora do CCZ, à autora, em 2019, em entrevista oral.

demonstrado que, na época, a doença ainda não era considerada endêmica, já havia certa preocupação por parte da coordenadora. Isso no sentido de que os casos eram acompanhados com certo controle até a expansão da doença cinco anos depois. Um detalhe é que não apenas o Tocantins, mas outras cidades no Brasil também sofreram com a expansão da doença à medida que talvez não estivessem devidamente preparadas para tal problema de saúde pública. No cenário nacional, como destaca a entrevistada, historicamente desde a década de 80, as doenças emergentes têm feito parte da história dos problemas de saúde pública no Brasil.

Esse aprendizado e construção, como destaca a entrevistada, se deu principalmente em um cenário que se caracteriza como um dos mais preocupantes, pois a Leishmaniose visceral está entre as doenças emergentes mais importantes, sobretudo, devido sua gravidade potencial e extensa distribuição através dos seus hospedeiros. Historicamente, de 1990 em diante, a expansão da quantidade de focos da doença foi bastante expressiva, evento esse acompanhado pelo acelerado processo de ocupação do espaço urbano. Cabe lembrar aqui que os processos de ocupação acelerados quase sempre pressupõem uma ineficiência do poder público em atender as demandas de urbanização e saneamento. Esse cenário pode ser a explicação para o fato de a Região Nordeste (historicamente responsável por aproximadamente 90% dos casos de LV apenas na década de 80), seja, na atual conjuntura, representada por menos de 50% dos casos registrados para a doença em território nacional (WALDMAN et al., 2015).

Ainda considerando a perspectiva histórica, o Brasil definiu a *Leishmaniose* como endemia, sobretudo considerando seu impacto sobre a saúde pública. Por quase um século, o calazar está entre as endemias classificadas como rurais, bem como classificada como uma das preocupações centrais, isso aliado à ocupação do espaço urbano, contexto em que se enquadra Araguaína-TO. Esse acelerado crescimento urbano fez parte da história de nossa civilização, pois, conforme as cidades foram envelhecendo, problemas como superpopulações locais somadas às ondas migratórias, abastecimento de água e saneamento, com destaque para as grandes cidades, onde esses problemas eram mais acentuados e maiores (CARLOS, 2015a). O reflexo disso, é a facilidade de proliferação das endemias. Dessa forma, como destaca a coordenadora, embora tenham sido cinco anos de “silêncio” da doença, acredita-se que o acelerado crescimento da cidade ao longo dos anos, acompanhado dessa série de problemas que datam (de forma geral) já de 1840, tenham sido fatores essenciais para o agravamento do quadro nacional da leishmaniose.

Araguaína também parece ter enfrentado um problema específico de acesso ao atendimento de pessoas que tenham sido acometidas pela doença. Como destaca a

Coordenadora do CCZ, “(...) a pessoa pode ir a óbito sem saber a causa da notificação. Hoje a gente enfrenta alguns problemas, mas antes eram mais despreparadas, as pessoas ficavam doentes e não tinha um diagnóstico (...)” (COORDENADORA CCZ, ENTREVISTA ORAL, 2019). Devemos lembrar aqui que, devido os problemas internos e próprios ao campo saúde, a questão do diagnóstico, embora tenha melhorado ao longo dos anos, ainda é um problema recorrente enfrentado pelos usuários do sistema de saúde pública.

Além disso, esse contexto no qual as endemias surgem e que as pessoas sofrem devido à falta de acesso a atendimento de saúde e com diagnóstico, é exemplo importante de como a ausência de uma reestruturação mais dinâmica do sistema de saúde pública pode ter sido determinante para a persistência da doença na cidade de Araguaína-TO. Dessa forma, acredita-se que o número de casos registrados na história poderia ter sido muito maior se as pessoas tivessem acesso a um diagnóstico e posterior tratamento. Teoricamente, o cenário poderia ter sido diferente, uma vez que se podiam ter localizado os principais focos de ocorrências da cidade considerando aspectos como: impacto ambiental, urbanização, acúmulo de lixo, animais infectados e ausência de saneamento básico na cidade e, se esses elementos fossem pensados e trabalhados à luz da interação entre vários campos e consideradas com mais profundidade as questões de ordem culturais e territoriais.

O contexto supracitado possui uma relação direta com o terceiro aspecto destacado pela Coordenadora entrevistada. Ela relatou sobre a importância de uma mudança nas políticas nacionais de saúde pública:

Quando eu entrei na verdade tinha uma mudança muito grande de políticas públicas, porque descentralizou as ações, antigamente era tudo muito, nível nacional. Todos os municípios estavam fazendo um serviço diferente ninguém estando acostumado a fazer os serviços (COORDENADORA CCZ, ENTREVISTA ORAL, 2019).

Como destacam Lobato et al., (2016), a descentralização da saúde pública no Brasil, especificamente incluindo agora os municípios, trouxe uma autonomia local, dando aos municípios papel central e inédito com foco em políticas sociais, com destaque particular para aquelas voltadas à saúde. Apesar de isso ter sido considerado um aspecto positivo em âmbito geral, e em particular para a melhoria nos programas de inclusão e combate da LV em Araguaína-TO, há ainda algumas críticas levantadas por autores sobre o poder local efetivado a partir dos municípios. Um dos aspectos é que essa descentralização representa uma competitividade entre os entes federativos. Historicamente, tem-se estruturado uma série de desigualdades regionais, contexto no qual está inserido Araguaína-TO (LOBATO et al., 2016).

O motivo é que um número considerável de municípios pequenos surgiu e, com eles, uma intrínseca capacidade limitada de sobreviver apenas com seus próprios recursos (LOBATO et al., 2016). Apesar, porém, dessa discussão sobre os aspectos positivos da descentralização, ela parece ter sido positiva para o combate da LV em Araguaína-TO. Por outro lado, as propostas dos prefeitos incorporaram o Sistema Único de Saúde (SUS) em suas candidaturas, porém, isso não significa afirmar que tenha havido adesão aos princípios estabelecidos do sistema. Um ponto positivo desse contexto é que isso significou um complexo e consolidado sistema, sobretudo considerando que a participação social tem papel central (LOBATO et al., 2016).

Apesar de ser uma endemia que, teoricamente ameaça toda uma população local, um aspecto curioso compartilhado pela entrevistada chamou-nos a atenção:

(...) é uma doença que precisa de saneamento básico de toda uma estrutura, tomando assim uma situação bem delicada atingindo pessoas mais carentes. Quando falamos na doença a gente tem todas as classes sendo atingidas, mais quando vamos pesquisar a fundo sempre vemos que são pessoas mais periféricas tendo um estado de desnutrição e vulnerabilidade (COORDENADORA CCZ, ENTREVISTA ORAL, 2019).

A questão chave aqui levantada é se, de fato, todas as classes estão sendo atingidas, no sentido de estimular uma mobilização municipal mais efetiva no combate à doença e de combater as desigualdades, como o acesso ao saneamento básico e a redução da desnutrição nas famílias de periferia. Essa desigualdade social e histórica já foi destacada por Gouveia (1999). Parte da população que vive na periferia dos municípios está desprovida de serviços básicos além de estarem expostos a diversos contaminantes ambientais.

Estes, por sua vez, são resultantes da territorialização e ocupação histórica do espaço urbano em cada município, como é o caso de Araguaína-TO. Em São Paulo-SP, as áreas mais ricas, já na década de 90, possuíam 100% de acesso ao saneamento básico. Em contraste, as áreas mais pobres da periferia, tinham apenas 15% de acesso ao serviço. Isso se constitui, de maneira preocupante, aspecto determinante para que haja diferença entre as condições de saúde das comunidades que vivem nas áreas menos favorecidas. Dessa forma, acreditamos que não apenas a territorialização tenha sido crucial para a persistência da LV em Araguaína-TO, mas a falta de acesso a serviços básicos aos moradores que vivem exatamente na periferia da cidade corroborou para que a LV tenha atingido proporções tão complexas no município.

Sob a perspectiva cultural, há dois aspectos interessantes que também destacamos:

- 1 – (...) por ser uma doença tão falada tão divulgada, deveria ser conhecida, falta um pouco de interesse da população em saber sobre. Como ela é uma doença da epidemiologia, falta educação da população.
- 2 – (...) tem pessoas que não deixa eles entrarem, não querem ouvir as orientações, acha que já sabem, então ainda tem esse fator. (...) A gente ver quando entra numa residência que o quintal não é limpo, falta do interesse da pessoa de manter limpo, de ter hábitos da limpeza (COORDENADORA CCZ, ENTREVISTA ORAL, 2019).

O ponto 1 é interessante principalmente pelo fato de que hoje vivemos em uma era de informação na qual os meios de comunicação disseminam notícias e as correntes via redes sociais o fazem com grande eficiência e em tempo recorde. No entanto, sabe-se que ainda há uma grande parte da população que não tem acesso a essas informações, o que inclui programas de prevenção, controle e erradicação de endemias. Neste sentido, Carlos (2015) traz um ponto de destaque que muito tem a ver com esse contexto de desigualdade quando olhamos sob a ótica da crise urbana e dos meios de produção que estruturam as cidades.

Essencialmente, a autora destaca que toda mercadoria é produto de toda a produção. Isso é feito com base em princípios como valor de troca e valor de uso, sendo que o valor de troca possui preponderância em relação ao segundo princípio. Essa preponderância, por sua vez, traz como reflexo o fato de a troca de valor influenciar diretamente as relações sociais. Isso pode ser visto, por exemplo, durante o processo de construção de uma grande cidade (CARLOS, 2015b).

O motivo é que, durante o processo, vêm à tona diversas formas de apropriação e uso do espaço, aqui com alusão direta à ocupação do território pelas pessoas ao longo da história. O detalhe é que esse processo está associado às diversas formas de apropriação privada do solo urbano, o que resulta em uma formação hierárquica sócio-espacial como reflexo da desigualdade. Isso é apontado pela segregação sócio-espacial (CARLOS, 2015b).

Cabe ressaltar ainda que essa segregação espacial e histórica se reflete diretamente no fato de que as endemias afetam não apenas as pessoas que vivem nas áreas mais vulneráveis como também dificultam o combate à doença. A resistência e desinformação dessas pessoas, talvez fruto dessa desigualdade social e histórica no quesito educação, é um dos fatores que podem estar também dificultando. Ela (a resistência) pode ser vista, por exemplo, no trecho destacado no aspecto 2, acima, quando a entrevistada relata que as pessoas “(...) não querem ouvir as orientações acha que já sabem; o quintal não é limpo, falta do interesse da pessoa de manter limpo, de ter hábitos da limpeza”.

Esse posicionamento da população está associada a uma das definições posta por Bourdieu (1989) na qual o autor problematiza o *habitus*. Isso porque cada indivíduo possui uma conduta individual e coletiva moldadas pelas diferentes posições que assumem em sua

complexa estrutura de relações. Neste sentido, no interior de cada campo, o *habitus* é construído sob o ponto de vista social a partir de embates entre indivíduos e grupos, como já salientamos. O ato de se recusar a colaborar com os agentes de saúde ou o ato de não ouvir as orientações para que se tomem as efetivas medidas preventivas contra a doença, esbarra no fato de que esses embates determinam as diferentes posições sob uma perspectiva de dinâmica social (BOURDIEU, 1989).

Ainda considerando o aspecto desigualdade, percebemos claramente que o problema (da endemia) tem persistido devido tanto ao histórico estabelecimento das classes menos favorecidas e a inevitável exposição de pessoas às inúmeras zonas de risco, como à necessidade de políticas públicas voltadas para essas comunidades mais carentes. Essa conclusão foi extraída do seguinte trecho, onde a entrevistada relata:

(...) investimento mesmo na políticas públicas, para melhorar cada vez mais as condições de vidas das pessoas que isso a gente ver que tem um impacto muito grande; e quando agente faz essa investigação, essa visita a gente ver que tem essa situações que tem uma vulnerabilidade muito grande, então a gente tem procurado outros setores específicos, setores sociais (COORDENADORA CCZ, ENTREVISTA ORAL, 2019).

Quando a entrevistada se referiu a setores específicos da sociedade, deixou clara a importância de identificarmos os fatores sociais e históricos que também contribuíram para a prevalência da doença e, de forma preocupante, como as comunidades carentes têm sido afetadas por isso. Evidentemente, um órgão de saúde apenas não tem como pensar e propor soluções para todos os problemas. Percebemos, a partir dessa pesquisa que um dos maiores problemas do campo saúde é a falta de interação mais dinâmica entre todos os órgãos que compõem o sistema de saúde, lembrando aqui a questão da demora nos diagnósticos e mesmo a dos diagnósticos errados. Esse é o problema interno do campo saúde que nos permite enfatizar ainda mais as questões sociais enquanto condicionantes não apenas do estabelecimento, mas agravamento de problemas de saúde pública, como é o caso do calazar em Araguaína-TO.

A cultura reúne um conjunto de comportamentos e práticas definidos através de hábitos, linguagem, geografia e costumes, cada um desses compartilhados pelos mais diversos grupos. Historicamente, porém, sabemos que as populações passaram por diversos estágios de migração sendo ou não planejadas, além da diversificação de diversas práticas sociais e que, concomitantemente, emergiram diversos vetores de doenças. Essa emergência de eventos, por sua vez, trouxe também consigo uma nova perspectiva sobre o bem-estar e a saúde. (NAPIER et al, 2014).

Esse cenário, que é discutido em contexto internacional, se aplica perfeitamente ao contexto de Araguaína-TO, enquanto cidade e também fruto de diversos ciclos de migração, consolidação e diversificação de práticas culturais. Dentre essas práticas estão inclusos hábitos no que diz respeito ao acúmulo de lixo, criação ilegal de animais como galinhas, recusa na recepção dos agentes de endemias e também recusa na entrega do cão ao CCZ, quando diagnosticado com calazar. Essencialmente as ideias gerais sobre a saúde, são, por sua vez, culturais.

A razão é que a saúde em si (o que envolve diversos problemas como é o caso da Leishmaniose visceral), não pode ser apenas definida no âmbito clínico da doença. Diferentemente, ela varia amplamente em todos os níveis e escalas sociais, moldada, sobretudo pelas diferenças entre as classes sociais, tanto sob o ponto de vista histórico quanto econômico (NAPIER et al., 2014). Além disso, os sistemas de valores possuem uma grande parcela de contribuição sobre a saúde, o que inclui sistemas multiculturais expressos em diversos níveis: mundial, nacional ou local.

Particularmente, a migração pôde contribuir substancialmente para a qualidade de vida, como o foi na cidade de Araguaína-TO, sobretudo considerando que a instabilidade entre os diferentes grupos culturais força transições de uns costumes para outros. O detalhe é que essa desestabilização produz inúmeros contextos de vulnerabilidade, apesar de oferecer às pessoas diferentes oportunidades (NAPIER et al., 2014).

Dentre essas práticas culturais, e aqui destacamos os costumes construídos empiricamente, como a entrevistada levantou, outro ponto de destaque é o acúmulo de lixo nas residências visitadas. No trecho a seguir a mesma relata o cenário, mediado por costumes e práticas culturais que podem estar sendo também crucial para a persistência da doença (e, portanto de seus vetores) em Araguaína-TO.

(...) a gente fica muito impressionado pela quantidade de lixo em decomposição, então passando de 90 por cento dessas casas que visitamos e são de pessoas que já tiveram a doença podendo concluir que o lixo é um dos indicadores com maior índice do meio, bem preocupante. Tem a questão dos galinheiros que existe uma lei que proíbe, mais sabemos que é uma questão **cultural** que a gente sabe que as pessoas criam um apego (COORDENADORA CCZ, ENTREVISTA ORAL, 2019).

Os costumes destacados pela entrevistada permitem-nos remeter a dois aspectos que podem ser importantes para compreender esse padrão cultural: 1) conhecimentos construídos através de inúmeras gerações que hoje atuam como legado histórico e de práticas e 2) o valor emocional e econômico que tais práticas representam na vida das famílias. Por exemplo, a criação de animais confinados, seja um rebanho ou uma criação de galinha, tem sido

historicamente uma condição de subsistência e de movimentação econômica da população rural.

Tendo em vista que tais práticas assumem papel social na vida das pessoas enquanto ocupantes de níveis menos favorecidos da classe social, torna-se então difícil conscientizá-las no sentido de abandonar tais práticas. É importante salientar aqui que não basta entender que “é cultural”. Far-se-á necessário desenvolver estratégias que possibilitem entender as práticas culturais da população, especialmente os moradores das periferias e adequar as políticas públicas de saúde fazendo-as interagir de algum modo com tais práticas.

Por outro lado está o fator “apego” destacado pela entrevistada. A criação de animais de estimação também faz parte de costumes que trouxemos como legado histórico-cultural. Dessa forma, criadores de porcos e galinhas (mesmo em condições ilegais) o fazem por prazer herdado geração após geração. Portanto, esse significado de apego e valores emocionais associados aos costumes das comunidades afetadas pela LV, são sim aspectos que merecem mais atenção e discussão mais ampla no sentido de, aos poucos, criarmos uma nova cultura, agora voltada para a prevenção e adoção de medidas que contribuam efetivamente para a diminuição de casos da doença.

A entrevistada aponta algo peculiar relacionado aos costumes adquiridos pela experiência, que, no que se refere ao acúmulo de lixo em decomposição nas residências, é possível delinear dois elementos importantes: 1) o impacto negativo disso sobre a família do próprio morador e 2) o impacto negativo sobre os moradores circunvizinhos. O primeiro é importante porque as pessoas, com suas práticas culturais (talvez pela falta de educação ambiental adequada ou orientação histórica), se tornam susceptíveis a diversas doenças colocando em risco, sobretudo, as crianças. A entrevistada já havia anteriormente destacado que uma das possíveis causas de as crianças terem sido mais afetadas pela LV se deve ao fato de sua maior exposição e baixa imunidade à LV, e todo seu contexto de parasita, condições ambientais e vetores.

O segundo aspecto é um pouco mais complexo, pois a proliferação e prevalência de endemias depende de populações de hospedeiros, e isso é otimizado à medida que os moradores circunvizinhos também estão expostos a tal perigo. Desse modo, diversos atos inadequados de acúmulo de lixo mediados por costumes e negligência dos moradores, podem ter sido historicamente determinantes para a prevalência da LV na cidade.

Outro fator importante é que, como destacado anteriormente, *habitus* é tudo (dentro outras inúmeras definições, significados e contextos), como uma forma de perceber e valorizar o mundo, sendo produto das disposições adquiridas pela experiência de cada um.

Nesse contexto está a problemática que há quando os donos de cães se interpõem a medidas de controle como o sacrifício de animais infectados. O curto trecho a seguir reflete a forma como as pessoas julgam valorizar o mundo, e nesse caso, seus animais de estimação, ligados a seu próprio *habitus*: “(...) Veio conversar com a gente, e comentaram que não era pra matar os animais, não era medida de controle, era pra ver essa questão emocional” (COORDENADORA CCZ, ENTREVISTA ORAL, 2019).

A partir dos dados colhidos pelo CCZ de 2001 a 2017, acreditamos que o número de casos de LV para Araguaína-TO pode estar associado a todos os fatores sociais e culturais destacados anteriormente. A razão dessa generalização é que o problema envolve uma compreensão complexa de aspectos históricos e socioculturais que devem ter contribuído não apenas com a chegada da doença, mas para a prevalência da mesma em Araguaína-TO.

Sabemos que costumes e valores se constroem ao longo do tempo e que, muitas vezes, mudanças demoram a aparecer, no entanto, não se sabe ainda as vidas que poderão ser afetadas. Desde crianças a adultos, todos estão susceptíveis à parasitose, por isso, acreditamos que o foco em políticas de conscientização (palestras e oficinas) que levem em consideração as questões culturais e de territorialidade, como discutimos anteriormente, não são apenas essenciais, mas urgentes para que Araguaína-TO consiga o objetivo de chegar a zero no que diz respeito ao número de casos registrados de LV no seu território.

Como destacado pela coordenadora do CCZ, um dos principais desafios é conseguir com que os moradores evitem o acúmulo de lixo bem como adotem práticas adequadas da manutenção e limpeza das áreas habitadas. O principal foco é combater o vetor, no entanto, esses aspectos que incluem tanto o fator desigualdade social (ausência de saneamento básico e coleta seletiva de lixo regular em alguns setores da Cidade), aliados às práticas culturais inadequadas para esse fim, podem estar sendo os principais responsáveis pela prevalência de LV na cidade.

Aqui demonstramos que embora haja políticas de assistência social e acompanhamento das áreas mais afetadas pela LV em Araguaína-TO, a cidade como um todo continuará ameaçada pela doença até 2022. O fator que mais nos preocupa é que, mesmo nos dias atuais, em que há campanhas de conscientização e monitoramento das áreas com maiores incidências, o contexto geral tende a piorar no sentido de possivelmente haver aumento no número de casos de LV na cidade. Em 2015, apenas Araguaína-TO foi responsável por 22,5% do número de casos registrados em todo o Estado do Tocantins. Isso mostra que a cidade possui influência significativa e, portanto, representa importante região onde os esforços de combate à doença necessitam ser intensificados.

As problematizações realizadas por Tuan e destacadas por Pereira e Fernandes (2011) mostram como os aspectos culturais estão mais presentes na vida humana do que se imagina. Quando observamos o contexto da LV em Araguaína-TO e olhamos sob a ótica de Tuan, temos então uma noção mais clara do quão profundo podem ser os problemas que acarretam na prevalência da doença na cidade.

Ferreira e Fernandes (2011), fizeram uma interessante compilação de pensamentos de Tuan, destacando como o autor articula seus raciocínios com foco em diferentes dimensões do viver humano, com destaque para a 1) Dimensão físico-natural (conhecida como dimensão biológica); e para a 2) Dimensão sociocultural (ou apenas dimensão cultural).

A primeira dimensão apontada por Tuan coloca em paralelo o contexto da ocupação urbana e das pessoas que tiveram e continuam tendo contato direto com fatores ambientais. Em outras palavras, da relação direta do ser humano com a natureza em seu entorno, sendo as diretrizes ambientais (biológicas) responsáveis pela arquitetura do viver. Em segundo, está o viés social da humanidade, privilegiado aqui uma vez que a cultura representa os sentidos atribuídos ao viver. Como já destacado, a dimensão sociocultural depende diretamente de alicerces construídos na dimensão biológica do viver (PEREIRA e FERNANDES, 2011).

A explicação então para que possíveis causas culturais associadas à prevalência e aumento no número de casos de LV em Araguaína-TO estejam no fato de que todas as relações culturais (e a cultura em si), acentuam as tendências humanas, uma vez que esteja articulada na experiência das pessoas. Em suma, Tuan propõe que a dimensão biológica fornece artifícios para que a dimensão cultural exista e isso é feito através do conjunto de percepções biológicas e sensitivas (PEREIRA e FERNANDES, 2011).

O agente de endemias tem por finalidade geral trabalhar na conscientização e educação da população no sentido de que adotem práticas adequadas para conter os vetores e a disseminação das doenças em regiões-alvo. Adiante, destacaremos alguns pontos que julgamos relevantes narrados pela entrevistada Angra Barros, agente de endemias na cidade de Araguaína-TO.

O primeiro aspecto que julgamos importante é a satisfação que o agente tem de cumprir seu papel. Como toda prática de conscientização, há uma série de dificuldades intrínsecas ao processo, que porém, não fazem do trabalho menos gratificante. A entrevistada relata algo primordial que transparece valores culturais e de importância na saúde pública local a partir do seguinte relato: “Apesar das dificuldades [...], Eu acho gratificante meu

serviço, gosto de trabalhar devido os benefícios” (ANGRA BARROS¹¹, ENTREVISTA ORAL, 2019).

O que podemos extrair de mais importante aqui é o pensamento intrínseco à atividade que a agente, como inúmeros outros na cidade, realizam e oferecem para a região. Esses valores são de grande importância, pois o profissional que demonstra satisfação com sua atribuição oferece melhores serviços à comunidade, apesar das dificuldades corriqueiras com as quais se depara.

Jungues e Barbiani (2013) destacam que há a necessidade de que se construam políticas públicas de saúde que atuem em âmbitos intersetoriais que assim assumam os condicionantes sociais da saúde enquanto formadores do ambiente e território. Dentre as ações destacadas pelos autores, cabe ao poder público buscar articulações que promovam melhor saneamento básico, educação inclusiva, áreas para prática de esporte e lazer, além da geração de emprego e renda. Os autores também destacam que tais variáveis podem não parecer estar relacionadas com a saúde, mas que, a longo prazo, são aspectos que podem ser ainda mais efetivos que os leitos nos hospitais e medicamentos enquanto mecanismos que servem para melhorar a saúde da população.

Esse cenário também nos permite dar um pouco mais de destaque à função do agente, que, de acordo com a entrevistada, é tão pouco conhecido como também é dada pouca importância à sua função para a saúde pública local e regional, como mostra o seguinte trecho:

(...) Os agentes salvam mais vidas do que os próprios médicos. Com a orientação (...) as pessoas se livram da contaminação das endemias como calazar e a doença de chagas (ANGRA BARROS, ENTREVISTA ORAL, 2019).

Talvez se a comunidade conhecesse um pouco e entendesse a importância do agente e sua função, tanto seria mais receptivo como também colaboraria de maneira conjunta (através de práticas simples no dia-dia), no combate não apenas ao calazar, mas a uma série de outras doenças que configuram casos de saúde pública.

Além desses aspectos destacados pela agente, há outra dificuldade encontrada durante o trabalho de conscientização e orientação da população que é a exposição excessiva à insolação, fator desgastante e que pode contribuir para afetar a qualidade do trabalho dos agentes. Aliado a esse fator está a rejeição de algumas pessoas no sentido de não permitirem o acesso dos agentes às suas residências. Esse contexto se configura em um complexo que

¹¹ Informação verbal concedida por Angra Barros, agente de endemias, à autora, em 2019, em entrevista oral.

envolve natureza, práticas culturais e costumes que envolvem a criação de animais, descarte inadequado de lixo em locais inapropriados, relutância ao entregar animais para sacrifício ou assumir que pelo fato de morarem há muito tempo no local, estejam imunes à doença. Cada um desses elementos pode tanto ser complicador como também contribuir para a busca de soluções em um contexto mais amplo. No trecho a seguir relatado pela agente, percebe-se essas preocupações:

A maior dificuldade é a questão do sol e também da rejeição de algumas pessoas. Eles não apenas não nos deixam entrar mas já vão com ignorância. “Você não tem o que fazer?” (coisas que os moradores falam). Encontramos muitas pessoas com deficiência mental, pontos de droga que não sabem e também o risco que se corre nas visitas (ANGRA BARROS, ENTREVISTA ORAL, 2019).

Aqui cabe fazer um importante paralelo entre a atitude de alguns moradores descritos no trecho anterior quando perguntam para a agente: “Você não tem o que fazer?”. Pereira e Fernandes (2011) destacam na obra de Tuan, intitulada *A bondade humana*, alguns aspectos que podem explicar certas atitudes. Os autores destacaram que os atos de maldade convivem lado a lado com os atos de virtude. Nessa associação, a cultura teria papel fundamental enquanto canalizadora de ações, intenções e atitudes das pessoas. Dessa forma, a postura de rejeição das pessoas é mais um aspecto cultural que, neste caso, acaba sendo um complicador no sentido de que as consequências são negativas para ambas as partes.

Seria necessário compreender então os sentidos da “rejeição” a partir de seus condicionantes culturais. É possível pensar que décadas de ineficácia do campo saúde, especialmente no que tange à saúde pública e políticas de saúde possam gerar uma “cultura (no sentido restrito ou adjetivado) de rejeição”, por exemplo. Aqueles que só podem se valer do sistema público de saúde aprenderam pela experiência que há uma “saúde para os ricos e outra para os pobres” como enfatiza o entrevistado abaixo:

Comecei a ouvir sobre o surto da dengue, e outras doenças relacionadas, foi quando eu mesmo resolvi ir no HDT. Primeiramente la ainda era administrado pelo estado, fiz todo tipo de exames, cheguei a ser diagnosticado com Tuberculose, me passaram um monte de medicamentos [...] Quando eu tava internado mudaram minha medicação para uma mais forte e menos agressiva para o meu corpo.[...] Pude notar a diferença da medicação no meu corpo, também e muito cara, são pouca pessoas que consegue o tratamento pelo SUS, mas sabemos que é fornecida pelo SUS. De acordo com que ouvir falar, não querem aderir a esses programa que fornece medicamentos caros, que tem que pagar ao paciente. (SR. ADELÇO¹², ENTREVISTA ORAL, 2019).

¹² Informação verbal concedida por Adelço, paciente que teve LV, à autora, em 2019, em entrevista oral.

Ainda nesse aspecto, destacamos o seguinte trecho relatado pela entrevistada Angra que indica que a diferença entre classes na cidade também reflete diferentes resultados no padrão da distribuição dos casos da LV:

A diferença de classes. Devemos adequar a forma de falar de acordo com a localidade. Preciso falar de uma forma que a população entenda. Às vezes pessoas de classe média tem mais interesse do que os de classe baixa. Nos bairros mais afastados as pessoas não tem assim aquela preocupação. Elas agem quando o agente vai lá, limpam o quintal, mas quando voltamos está sujo de novo. Eles ainda tem aquele pensamento que o agente de endemias tem que limpar o quintal deles. Agente vai para orientar e eliminar os focos da doença (ANGRA BARROS, ENTREVISTA ORAL, 2019).

Ao que parece, entretanto, a agente é muito mais influenciada pelo campo saúde do que pela sua própria condição de classe. Já demonstramos anteriormente, por meio de outra narrativa, que determinados sujeitos, mesmo os da “classe baixa” aprendem com a experiência da LV e com os agentes de saúde. Novamente, parece não haver uma compreensão dos aspectos culturais que envolvem a questão da parte da agente de saúde e ela prefere remeter os problemas referentes à recusa das orientações à condição de classe dos moradores da periferia, remissão que não é válida para todos das “classes baixas”, como não deve corresponder à realidade sua opinião sobre todos os da “classe média”.

Os costumes construídos culturalmente e suas práticas passadas uma geração após a outra, conjugados com a relativa ineficácia do campo saúde (devido às questões que já levantamos) e com a defasagem da urbanização, fazem dos bairros mais pobres de Araguaína-TO os mais vulneráveis à prevalência de casos de LV tanto em cães como em humanos. Apesar disso, os agentes tem demonstrado preocupação em conscientizar as diferentes populações (e suas respectivas classes), de acordo com uma linguagem que eles compreendam. Apesar disso, o relato é que durante a orientação de medidas preventivas como a limpeza de quintais os moradores chegam a cumprir com a solicitação. No entanto, na visita seguinte o mesmo contexto de prática inadequada como acúmulo de lixo orgânico em local inadequado em casa ou jogado em terrenos próximos, agrava ainda mais a situação.

A situação descrita pela agente reforça o que já salientamos: não se muda o *hábitus*, nem os costumes com algumas visitas de orientação.

Com base então nos pressupostos anteriores, concluímos que, nesse aspecto, a prevalência do número de casos na cidade, sobretudo aqueles notificados em bairros mais pobres, estão relacionados tanto às práticas culturais como às más condições às quais as pessoas estão expostas. Como exemplo, em Araguaína-TO ainda há muitos lotes e terrenos

abandonados que servem para depósito ilegal de lixo cujo acúmulo atrai os vetores não apenas da LV como da dengue, *Zika* e *Chikungunya*.

Em um âmbito mais pessoal, a agente relatou algo que diz muito sobre o risco que não apenas os bairros mais distantes como os diversos setores da cidade e de classes sociais também correm. Isso inclui parentes próximos aos próprios agentes de saúde.

(...) tem colegas meus que já passaram por isso. Um colega meu mesmo teve os dois filhos dele que tiveram calazar. Outro colega meu, ele teve e a mãe dele teve. Colegas de trabalho. Quando os filhos do Antonio Marcos (amigo) deram calazar, ele morava lá pra Vila Goiás pra aquele rumo. Hoje o asfalto está chegando, mas o saneamento anda é muito pouco. A maioria desses lixos estão em lotes baldios e que tem dono. As pessoas costumam ter mais medo quando teve alguém próximo ou conhecido. A partir de então a pessoa tem todos os cuidados (ANGRA BARROS, ENTREVISTA ORAL, 2019).

Um aspecto peculiar aqui é que embora existam agentes comunitários cujas práticas visam à prevenção e controle das endemias, em um contexto social e histórico mais amplo, os mesmos podem também ser vítimas. Diferentemente dos moradores que possuem práticas culturais cujos objetivos pouco contribuem enquanto medidas preventivas, os mesmos também podem afetar pessoas incluídas no mesmo círculo social e localidades próximas. O que parece estar claro aqui é que todos, independentemente da função ou costumes culturais construídos, podem estar susceptíveis a esses agentes biológicos. Evidentemente porque o problema não está circunscrito há um único campo, seja o da saúde, seja o da política, seja o campo econômico, seja o campo cultural. Por isso devemos insistir que apenas será possível a erradicação da LV, ou pelo menos um controle eficaz da doença, quando as políticas públicas fizerem interagir todos os campos. Solução difícil, uma vez que a interação não ocorre nem mesmo dentro de um mesmo campo como o da saúde.

Um dos entrevistados, a partir de sua experiência com a LV, construiu para si a consciência do que estamos afirmando. Perguntado sobre o que proporia para melhorar o sistema de saúde, respondeu enfático: “O que eu falo é o seguinte, comunicação entre as redes.” (ADELÇO, ENTREVISTA ORAL, 2019). Evidentemente, o fato de ser graduado em geografia, com conhecimento sobre “territórios em rede”, contribuiu para a formação dessa consciência, mas, mesmo assim, é curioso que o paciente a tenha e muitos dos responsáveis pelo sistema de saúde não.

Adiante, ele conclui:

Se o Poder estivesse se preocupado com o saneamento básico poderia ter diminuído o índice dessa doença. O crescimento rápido e desordenado contribui também pra isso. A falta de controle de nascimento de animais também. (SR. ADELÇO, ENTREVISTA ORAL, 2019).

O paciente de LV acima demonstra que a interação entre campos distintos, como viemos afirmando faz tanto parte do problema quanto da solução.

De acordo com os dados cedidos pelo CCZ que envolvem registro de casos de LV, o bairro Vila Goiás foi um dos que teve o menor número de casos (29 registrados de 2001 a 2017). Mesmo assim, as pessoas foram acometidas por essa doença. Além disso, como destaca a entrevistada Angra, apesar do progresso em infraestrutura como a construção de pistas asfaltadas, ainda há muitos locais nos quais medidas ainda não foram tomadas, como por exemplo, para impedir ou multar donos de terrenos baldios que possuem a propriedade, mas que não tomam medidas necessárias tanto para prevenir o acúmulo de lixo como para evitar a proliferação dos vetores em si.

Não apenas esses problemas setoriais mas de cunho mais complexo também podem estar influenciando o fato de sempre haver registros de casos de LV em Araguaína-TO. Por exemplo, como a entrevistada relatou:

Tem moradores que chegam a falar: a isso aqui não dá aqui não; isso ai não tem nada não, é assim que eles tratam a gente. Eles chegam a falar: já faz tempo que tem isso aqui e eu nunca fiquei doente. Então tem isso também (ANGRA BARROS, ENTREVISTA ORAL, 2019).

Cada um desses elementos apresentados vistos a partir do comportamento dos moradores se alinha com os conceitos destacados por Tuan e revisados por Pereira e Fernandes (2011). Os autores apontaram que a cultura é indispensável ao fazer social, isso inclui uma série de atitudes dentre as quais está incluso o combate a problemas de saúde pública como é o caso de endemias. A cultura, de acordo com Tuan, é tida como o reflexo da construção social, servindo como mecanismo para que compreendamos o mundo. O paralelo dessa problematização de Tuan com o que foi demonstrado através do relato de pessoas que não se preocupam ou tratam a doença com possível desinteresse é que suas visões de mundo são reflexos de construções abstratas e intelectuais próprias. Essas construções postas na prática e passadas de uma geração para a outra servem para moldar uma série de padrões e comportamentos, como a resistência ao receber instruções da agente de endemias em Araguaína-TO.

Além da questão cultural, o aspecto geográfico se mostrou como diferencial no padrão de comportamento das pessoas ao receber o agente de endemias. Isso porque os bairros mais distantes possuem poucas condições de estrutura, saneamento básico e coleta seletiva, como relata a agente: “Nos bairros mais afastados são como invasão. As pessoas não tem banheiro,

buracos feitos no quintal. Lavadores de louça que escorrem com água e restos de comida” (ANGRA BARROS, ENTREVISTA ORAL, 2019).

Mesmo considerando que Araguaína-TO vem crescendo ao longo dos anos, ainda há reflexos de processos antigos e contínuos de invasão de terras, o que torna as pessoas mais susceptíveis a vetores silvestres que então se adaptam às novas condições, nesse caso, oferta de alimento (o sangue humano). Por outro lado, cabe juntar os conceitos da influência tanto de território como da cultura em práticas como o depósito de lixo orgânico em quintais, o acúmulo de água e a manutenção de buracos feitos como privadas. Sabemos que há um conjunto de fatores que contribuem para tais práticas, no entanto, alertamos que não apenas a busca pela conscientização como a notificação de casos para o delineamento de práticas preventivas e paliativas, mas também as próprias práticas inadequadas das pessoas estão contribuindo diretamente para que esse cenário se agrave ainda mais. Isso vem principalmente de costumes antigos e hábitos típicos da vida no interior, ou, como regionalmente é mais conhecido, da “vida da roça”.

Esses padrões de comportamentos revelaram outro contexto preocupante que pode também estar sendo difundido enquanto prática cultural: identificar sintomas graves da doença como situações clínicas mais simples, como mostra o relato da agente:

A maioria desse pessoal já morou em roça considera a larva do mosquito como se fosse a chamada cabeça de prego. Frutos estragados, galinheiros (um vilão grande por causa das fezes). Agente tenta esclarecer, mas eles já têm aquilo na mente que não vai ter nada. Eles perguntam: A galinha vai transmitir essa doença pra gente? Nunca vi galinha transmitir isso? Eu não sei se as pessoas se fazem de desentendidos ou apenas serem de mente fechada (ANGRA BARROS, ENTREVISTA ORAL, 2019).

Uma particularidade aqui é que tanto a entrevistada como os moradores possuem diferentes referenciais culturais. A agente expõe que os moradores podem ter a mente fechada ou se fazer de desentendidos. Entretanto, acreditamos que esses costumes e, sobretudo, a abertura a novas formas de conhecimento cultural não se dá diretamente pela instrução ou por meio de campanhas periódicas. O fator tempo possui papel preponderante enquanto elemento que possa amadurecer e então possível inserir mais esse elemento cultural no dia-dia dos moradores: a conscientização dos riscos que há na manutenção de certas práticas culturais.

Por outro lado, a perspectiva dos moradores possui raízes culturais fortes que, em grande parte dos casos, permanece inalterada frente a novidades que talvez contradigam seus saberes construídos historicamente. Cabe também ressaltar que esse conhecimento empírico faz parte do surgimento de diversas ciências, bem como do aperfeiçoamento de conhecimentos no que diz respeito à busca por medicamentos e de medidas preventivas das

doenças. Dessa forma, tanto a entrevistada quanto os moradores possuem o seu motivo de rejeição à percepção do outro. Em um contexto geral, o ponto de convergência pode ser a constante troca de experiências, vivências e costumes entre agente e moradores.

Por outro lado, há outros dois aspectos que merecem destaque: 1) a rejeição das orientações do agente pela população, por acreditarem que não sofrerão da doença porque já estão adaptados histórica e culturalmente àquelas condições e 2) a ignorância ou possível desdém ao não reconhecer quem são os vetores ou reservatórios naturais do parasita que transmite a Leishmaniose visceral. O primeiro aspecto parece não ser um padrão geral mas, mesmo que de forma pontual, pode afetar toda a população. Isso porque uma das coisas que mais pode contribuir para a proliferação silenciosa da doença é quando as pessoas e suas práticas contribuem para mascarar eventuais riscos, causas e sintomas. Além disso, uma vez acometidas, para a maioria dos contextos de carência econômica intrínsecos aos bairros de periferia e fruto de ocupação (recente), as pessoas não possuem condições financeiras para o tratamento tanto do cão quanto de pessoas.

O segundo aspecto talvez seja o mais desafiador para os agentes de endemia: quebrar conceitos equivocados e transmitir a informação básica para as pessoas de uma forma que elas tanto compreendam como também respeitem o trabalho do agente. Infelizmente, porém, isso só é encarado de uma forma mais séria quando ocorrem casos de parentes próximos da família, incluindo os animais de estimação (hoje já considerados membros da família). Curiosamente, também há um aspecto complementar relatado pela entrevistada que aponta que alguns moradores não apenas mantêm galinheiros de forma ilegal como consideram galinhas e até pombos como animais de estimação: “Até ocorrer um caso próximo. Galinheiro hoje é proibido. Tem gente que cria pombo nos quintais, tem gente que tem galinha de estimação, que se tirar a pessoa fica doente” (ANGRA BARROS, ENTREVISTA ORAL, 2019). Há um sentido tão importante aqui, e novamente não é interpretado.

Esse cenário é tanto problemático como preocupante. A criação não apenas ilegal de galinhas como a indevida de pombos, faz com que haja números maiores de reservatórios potenciais do protozoário causador do calazar. Esse quadro então se configura em um complexo problema que se alia não apenas a todos os cães infectados como também outros animais. Essas variáveis adicionais podem, portanto, influenciar diretamente no número de casos de LV na cidade. A priori, com foco nos bairros circunvizinhos a essas localidades e em um âmbito mais geral, a doença pode seguir se espalhando pela cidade, como foi reflexo a partir do registro de mais de mil casos distribuídos pelos 104 bairros da cidade entre 2001 e 2017.

Embora o papel do agente de saúde seja importante, ainda há alguns limitantes que demandam atuação direta da vigilância sanitária, como destaca a entrevistada: “Nossa função é orientar sobre o risco. Quem tem o poder mesmo de tirar é a vigilância sanitária” (ANGRA BARROS, ENTREVISTA ORAL, 2019).

A agente relatou isso exatamente se referindo à criação ilegal de galinhas e pombos. Dessa forma, uma vez que se tenha identificado o problema, a vigilância sanitária então deve atuar para retirar esses animais dessa forma de criação. Por não terem, talvez, noção do risco que correm e que também oferecem às demais pessoas, tais moradores persistem nessas práticas. Assim, o contexto-problema requer uma série de medidas tanto socioeducativas como também de intervenção da vigilância sanitária.

O processo de atuação da vigilância sanitária em Araguaína-TO tem se mostrado atuante, como relata a agente: “Sempre a vigilância vem e orienta e dá um prazo. Caso eles não cumpram, as pessoas são passíveis de multa. Em 2018, uma ação da vigilância foi realizada multando pessoas com galinheiros clandestinos” (ANGRA BARROS, ENTREVISTA ORAL, 2019).

Coibir esse tipo de prática é também uma forma eficiente de prevenir a doença e sua prevalência na cidade. Isso, no entanto, só deve se configurar em um fator positivo no combate à doença quando as pessoas decidirem, sem estarem passíveis de multa ou notificadas, deixar de criar esses animais, mudarem seus hábitos de saúde, de acúmulo de lixo orgânico e de exposição direta a contaminantes, como o fazem ao defecar em buracos no próprio quintal. Evidentemente, muitas dessas mudanças, só serão possíveis se a população carente tivesse uma melhoria em suas condições econômicas e o poder público propiciasse o devido saneamento nos bairros periféricos, e devemos lembrar aqui, inclusive, que o costume de criar galinhas também tem raízes econômicas, pois é uma forma das famílias proverem a ausência de determinadas proteínas, ingerindo os ovos e a carne e até mesmo vendendo uma ou outra quando necessário.

Apesar dessas práticas de intervenção, foi relatado também que não há como definir qual animal seja mais prejudicial enquanto reservatório do protozoário, mas o contexto geral que inclui todos, tanto os animais como o dono, segue o trecho:

(...) O pior não é a galinha ou o cão. O animal é só mais uma vítima. Em 2009 eu trabalhei no bairro São Joao e teve um caso de uma senhora que o cachorro dela deu positivo e ela não entregava de jeito nenhum. Foi até para a justiça. Ela ganhou a causa, pois a justiça não obriga o dono a entregar (ANGRA BARROS, ENTREVISTA ORAL, 2019).

A notificação positiva de casos para LV evocam outro contexto mais pessoal: o fato de o dono optar entre um tratamento caro (cuja eficiência é criticada por muitos) ou sacrificar o animal, entregando-o ao CCZ. Sabe-se porém que não são escolhas fáceis e que embora se recorra judicialmente, o dono não pode ser obrigado a entregar o animal, por considerar que esse possui e agrega uma série de valores sentimentais, de convívio e história dos moradores. Exatamente por essa razão, acreditamos que os programas de conscientização devem não apenas ser mantidos como também ampliados.

Apesar disso, outro potencial contribuinte para os casos de LV é a rejeição dos moradores, especificamente aqueles que já foram notificados e cujo animal já foi identificado e solicitado para sacrifício. Os moradores então se recusam a deixar o agente acessar a residência e então fazer seu trabalho, como mostra o trecho: “Outra coisa é que quando você tá batendo muito na mesma tecla o morador não deixa mais você entrar. Quando você insiste, ele não deixa mais entrar” (ANGRA BARROS, ENTREVISTA ORAL, 2019).

Sabe-se, porém, que esse processo exige insistência por parte do agente que, uma vez vulnerável a esse tipo de situação, chega até a correr risco de agressão não apenas verbal como também física. Isso pode ser concluído a partir do seguinte trecho relatado pela agente de endemias:

Esses dias agente trabalhando no Itapuã, era umas nove horas. As meninas foram bater em uma porta lá e saiu um rapaz xingando. Elas tiveram a sensação de que ele ia bater nelas. Isso é caso de polícia, agressão ao agente público. Eu entregaria caso o meu cão fosse diagnosticado. E a questão não é só você está no risco de pegar o filho do vizinho e ir passando, crianças com imunidade baixa (ANGRA BARROS, ENTREVISTA ORAL, 2019).

Aparentemente, esse tipo de atitude pode estar relacionada principalmente com certa resistência dos donos tanto a admitir que seu cão está com calazar quanto com o fato de que o mesmo deva ser levado ao sacrifício. Por outro lado, o problema não é apenas pontual, como deixou claro no relato acima, outras pessoas estão ameaçadas incluindo membros da família, vizinhos e principalmente crianças com imunidade baixa. Além disso, há sempre um atraso nas medidas de combate em relação ao tempo que o animal serviu como reservatório, o que faz com que durante um período pré-diagnóstico, mais animais e pessoas tenham estado vulneráveis à doença. Esse quadro de ameaça pode atingir pessoas de diversas faixas etárias, dependendo assim apenas da vulnerabilidade das pessoas e exposição ao parasita. Vulnerabilidade no sentido de estarem com imunidade baixa e exposição por estarem próximas a áreas de risco onde tanto os vetores como animais reservatórios possam ameaçá-las.

Quando questionada sobre o fato de haver ou não alguma atividade realizada pelo CCZ voltada para a educação de crianças e jovens, a resposta foi positiva, como segue o trecho a seguir:

Sim. No CCZ há uma equipe de educação e saúde que faz fantoche, teatro humano nas escolas também. Empresas tanto com crianças quanto com adultos. A coordenadora é agente de endemia e também pedagoga. Quanto tem mutirão em Araguaína-TO elas deixam a tenda e fazem orientação para moradores do bairro (ANGRA BARROS, ENTREVISTA ORAL, 2019).

Abaixo segue uma ilustração do tipo de atividade que o CCZ tem desempenhado em Araguaína-TO com o intuito de conscientizar as pessoas, com foco nos adolescentes e na comunidade em geral, tanto no que diz respeito a conhecer a doença e si quanto em conhecer quais são as atitudes essenciais que se deve tomar para prevenir tal doença.

Figura 7 – Programa de educação voltada para a escola realizado pelo CCZ em Araguaína-TO.



Fonte: Prefeitura Municipal de Araguaína-TO (2018).

Apesar dos relatos de rejeição, ameaças e falta de conhecimento de alguns moradores em relação à LV e ao próprio trabalho do agente, esse parece ser o caminho mais promissor rumo a uma conscientização da população no sentido de tornar a população parceira dos agentes de saúde no constante combate à LV. Além disso, a educação pode influenciar diretamente na mudança de hábitos, costumes inadequados e, dessa forma, fazer com que as pessoas tenham consciência e principalmente atitude ambiental correta neste sentido. No entanto, o público-alvo dessas intervenções educativas parece ainda não ter sido atingido de fato, fazendo com que o número de casos de LV em Araguaína-TO continue com uma frequência constante de registros.

Aliado ao processo educativo, também são realizados eventos conjuntos com o objetivo de integrar a comunidade, informar sobre diversas doenças e orientar sobre práticas adequadas de prevenção, combate e controle das mesmas, como apresentado no trecho:

Mutirões são práticas de limpeza, recolhimento de lixo, armam a tenda e fazem orientação para os moradores do bairro. Exemplo: Mutirão de limpeza com a secretaria da infraestrutura, verificar se tem focos, pedir para as pessoas botarem os entulhos para fora, o pessoal vem fazendo limpeza. Armar uma tenda e oferecer serviços como higiene bucal. É uma ação conjunta (ANGRA BARROS, ENTREVISTA ORAL, 2019).

Embora sejam eventos pontuais, os mutirões, como exemplificado na Figura 8, causam um impacto positivo no sentido de cobrir uma área grande e envolver um grande número de pessoas em uma ação conjunta. Aliada ao combate da doença e eliminando o foco dos vetores, está a importância que é o oferecimento de serviços gratuitos de atendimento como a higiene bucal, teste de tipagem sanguínea, dentre outros. Apesar disso, parece haver também pontos negativos nos mutirões, isso porque, de acordo com a entrevistada, as pessoas acabam ficando “mal acostumadas”, como segue o trecho:

Aqui já participei de duas ações com exército em um mutirão de limpeza. É bom. Mas ao mesmo tempo o pessoal fica mal acostumado. Um prefeito antigo fazia com o objetivo para agente pegar mesmo, catar lixo, inclusive esses dias fui pegar uma sacola estava cheia de “merda”. Não é nosso trabalho e não vai resolver, pois na semana seguinte está tudo sujo novamente (ANGRA BARROS, ENTREVISTA ORAL, 2019).

Figura 8 – Mutirão: ação conjunta entre agentes comunitários e vigilância sanitária no

Tocantins.



Fonte: CONEXÃO-TO (2018).

O motivo para tal aspecto negativo é que, embora o mutirão sirva para intervenção positiva, rápida e também eficiente, a conscientização e a mudança nas práticas dos

moradores parece não se efetivar. Isso porque, principalmente quanto ao acúmulo de lixo, o cenário volta a ser recorrente, lixo acumulado no mesmo local e em pouco tempo, apesar da retirada e limpeza durante os mutirões. Dessa forma, parece ser mais eficiente aliar tanto a prática dos mutirões como dar um enfoque nas práticas educativas com foco na própria população, sobretudo aquela que vive nas áreas mais carentes e assim, mais susceptíveis de contrair, disseminar e contribuir para a prevalência da doença na cidade em um âmbito geral.

Esse contexto nos mostrou outra parte do relato onde a entrevistada deixou claro qual é, de fato, a função do agente de endemias enquanto peça-chave no combate à LV em Araguaína-TO: orientar as pessoas. “O que temos que focar mesmo é a orientação”, relatou a agente.

Essa orientação destacada pela entrevistada parece ser a arma mais importante no sentido de que haja uma mudança no cenário global da doença, principalmente nas áreas mais pobres. Isso porque, como destacou Gouveia (1999), as populações mais carentes são as mais afetadas pelos efeitos negativos da urbanização, o que gera inúmeros problemas de desigualdade que passam por serviços insuficientes de saneamento básico, condições precárias de moradia, destinação inadequada de lixo (ou ausência de coleta seletiva), e poluição física e química do ar. Dessa forma, com tantos agravantes que passam por aspectos sociais, econômicos, ambientais e de território, a cultura e a educação parecem ser o enfoque mais importante para tentarmos driblar esse cenário buscando assim uma nova via de estratégias no combate à LV em Araguaína-TO (GOUVEIA, 1999). Mas insistimos: desde que se leve em consideração a reformulação dessas ações considerando as questões culturais e de territorialidade com vistas à interação dos diversos campos que tocam a LV

Figura 9 – Agentes realizando ações domiciliares em Araguaína-TO.



Fonte: Prefeitura Municipal de Araguaína-TO (2018).

Atualmente, as redes sociais funcionam como os veículos de comunicação mais eficientes no sentido de propagar notícias, sejam falsas (as chamadas *Fake News*) ou verdadeiras. Além disso, sabe-se que grande parte da população tem acesso a contas no *Facebook*, *Twitter* e *Whatsapp*, podendo assim alcançar mais facilmente informes, dicas e orientações informativas no combate à LV na cidade. Mesmo com esses cenários de boas possibilidades onde a internet e as redes sociais atuariam positivamente na conscientização das pessoas, em Araguaína-TO ainda não há estratégias de educação com enfoque nas redes sociais, como relatou a entrevistada, os próprios agentes o fazem em suas páginas particulares. Porém, não há um veículo específico do órgão público de saúde que faça esse trabalho para alcançar mais pessoas na cidade.

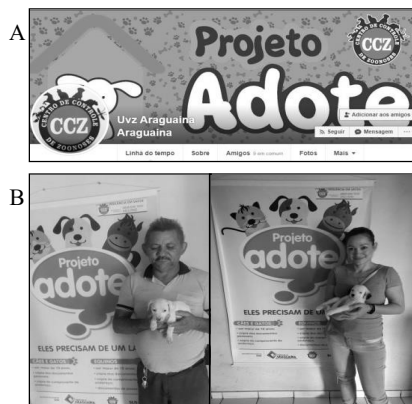
Nós mesmos usamos nossas redes sociais para informar alguma coisa. Quase toda semana o CCZ está em um canal. Mas seria importante. Vou até falar com o coordenador para que as pessoas postem, façam denúncias etc. No CCZ chegam muitas denúncias. Busca por focos, fossas abertas etc. (ANGRA BARROS, ENTREVISTA ORAL, 2019).

Apesar desse potencial impacto positivo, as redes sociais podem servir também como vilãs, uma vez que as pessoas podem divulgar falsas denúncias e imagens que podem tornar o trabalho da fiscalização, feito pela vigilância sanitária ainda mais dificultoso. Dessa forma, denúncias como a presença de casas abandonadas e terrenos abandonados, ambos com acúmulo de entulho e lixo, são agravantes que, uma vez denunciados via redes sociais, talvez com um número de *Whatsapp* específico do CCZ, tornasse o trabalho do agente mais

eficiente. Isso pode fazer da população cada vez mais aliada aos agentes no combate à LV na cidade de Araguaína-TO.

Localizamos que há uma página ativa do CCZ (Figura 10) com foco na adoção de animais, por se tratar de uma das medidas importantes na retirada de animais da rua. Com toda a facilidade de acesso e interação nas redes sociais, não apenas o agente de saúde pode fazer melhor seu trabalho como a vigilância sanitária também poderá melhorar a efetividade do seu trabalho, uma vez que, em conjunto com a população, encontre focos específicos de cães abandonados e, portanto facilite a adoção desses animais.

Figura 10 – Página no *Facebook* criada pelo CCZ.



Fonte: captura de tela de computador na internet realizada pela autora (2019)

Na figura 10, acima, temos, no item A) Foto de capa da página; e no item B) Moradores que adotaram cães ocupando local de destaque na página.

A tecnologia e a interação do CCZ com a comunidade de Araguaína-TO são dois fortes aliados que podem em muito contribuir nesse processo sociocultural de interação população/órgão público. A adoção, nesse aspecto se torna não apenas uma solução para a retirada de animais de rua de circulação, mas como uma forma pela qual os costumes associados ao cuidado de animais domésticos afloram, podendo servir como uma importante alavanca emocional para motivar cada vez mais o recolhimento e adoção de animais, especialmente cães, abandonados em Araguaína-TO.

As novas tecnologias são artefatos culturais que, inevitavelmente, vieram para modificar nossa forma de pensar, agir e enxergar o mundo em que vivemos. Neste sentido,

cabe destacar dois elementos: 1) seu potencial enquanto efeito transformador para transformar práticas culturais e 2) o possível demérito devido à facilidade de acesso a uma quantidade grande de informações, grande parte de pouca confiabilidade. O acesso a tecnologias gratuitas pode contribuir consideravelmente para que as pessoas consigam, sobretudo, quebrar barreiras pessoais e compreender os benefícios que determinadas práticas culturais, como medidas preventivas, fornecem à sociedade como um todo. Sites para adoção, divulgação de boletins de vacinas e diversas notícias e iniciativas provenientes de governos da esfera municipal, estadual ou federal, podem hoje ser facilmente acessados por grande parte da população. Assim, acreditamos que esse seja um fator-chave enquanto elemento a mais rumo à mudança de hábitos que, como sabemos, foram construídos via legados históricos e práticas centenárias.

Em outro âmbito, tanta informação de qualidade também é confrontada pela quantidade demasiada de notícias falsas. Um breve exemplo do efeito negativo que isso pode trazer é a conscientização e prática cultural de pequena parte da população no sentido de não vacinarem seus filhos devido o risco de doenças como o autismo. O resultado dessa popularidade disseminada é o retorno de doenças como sarampo e paralisia infantil. Obviamente, cada momento possui sua particularidade e é difícil generalizar ou prever o efeito desse volume de informações sobre a construção de idéias e práticas. Apesar disso, continuamos a acreditar nos benefícios que a tecnologia possui enquanto elemento cultural da atual era da informática.

Apesar de Araguaína-TO possuir agentes de endemias que atuam diretamente na conscientização e combate às doenças, muitos aspectos ainda precisam melhorar para que o trabalho do mesmo se torne mais eficiente, como nos três aspectos que a agente relatou abaixo:

Há muitos loteamentos onde o carro do lixo não passa. O que falta eu uma espécie de multa para pessoas que não limpam os lotes. A população a maioria não essa consciência de não jogar lixo nos lotes vazios. Ali é propício para o mosquito. Iria diminuir bastante os casos (ANGRA BARROS, ENTREVISTA ORAL, 2019).

O primeiro ponto é um aspecto um tanto recorrente no sentido de que o mesmo problema persiste na cidade, independente da localidade ou setor (seja centro ou periferia). A razão é que, onde há loteamentos em que o carro de lixo não passa e que, portanto, não há coleta regular do mesmo, os moradores mantêm lotes com lixo. Infelizmente, a consciência ambiental ainda é um aspecto que a população parece ter pouco conhecimento. Essa visão do agente de endemia pode estar demonstrando não apenas um padrão de prática e situação que

contribuiu para a persistência dos vetores e da doença na cidade, como também ilustrando questões básicas que precisam ser resolvidas. Acreditamos que seja também responsabilidade do poder público orientar os moradores de Araguaína-TO e viabilizar o acesso dos caminhões de lixo a essas áreas mais remotas.

Esse aspecto vem de encontro com o ponto 2, quando a entrevistada destaca a presença de muitos cães de rua e a escassez de veículos que consigam atender à demanda de retirá-los de circulação. Segue o trecho:

Proibir cães na rua. No CCZ só tem um carro para coletar os cães na rua e também para retirar os cães na rua. Essa demora contribui para a expansão da doença, pois o mosquito só aumenta e vai passando de um cão para o outro (ANGRA BARROS, ENTREVISTA ORAL, 2019).

O segundo ponto deixou claro um possível problema que deve estar contribuindo para a prevalência da doença, que é a pouca quantidade de unidades (carros) disponibilizadas para retirar os cães de rua de circulação. O governo do estado de São Paulo, em 2009, publicou uma cartilha específica para regulamentar e auxiliar no controle de zoonoses na cidade. Essencialmente, a coleta dos animais visa a retirar animais da rua sobretudo em localidades com riscos de zoonoses. Neste sentido, estabeleceu-se alguns critérios que definem os animais enquanto ameaças à saúde pública, dentre os quais destacamos: a) Doença já manifestada ou animais portadores de zoonoses; b) Animais em sofrimento, que apresentam mutilação, fraturas, hemorragias e feridas profundas e extensas; e c) Animais agressivos, que oferecem, portanto, risco para as pessoas ou animais sem que aqueles tenham sido provocados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Em 2018, a prefeitura de Araguaína-TO informou a criação do Centro de Castração, como uma forma de resolver o problema de abandono de animais, proliferação de zoonoses e, conseqüente agravamento de problemas como o calazar. Apesar da perspectiva, o número de animais na rua segue aumentando, o que também aumenta o risco das endemias.

Aliado a essa proposta está o encoleiramento dos cães que chegou a contribuir com o crescimento do número de infecções na cidade, como destacou a entrevistada:

Em 2008 o CCZ teve uma ação para encoleiramento para que os cães usem a coleira. Conseguimos encoleirar bastante cães. Depois do efeito da coleira foi só aumentando o número de casos de calazar (ANGRA BARROS, ENTREVISTA ORAL, 2019).

O único detalhe é que o efeito das coleiras é provisório, podendo variar de 4 a 6 meses, o tempo estimado que os cães (principalmente) estão livres de contaminação por meio dos mosquitos transmissores. Um problema complexo como esse deve então possuir múltiplas

abordagens que passem pela contribuição do poder público, da comunidade em si e da ação dos agentes de saúde no constante processo de orientação e combate à zoonose na cidade de Araguaína-TO.

Aqui abriremos um parêntese importante sobre aspectos culturais das práticas de saúde dos agentes, com destaque para as áreas rurais. A cidade de Araguaína-TO ainda possui muitas regiões onde tanto o ambiente como o estilo de vida das pessoas é típico de ambiente rural, o que faz com que os cenários tomem-se similares nessa abordagem. Nesse cenário, Laraet al. (2012) destacaram a importância de cada agente de saúde comunitário buscar compreender as situações socioculturais no processo saúde e doença. Além disso, sua abordagem deve ser mais ampla no sentido de ir além da dimensão puramente biológica da situação/problema. Outro aspecto é a necessidade de se compreender esses aspectos socioculturais, pois a não compreensão dos mesmos pode ter impacto negativo, sobretudo na participação efetiva do usuário durante o processo de combate e prevenção da zoonose.

Os autores também destacam a grande importância que as experiências compartilhadas e cultura herdada possuem enquanto influenciadoras de atividades do dia-dia. Isso torna possível o desenvolvimento de ações tanto para a prevenção de doenças como para que se promova a saúde em si. Por outro lado, a ação do agente comunitário representa a efetividade das políticas públicas à medida que o agente detecta e abre espaço para atender às reais necessidades da população através da consolidação de crenças e hábitos culturais com as terapias necessárias. Dessa forma, cabe ressaltar a também necessidade de, durante essa abordagem, se buscar conhecer e testar tanto o conhecimento científico como o tradicional enquanto ferramentas para a solução de problemas, como é o caso do calazar em Araguaína-TO.

A última parte dessa discussão trará alguns pontos importante no que diz respeito ao ponto de vista de alguém que foi diagnosticado com Leishmaniose visceral incluindo três vertentes: 1) fatores nos quais o entrevistado acredita terem sido mais preponderantes para que o fato tenha ocorrido; 2) como ele lidou inicialmente com a situação e como o poder público pode contribuir para seu tratamento; e 3) se há alguma crítica que o entrevistado faz ao poder público no sentido de que houveram uma série de eventos históricos que contribuíram para que houvesse a prevalência de LV em Araguaína.

Adelço, o nosso último entrevistado, destacou um pouco de sua história de vida. Quando ainda estava na faculdade, começou a sentir os primeiros sintomas. A perda de peso e os novos sintomas surgindo fizeram com que o mesmo procurasse ajuda médica. Apesar

disso, há um curioso fator cultural e de prática recorrente que o entrevistado demonstrou no seguinte trecho:

O tempo foi passando comecei a perceber que eu estava perdendo peso, estava ficando muito amarela, pensei que estava com algo muito ruim, ainda não dei importância ao caso. Me automedicava. Foi passando começou a piorar mais ainda febre só aumentava (ADELÇO, ENTREVISTA ORAL, 2019).

Através do trecho supracitado, podemos refletir como os conhecimentos culturais adquiridos ao longo de nossa história de vida podem permanecer vivos, mesmo em uma época em que a urbanização, tecnologia, acesso ao ensino superior (como é o caso do entrevistado) e os mais diversos tipos de redes sociais, estão tão presentes. A razão para essa colocação é que o entrevistado, mesmo no ensino superior, pouco se preocupava com a potencial ameaça à qual estava exposto. Além disso, em vez de procurar ajuda médica buscou a automedicação. Isso pode ter sido também determinante para que o tratamento precoce da doença não tivesse sido assim realizado, talvez prevenindo eventuais complicações futuras.

Apesar desse contexto, o entrevistado futuramente buscou ajuda médica com especialista que, de início, não conseguiu diagnosticar a doença. Curiosamente, mesmo sem saber da doença do entrevistado, o profissional recomendou que o paciente fosse para casa, e apenas um mês depois retornou depois de os sintomas se agravarem, como segue o trecho da história oral:

Marcaram uma outra consulta com infectologista, mais ainda não sabia o que eu tinha me mandaram de volta para casa. Passei ainda um mês em casa, depois não dei conta voltei para o HDT. Quando cheguei, a médica ainda não sabia o que de fato eu tinha, mais entraram com a medicação (ADELÇO, ENTREVISTA ORAL, 2019).

Percebe-se também, a partir da fala do entrevistado, que o mesmo aceitou a condição de permanecer em casa até um ponto crítico (“...não dei conta”), quando os sintomas tornaram-se ainda mais preocupantes. Aqui, especialmente, destacamos a importância que o respeito para com os profissionais possuem na tomada de decisões. Por recomendação médica, Adelço optou ir para casa. No entanto, um diagnóstico tardio pode ter sido também responsável para o agravamento do seu quadro. O entrevistado então destaca que pouco viu campanhas de prevenção e que a informação e realização de ações por parte do poder público eram escassas até o momento do seu diagnóstico. O mesmo relata com certo tom de indignação que, ao que parece, somente depois de ele ter sido acometido pela doença é que passou a ter valor enquanto cidadão, a fazer parte, de fato, de movimento e ações preventivas no seu bairro. Outro ponto de destaque na fala do entrevistado é sua visão simplista de que, uma vez que o poder público realize trabalho de orientação da população, a mesma a seguiria

e acataria tais orientações, como segue: “É como eu te falei da prevenção, vai das duas partes do poder e da sociedade. O poder faz a parte da orientação, se o poder faz o trabalho de orientar, a comunidade faria a parte” (ADELÇO, ENTREVISTA ORAL, 2019).

Diferentemente, demonstramos anteriormente que essa relutância se deve a raízes culturais e costumes que precisam sim ser moldados ao longo do tempo, sobretudo, considerando o bem-estar coletivo da população. Além disso, esse parece ser o passo principal no combate às endemias: criar conceito e reformular práticas culturais históricas convertendo-as em ações de prevenção para benefício coletivo da população. Além disso, o entrevistado destaca que faltam mais ações específicas voltadas para o controle, conscientização e combate a essa endemia. Destaca, também, e sobretudo, que o CCZ não tem ido ao seu bairro, com exceção do dia “D” de vacinação. Outro aspecto, e não menos importante que Adelço mencionou, é a pouca relevância e destaque às ações visando o combate do calazar se comparado às ações no combate à dengue.

Além de ter uma cadela diagnosticada e entregue ao CCZ para sacrifício, o entrevistado também destacou os processos históricos de ocupação do território de Araguaína-TO. Segundo Adelço, a falta de planejamento e saneamento básico nesse súbito processo de expansão urbana contribuiu grandemente para que a doença se espalhasse em tão pouco tempo e por isso tenha agravado ele e outras pessoas. O entrevistado apoia a castração de animais, com destaque para os cães de rua, pois, com uma população menor, haveria menos cães infectados, o que também poderia refletir em uma melhora no quadro da LV, tão presente na cidade de Araguaína-TO, e em um contexto mais amplo.

Adelço faz parte da estatística que tem demonstrado o cenário de pessoas que têm sido acometidas por LV ao longo dos anos. Para se ter uma idéia, a cidade já ocupa destaque enquanto sítio de vulnerabilidade à transmissão de LV enquanto centro urbano. Apenas entre 2007 e 2012 foram notificados quase mil e cem casos de LV humana, com destaque para a maior concentração de número de casos na região central da cidade, considerando o período em questão. Dessa forma, a utilização de abordagens como a realizada por Sánches et al. (2017) (A3), pode ser decisivo para que juntamente com a compreensão de aspectos culturais e de ocupação, possamos mitigar os efeitos negativos da LV em Araguaína-TO. Outro ponto de destaque que não ficou claro por parte do entrevistado foi se sua cadela havia sido infectada e então teria lhe passado a doença. Diferentemente, o que se sabe é que a infecção ocorreu tanto no cão quanto no dono, fazendo com que tenhamos cada vez mais preocupação uma vez que essa doença se caracteriza por ser “silenciosa”.

Como já discutido, a prevalência do calazar também é um problema de saúde pública em outros países. No entanto, aqui daremos um destaque sobre como as práticas culturais e de conscientização tem sido fator determinante no sentido de combater a doença. A Índia, em Bangladesh (país localizado no leste do continente), no nordeste da Índia, Sudão, Nepal e leste do Brasil, tiveram mais de 90% dos casos de leishmaniose visceral registrados por todo o mundo. Embora não sejam dados específicos em nível de município, é razoável supor que Araguaína-TO e seu histórico de surto e prevalência de calazar tenha contribuído significativamente para que o Brasil compusesse esse contexto de alerta quanto à doença. Na Índia, um estudo realizado em um distrito do Estado de Bihar, demonstrou que, embora 96% das pessoas já tivessem ouvido falar no calazar, apenas 62,8% associaram a transmissão à picada do mosquito. Isso é interessante, sobretudo em uma região onde a doença é tão comum (SIDDQUI et al., 2010).

De maneira preocupante, quase 34% da população não tem ideia de como a transmissão do calazar ocorre. Por outro lado, quando questionados sobre o quesito conhecimento da doença, 32,3% afirmaram não ter conhecimento sobre quais sejam os sintomas da doença. Esse relato proporcional possui uma associação direta com os relatos de nosso último entrevistado (Adeço) que deixou claro não conhecer os sintomas e por isso ter optado por automedicação. Isso, por sua vez, resultou em um diagnóstico tardio, prolongou o período de espera e fez com que o tratamento demorasse ainda mais. Os autores demonstraram uma relação estatística altamente significativa entre o nível de alfabetização e a noção de que a febre, aumento de fígado e baço, representam um sintoma da doença.

Em resumo, a formação cultural das pessoas parece ser determinante no sentido tanto de conhecer a doença quanto de se dispor a tomar novas atitudes e medidas de prevenção via conscientização. Embora Araguaína-TO não se compare ao Estado de Bihar, em termos de quais proporções o calazar tomou como o maior problema de saúde pública, a cidade também encara problemas sérios cujas origens partem da desigualdade social, costumes e histórico de ocupação do território (SIDDQUI et al., 2010).

Os fatores socioculturais e sua relação com as doenças parasitárias têm sido abordados pelo menos desde a década de 80 (MATA, 1982). Na época, os autores já alertavam sobre as principais dificuldades em lidar com diversas doenças, dentre as quais o calazar e seus parasitas enquanto aqueles com nível mais elevado de prevalência em humanos. A Leishmaniose visceral já possuía uma série de prioridades para os países que então estavam em desenvolvimento, em linhas gerais, devido o acelerado processo de urbanização e ocupação da área rural. A LV, em 1980, apresentava baixo índice de mortalidade, difícil

controle e baixa prevalência por todo o mundo. Mata (1982) também já destacava que a pobreza e o baixo nível educacional seriam fatores sociais determinantes para a infecção parasitária. Isso inclui deficiências nas práticas de higiene pessoal e atitudes julgadas equivocadas no que diz respeito tanto à saúde quanto à doença. Trinta e sete anos depois, ainda observamos os mesmos entraves culturais enquanto obstáculos para o combate às endemias (com destaque para a LV em Araguaína-TO) (MATA, 1982).

O autor já destacava, segundo sua visão científica de mundo, como práticas culturais contribuíam e talvez continuem contribuindo para o agravamento das endemias sobretudo nos grandes centros urbanos. Dentre tais práticas, os autores destacam a função de tecnologias voltadas para o cuidado maternal em atividades diárias, dentre as quais estão inclusos: a) uso e armazenamento da água; b) preparação, estoque e manuseio do alimento; 3) higiene pessoal; 4) eliminação de excrementos e resíduos; e 5) perspectiva para melhora nas condições de habitação e saneamento básico.

Aqui cabe um paralelo com nosso último entrevistado (Adelço), o qual destacou a influência que a escassez de saneamento básico pode ter tido na expansão e prevalência de LV em Araguaína-TO. Percebe-se, portanto, que abordagens teóricas realizadas há 37 anos ainda se aplicam aos dias de hoje, sobretudo sob a ótica sociocultural enquanto fator determinante para as endemias, com destaque para LV. Na época, os autores já deixaram a ênfase de que os determinantes sociais de doenças sejam os mais importantes quando buscamos identificar e propor programas de intervenção, como de orientação da população em suas casas (como é o caso do agente de saúde) e execução de campanhas por parte do poder público (MATA, 1982).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A efetividade do controle da LV em Araguaína só será possível se os diversos atores envolvidos buscarem uma gestão intersetorial. O poder de maior relevância para a sociedade atualmente é aquele que é exercido pelas pessoas, instituições, sindicatos, entre outras organizações, ou seja, o poder local, que está inserido na realidade daquela localidade e, por isso, suas decisões atendem melhor às suas necessidades (FOUCAULT, 2008).

A partir dos relatos de história oral, apresentados pelos seis entrevistados, acreditamos que problemas-chave foram identificados enquanto fatores sociais e histórico-culturais como contribuintes para a prevalência da LV em Araguaína-TO. Sendo assim, destacamos seis principais fatores teóricos, sendo eles: interação entre fatores culturais e de território enquanto variável teórica que tenha contribuído para o agravamento no problema da endemia na cidade; costumes e práticas culturais, como a rejeição de moradores no sentido de tanto resistirem, por exemplo, à visita dos agentes, quanto de se recusarem a buscar uma solução coletiva ao problema; presença de lotes abandonados, criadouros ilegais de pombos e galinhas e despejo ilegal de lixo nesses locais, o que possibilita a proliferação dos vetores; práticas culturais como a possível falta de interesse da população em lidar com temas como a forma de transmissão da LV e/ou por assumirem estar habituadas com a doença, por isso, acreditarem que não serão infectados; necessidade de mais ações diretas por parte do governo no sentido de informar à população sobre a problemática que é a LV em Araguaína-TO; e implementação de campanhas que visam à castração de animais de rua, no sentido de diminuir o número de cães infectados e, portanto, reservatórios do parasita causador de LV tanto em cães quanto em humanos.

Acreditamos que esse contexto ainda é preliminar, e que mais pessoas precisam ser ouvidas e compreendidas independente dos costumes e práticas culturais, históricas que vivenciam. Essa abordagem teórica representa, pois, o primeiro passo para compreendermos ainda mais como vivências e práticas culturais podem ter tido tanta influência para o crescente número de casos de LV em Araguaína-TO. Por isso, estamos indo na direção de buscar soluções holísticas/interdisciplinares e pouco óbvias no que concerne tanto à problemática quanto à busca de soluções mais efetivas no contexto sociedade/poder público e a Leishmaniose visceral em Araguaína-TO.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, M. de L.; MEDEIROS, P. R.; AZEVEDO, D.; FREIRE, M. de F.; XIMENES, de M. Leishmaniose visceral e aspectos socioambientais: relatos sobre a doença em área periurbana da região metropolitana de Natal (RN), Brasil. **Revista Brasileira De Ciências Ambientais**, v. 38, p. 109–122, 2015.
- AMADO, J. O grande mentiroso: tradição, veracidade e imaginação em história oral. **História**, v. 14, p. 125–136, 1995.
- ARAGUAÍNA. **Prefeitura de Araguaína**. Disponível em: <<http://www.araguaína.to.gov.br/portal/paginas.php?p=turismo>>. Acesso em: 21 ago. 2017.
- ARAGUAÍNA, C.-. **Facebook**. Disponível em:<<https://www.facebook.com/uvzaraaguaína.araguaína.1>>. Acesso em: 12 mar. 2019.
- BOURDIEU, Pierre. **O poder Simbólico**. Lisboa: Berthand Brasil, 1989.
- CAMPOS, G. W. de S. Sete considerações sobre saúde e cultura. **Saúde e Sociedade**, v. 11, n. 1, p. 105–115, 2002.
- CARLOS, Ana Fani A. A reprodução do espaço urbano como momento da acumulação capitalista. **Crise urbanap**. 25-35, 2015.
- CONEXÃO.TO. **Mutirão**. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=iesource=imgresecd=ecad=rjaeuact=8eved=2ahUKEwjBgZP4n_3gAhUzDbkGHXP3CsoQjRx6BAgBEAUeurl=https%3A%2F%2Fconexaoto.com.br%2F2010%2F08%2F10%2Ffaureny-iii-recebe-mutirao-contradengue-e-calazarepsig=AOvVaw0i2V81MmAsyuL7rYyaxKeust>. Acesso em: 12 mar. 2019.
- CONEXÃO.TO. **Mutirão**. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=iesource=imgresecd=ecad=rjaeuact=8eved=2ahUKEwjW5OD2n_3gAhXFHLkGHY_1BgIqjRx6BAgBEAUeurl=https%3A%2F%2Fconexaoto.com.br%2F2017%2F08%2F07%2Fccz-de-gurupi-intensificaacoes-contradengue-e-calazarepsig=AOvVaw0_EZxsAJsrX8mATyOqoln7eust>. Acesso em: 12 mar. 2019.
- FERREIRA, Angélica Fonseca; CORBO, Ana Maria D'Andrea. **O território e o processo saúde-doença**. – Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.
- GONTIJO, C. M. F.; MELO, M. N. Leishmaniose Visceral no Brasil: quadro atual, desafios e

perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 7, n. 3, p. 338–349, 2004.

GOUVEIA, N. SAÚDE E MEIO AMBIENTE NAS CIDADES: OS DESAFIOS DA SAÚDE AMBIENTAL. **Saúde e Sociedade**, v. 8, n. 1, p. 49–61, 1999.

HAESBAERT, Rogério. **Dos múltiplos territórios à multiterritorialidade**. Porto Alegre, 2004. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/petgea/Artigo/rh.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2019.

HARVEY, D.; ALFREDO, A.; SCHOR, T.; BOECHAT, C. A LIBERDADE DA CIDADE. **GEOUSP Espaço e Tempo (Online)**, n. 26, p. 09-18, 30 dez. 2009.

LARA, M. O.; BRITO, M. J. M.; REZENDE, L. C. Aspectos culturais das práticas dos Agentes Comunitários de Saúde em áreas rurais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 3, p. 673–680, 2012.

LOBATO, L. de V. C.; MARTICH, E.; PEREIRA, I. D. F. Prefeitos eleitos, descentralização na saúde e os compromissos com o SUS. **SAÚDE DEBATE**, v. 40, n. 18, p. 74–85, 2016.

MARZOCHI, M. C. de A.; FAGUNDES, A.; ANDRADE, M. V. de; SOUZA, M. B. de; MADEIRA, M. de F.; MOUTA-CONFORT, E.; SCHUBACH, A. de O.; MARZOCHI, K. B. F. Visceral leishmaniasis in Rio de Janeiro, Brazil: eco-epidemiological aspects and control. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 42, n. 5, p. 570–580, 2009.

MATA, L. Sociocultural Factors in the Control and Prevention of Parasitic Diseases. **REVIEWS OF INFECTIOUS DISEASES**, v. 4, n. 4, p. 871–79, 1982.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de vigilância e controle da leishmaniose visceral**. – 1. ed., 5. reimpr. – Brasília, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_controle_leishmaniose_viscer_al_1edicao.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2019.

MONKEN, M.; AC, M.; C, B.; JC, M.; MONKEN M. Território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. Território, Ambiente e Saúde. **Fiocruz**, p. 23–41, 2008a.

MONKEN, M.; PEITER, P.; BARCELLOS, C.; ROJAS, L. I.; NAVARRO, M.; GONDIM, G. M. M.; GRACIE, R. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. **Fiocruz**, p. 62–68, 2008b.

NAPIER, A. D. et al. Culture and health. **The Lancet Commissions**, v. 384, p. 1–33, 2014.

PEREIRA, C. J.; FERNANDES, D. Cultura e Dimensões do Viver em Yi-Fu Tuan: algumas aproximações geográficas. **RA'E GA**, v. 22, p. 53–73, 2011.

PEREIRA, R. R. Território, Saúde e Ambiente: novas formas de articulação. **Geografia**, Universidade Estadual de Londrina, v. 18, n. 1, p.193-206, 2009.

PIGOTT, D. M. et al. **Global distribution maps of the leishmaniases**. p. 1–21, 2014.

PREFEITURA DE ARAGUAÍNA. Disponível em: <<http://www.araguaia.to.gov.br/portal/paginas.php?p=notenot=noticiaseid=1947>>. Acesso em: 12 mar. 2019.

SANTOS JUNIOR, O. A. dos. Urban common space, heterotopia and the right to the city: Reflections on the ideas of Henri Lefebvre and David Harvey. **URBE - Revista Brasileira de Gestão Urbana**, v. 6, n. 2, p. 146-157, 2014.

SIDDIQUI, N. et al. Awareness about kala-azar disease and related preventive attitudes and practices in a highly endemic rural area of India. **Southeast asian j trop med public health**, v. 41, n. 1, p. 1–12, 2010.

SILVA, J. G. C. M. L. G. X. da; MACEDO, F. V. A. B. de. Resposta a fluxos migratórios e inclusão social de imigrantes haitianos no Brasil. **Casoteca de Gestão Pública**, p. 1–22, 2018.

THIRY-CHERQUES, H. R. Pierre Bourdieu: a teoria na prática. **RAP Rio de Janeiro**, v. 40, n. 1, p. 27–55, 2006.

THOMPSON, E. P.. *Costumes em comum*. São Paulo: Companhia das Letras, 528p, 1998.

WALDMAN, Eliseu Alves; SATO, Ana Paula Sayuri; FORTALEZA, Carlos Magno Castelo Branco. **Doenças infecciosas: das endemias rurais às modernas pandemias (1980-2010)**. In: *Velhos e novos males da saúde no Brasil: de Geisel a Dilma*[S.l: s.n.], 2015.

WEBER, Regina. THOMPSON, E. P. *Costumes em comum*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998. 528 p. **Horizontes Antropológicos**, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, ano 5, n. 10, p. 308-309, 1999.

WERNECK, G. L. Expansão geográfica da leishmaniose visceral no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 644–645, 2010.

VILA COUTO MAGALHAES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VILA SANTA RITA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BELA VISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0
PARQUE SONHOS DOURADOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JK	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0
OESTE - SETOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
VITORIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
JARDIM DAS FLORES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
ALTO BONITO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0
COIMBRA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0
JARDIM PAULISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0
SANTA LUZIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0
URBANO - SETOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0
PALMAS - SETOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0
SAO MIGUEL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1
TOCANTINS - SETOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	1
BAIRRO DE FATIMA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0
VILA RIBEIRO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0
NOROESTE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	1	2	0
XIXEBAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
SANTA TEREZINHA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
CENTRO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0
MONTE SINAI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	2	2	1	0
MORADA DO SOL I	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	0	0	0	0
BRASIL - SETOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	1	1
ZONA RURAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	1	1	1
VILA GOIAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0	1	0
VILA NORTE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0
CEU AZUL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	0	2	0
PARQUE BOM VIVER	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	3	1	9	4	0
BARROS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	1	0	0	0
ITAIPU	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	2	0	0	0
RAIZAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	3	1	3	1	0
UNIVERSITARIO - SETOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1	2	2	1	0
SAO JOAO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	3	5	2	3	0
MARACANA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	6	1	3	2	0
NOVA ARAGUAINA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	1	3	1	0

ARAGUAINA SUL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19	5	3	3	2
TOTAL DE CASOS	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	101	49	40	48	41

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – ENTREVISTA ORAL COM ANTÔNIO MARCOS: AGENTE DE ENDEMIAS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CÂMPUS ARAGUAÍNA-TO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS DE CULTURA E
TERRITÓRIO

Entrevistadora: Primeiramente agradeço por fazer parte da minha pesquisa.

Entrevistadora: Há quanto tempo você trabalha com a Leishmaniose?

Entrevistado: Eu já tenho uma grande experiência, eu trabalho há 21 anos. Na verdade eu trabalho com endemias.

Entrevistadora: Experiência tem bastante. Como você chegou a esse a esse trabalho?

Entrevistado: Eu não era nem casado, foi o meu primeiro emprego, trabalhava antes disso mais era somente bico, aí fiquei sabendo do emprego, fiz a seleção passei comecei a trabalhar. Trabalhei 10 anos de contrato e depois fomos efetivados.

Entrevistadora: Como que você sente hoje trabalhando hoje nessa área?

Entrevistado: Com certeza eu gosto muito, assim a gente esta trabalhando com saúdes, com pessoas, a gente sente satisfação, a gente chega em casa com o dever cumprindo, sabendo que a cada dia evitamos que pessoas venha a adoecer, vá a um hospital ou até mesmo venha a óbito. Se você trabalhar 10 anos e evitar que uma pessoa venha a óbito já é um grande feito. Quem trabalha nesse serviço tem que gostar, se não gostar não irar fazer o trabalho bem feito, não é a toa que eu trabalho há 21 anos.

Entrevistadora: Me conta um pouquinho de como é o trabalho de vocês aqui.

Entrevistado: Então a gente trabalha 8 horas diária, 40 horas por semana trabalhando diretamente do campo mesmo. Atualmente eu estou supervisionando os trabalhos dos agentes, cada caso acompanhado de perto. Os casos mais complicados a gente é chamado, e estamos lá resolvendo, como por exemplo, uma recusa, um terreno baldio com o mato muito alto. A gente é solicitado nessas situações mais críticas, para esta resolvendo. Também somos acompanhados direto e indiretamente pra saber se o serviço e bem prestado se é de qualidade. Tudo que é feito e relatado por escrito e entregue na coordenação.

Entrevistadora: Você encontra muita dificuldade, ou rejeição das pessoas quando vocês vão fazer o trabalho?

Entrevistado: Antes tinha um grande índice de rejeição, deu uma diminuída, mais ainda hoje existe. Geralmente por incrível que pareça as pessoas mais instruídas são as que não deixam nossos agente entrar, falam que casa é limpa, não precisa da visita, que pagam um plano, sempre com essas justificativas. Dizem coisas como, “ah vai olhar os terrenos baldio, tampa os buracos da rua”. Não entende que somos simplesmente funcionários, que trabalhamos na área da saúde não da infraestrutura. Ai temos que explicar a pessoa a pessoas que precisamos entrar em todas as casas, não podemos fazer um falso registro, explicar que temos uma meta a ser cumprida.

O ministério da saúde estipula que 80% das casas tem que ser visitada, assim tornando a nossa meta. Mais atingir esses 80% é muito complicado, porque tem muita casas fechadas, muitas pessoas viajando, casas para alugar, terreno baldio murado, com cadeado, tornando complicado atingir a meta, nos esforçamos bastante. Nós trabalhamos fora do horário as vezes aos sábado, temos um chaveiro, já existe uma lei que permite utilizar o chaveiro acompanhado de um vizinho e entrar em imóveis abandonado, a mais de ano fechado, então chamamos e chaveiro e fazemos nosso trabalho. Muitas das vezes nesses casos que entramos, nessas recuperações está lá muitos focos da leishmaniose. Então torna muito complicado atingir os 80%, além da questão de casas fechadas, abandonadas, tem a que a população não permite a nossa entrada.

Entrevistadora: Eu tava conversando com a Angra, ela me deu uma resposta interessante. Porque em Araguaína quando você pesquisa os números são bem altos? Ela me respondeu “Será porque nos aqui realmente trabalhamos e mostramos esses dados, muitas vezes em outras cidades às vezes tem ate mais casos mais casos não tem um trabalho efetivo igual os que vocês fazem aqui”. Não tem os dados corretos, ou ate mesmo não lançam os dados.

Entrevistado: Tem municípios ai que maquia os dados sabe, para passar uma impressão que esta tudo bem, para não revelar os casos, mais tendo muitos casos da doença.

Entrevistadora: E muitas das vezes vindo se tratar aqui.

Entrevistado: Para esses lugares é muito mais fácil comprar uma ambulância trazer as pessoas para se tratar aqui, do que contratar um médico pra atuar na região.

Entrevistadora: Muitas vezes as pessoas que vem se tratar aqui acaba pegando o endereço de alguém daqui alegando morar aqui também, isso acaba atrapalhando os dados.

Entrevistado: Podemos usar a UPA como exemplo, se fosse só pra Ca, o atendimento seria mais eficiente, mais sabemos que vem muitas pessoas de outro lugares menor em busca de um atendimento.

Entrevistadora: Mais sobre a leishmaniose, em especifico o que o senhor acha dela em Araguaína hoje?

Entrevistado: É uma doença que aqui em Araguaína tem o índice muito alto, uma alta positividade, por mais que temos trabalhando firme, no período que termina a chuva e começa o período seco é o pior para aumentar o índice da doença. A doença não precisa de água para seu desenvolvimento, o vetor transmissor desenvolve em matérias orgânicas, resto de comida e folha seca. Ainda tem muitas pessoas que insiste em criar galinhas, que sabemos que o vetor se alimenta delas, também a superpopulação de animais, principalmente nos setores

periféricos, invasões, foi comprovado que é nessas áreas que se encontra a maior concentração do foco da doença, pois era nessas áreas o habitat natural do vetor, automaticamente invadir a cidade, aí encontra muitos animais. Para combater usando orientação, controle com algumas inseticidas permitidas, mais mesmo assim índice é muito alto. Araguaia e propicia a leishmaniose.

Entrevistadora: Você acha que a cultura, a forma das pessoas viver, de criar animais tem a ver, tem algo relacionado?

Entrevistado: Sim, aí entra aquela questão de descarte incorreto de lixo (nos terrenos desocupados). Mais fazendo esse descarte incorreto não imagina que pode gerar o mosquito (e gera), podendo atingir a própria casa dele.

Entrevistadora: Além da ação que vocês fazem de Educação, Prevenção e Promoção, o que você acha que o poder público poderia estar fazendo para melhorar mais isso?

Entrevistado: Ter mais medidas enérgicas, já que na educação não está sendo resolvido, procurasse uma maneira de punição, porque parece que o brasileiro só toma providência quando mechem no bolso, se o cidadão for comprovado que ele é o responsável por jogar lixo num local errado e trazendo doença para a sociedade, comprovando não está contribuindo com a saúde. Então tem que punir para saber se resolve.

Entrevistadora: Essas invasões que tem muitas vezes não tem a coleta de lixo adequada, então passa muito tempo o lixo parado?

Entrevistado: A questão das invasões é um problema seriíssimo, pois nesses locais não tem coleta adequada do lixo tornando um local propício para o desenvolvimento. A resposta que eu temos é a falta dessas coletas, mais tipo tem gente que queima o lixo, joga em um local vizinho onde tem coleta sabe, então dá para prevenir.

Entrevistadora: Você acha que tem muito rejeição das pessoas quando tem um cão domesticado e tá infectado, que tenta esconder para não ser sacrificado?

Entrevistado: Tem tratamento hoje, mais o tratamento é muito caro e nem todas as pessoas têm condições de bancar, e mesmo assim, fica algo meio paliativa. O tratamento é caríssimo e não significa que vai gastar e vai melhorar, pode ficar assintomático, mais um ano depois os sintomas irar voltar novamente.

Entrevistadora: Você acha que ainda tem muita gente que esconde o cão?

Entrevistado: Sim, leva para outro lugar, diz que o cachorro morreu, muda o nome do cachorro, tudo isso para não entregar o animal. Agora quando é provado que o cachorro está doente, a pessoa também tem direito de fazer outro exame por conta própria, a pessoa é obrigada a entregar o animal.

Entrevistadora: Agora falando sobre você, hoje no bairro onde você mora, e o mesmo ainda do qual seu filho teve leishmaniose?

Entrevistado: Não

Entrevistadora: Você morava onde antes?

Entrevistado: No tempo que os meus dois filhos teve a doença eu morava na Vila Santa Rita, divisa com a Vila Goiás Vila Santiago. Foi um ano que teve muitos casos em humanos, chegando a ter óbitos. Agora estou morando no setor Noroeste.

Entrevistadora: Quando você morava no local onde seus filhos tiveram a LV, como era sua casa? Como era a vizinhança? Tinha muito índice?

Entrevistado: As casas não eram muradas , o vizinho tinha cinco cachorro, todos os cachorros dele deu positivo no teste da doença, onde eu morava 8 vizinhos foram acometidos com a doença. Eu já trabalhava como agente. Nós buscamos os cachorros, e foram sacrificados. Na minha casa eu não tinha animais mais o vizinho tinha.

O meu filho mais novo tinha apenas 6 meses de idade, passou muito mal ficou 28 dias internado no HDT, faltou o kit de fazer exame, nossa ficou muito doente, tudo que ele bebia, comia jogava para fora, o mais velho tinha 9 anos, com 3 meses que eu tava fazendo tratamento do mais novo mais velho adoeceu, foi um ano de luta e tratamento.

Entrevistadora: Como profissional trabalhando na área se depara com os seus filhos com a doença, qual foi a sensação?

Entrevistado: Foi terrível, assim foi uma experiência ruim e ao mesmo tempo boa, pois pude presenciar de perto o que é a doença. Me possibilitando mais conhecimento do caso, e também foi uma forma de orientar mais as pessoas sobre, porque foi algo que já aconteceu comigo. Falo da dificuldade que eu tive para levar meus filho nos tratamento por conta de locomoção, e de outras coisas.

Entrevistadora: Você acha que os profissionais de saúde estão preparados para diagnosticar? Foi fácil diagnosticar seu filhos?

Entrevistado: Naquele tempo foi mais difícil.

Entrevistadora: Foi quanto tempo o tratamento?

Entrevistado: O Tratamento mesmo são 20 dias (referente a 20 doses) mais tem que ficar indo no retorno, acompanhamento. Pois a medicação pode prejudicar o coração, se o doente tiver algum problema ou tendência pode acelerar para uma coisa grave. No caso do meu filho mais novo chegou a entupir os dois ventrículos. Ainda bem que e tava tendo acompanhamento com Cardiologista. No caso do meu filho teve que trocar a medicação para pode terminar o tratamento.

Entrevistadora: Quando você diagnosticou seus filhos o vizinho ainda tinha os cachorros? Qual foi a reação dele ao saber? Ele sabia que os cachorros estava infectado?

Entrevistado: Sabia, mais se prontificou a entregar os cachorros, percebeu que tava afetando muita gente. Não teve resistência para entregar os animais.

Entrevistadora: O que você acha que o poder publico poderia ter feito algo a mais pela sua família, que poderia evitar que sua família passasse por isso?

Entrevistado: Naquele tempo a questão era da alta complexidade mesmo, ter mais conhecimento das áreas, pois estamos na área endêmica, os profissionais deveria ter mais conhecimento, procurar se especializar na área, para facilitar no diagnóstico.

Entrevistadora: Aconteceu com seu filho a ter o diagnóstico?

Entrevistado: Do mais novo sim, por mais que eu afirmava que o eu outro filho já teria tido a doença. Passei 12 dias indo ao hospital e só me davam diagnóstico de virose, e meu filho só piorando, teria sido mais fácil se desde do primeiro dia tivesse feito o procedimento adequando. Meu filho sofreu bastante por falta de conhecimento das pessoas. E até hoje existe isso aqui, (falta de conhecimento) citando um exemplo, tem uma criança internada no municipal, sendo que foi 3 vezes na UPA e todas as vezes foi diagnosticada como virose. Agora a criança está muito mal, na UTI, risco até de morrer. A criança tem apenas 5 meses. Como a cidade é uma zona endêmica já era pra se desconfiar, se passou de 10 dias de febre, já deve suspeitar de doenças endêmicas.

O HDT não quis receber porque não tinha UTI, a criança já estava em um quadro complicado necessitando de uma UTI. Mandaram para o municipal. Os bairros como Araguaína Sul, Universitário, Nova Araguaína, etc., são os bairros mais acometidos.

Entrevistadora: Então assim de 2008 que teve um alto índice, para 2019, quanto tempo passa e ainda pode ser notado que os profissionais não estão preparados.

Entrevistado: Seria o caso que todos que entram para trabalhar, teria que ter uma preparação nessa área para identificar ou até mesmo diagnosticar a doença.

Entrevistado: Tem vezes que nos descobre ao chegar na casa pelo relato dos moradores que está com a doença, aí pede um teste.

O caminho hoje é a UPA, ele que deveriam encaminhar para o HDT.

**APÊNDICE 2 – ENTREVISTA ORAL COM KETLEN (COORDENADORA DO CCZ)
E EDIMILSON (VETERINÁRIO CCZ)**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CÂMPUS ARAGUAÍNA-TO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS DE CULTURA E
TERRITÓRIO

PESQUISADOR: O objetivo dessa pesquisa é saber sobre o tema escolhido, e também saber um pouco sobre você como pessoa.

PESQUISADOR: Gostaria que falassem primeiro sobre você, sua origem sua infância.

ENTREVISTADA KETLEN: Nasci aqui em Araguaína, não penso em mudar pois sou muito ligada a família.

ENTREVISTADA KETLEN: Morávamos em uma chácara, onde passei maior parte da minha infância, brincávamos muito, subíamos em árvores. Depois mudamos da chácara para cidade novamente, para Vila Aliança, tendo assim contato com outras crianças, foi muito bom, uma época boa pois era tranquilo. Sempre gostei de estudar, brigava muito de professora, ensinava meus irmãos quando eles eram pequenos. Assim fui crescendo.

ENTREVISTADO EDIMILSON: Vim morar aqui em 2000, sou do interior de Goiás, sempre fui da área da saúde.

PESQUISADOR: Quando foi que despertou a vontade de ser veterinário. Qual idade tinha?

ENTREVISTADA KETLEN: Foi na adolescência que comecei a pensar, mais eu era mais voltada a saúde pública dispersão de Alimentos, só que eu fiz no ensino médio foi Contabilidade fazendo o curso em Araguaína mesmo. Depois entrei na faculdade.

A entrevistada relata que dentro da faculdade onde fazia o curso tinha muitos programas sociais, como por exemplo Universidade Solidária.

Na faculdade tive um projeto, era um grupo muito grande, mais muito diversificado, tinha acadêmicos de muitos cursos como letras, geografia, etc. Nós fomos para o bico do Papagaio (Itaguatinga). Trabalhamos com a comunidade de lá do local, foi muito interessante pois os profissionais de lá foram muito acolhedor coma gente, fomos muito bem recebidos. Eu logo de cara fiquei com a parte de educação em saúde voltada mais para Calazar, e detectar crianças com Hanseníase, foi interessante fizemos gincanas e varias outras coisas. Esse foi o meu primeiro contato com a comunidade, foi bastante interessante. Logo depois fui para área de estágio, procurando conhecer um pouco dos outros conteúdos.

PESQUISADOR: Entre a formação e o ingresso na saúde pública demorou quanto tempo?

ENTREVISTADA KETLEN: Na verdade terminei em 2000 e entrei em Fevereiro, foi quase que de imediato.

ENTREVISTADO EDIMILSON: Eu me formei em 2010 logo passei no concurso.

PESQUISADOR: Na concepção de vocês o curso já dar um direcionamento para vocês se encaminhar nesse sentido, dependendo do curso, ou não, é a algo mesmo de vocês, ou independe do que o curso oferece?

PESQUISADOR: No caso da Ketlen pode ter ocorrido esse direcionamento por conta do contato.

ENTREVISTADO EDMILSON: Para a área que eu queria pode ter ocorrido esse direcionamento, mais eu não sair preparado.

PESQUISADOR: Bom Ketlen você teve essa experiência lá e logo de imediato veio pra a saúde pública, depois caiu dentro dessa coisa de Leishmaniose, Calazar.

ENTREVISTADA KETLEN: Quando eu entrei a situação ainda não era endêmica, então foi mais tranquilo podemos vivenciar com mais calma, sendo uma oportunidade muito boa de capacitação, tendo contato com outros CCZ fora daqui, tendo uma visão maior do que era o controle de Zoonose, aí 5 anos depois teve a explosão da Calazar mais foi assim do nível Nacional. Aí a gente foi aprendendo e a construindo.

ENTREVISTADA KETLEN: Olha quando a gente compara Leishmaniose com os outros agravos, a possibilidade uma segunda notificação ela é menor por conta, pode ser que a pessoa não procure a unidade a unidade o atendimento e a pessoa podendo ir a óbito sem saber a causa da notificação

ENTREVISTADA KETLEN: Hoje a gente enfrenta alguns problemas mais antes eram mais despreparados, as pessoas ficavam doentes e não tinha um diagnóstico.

PESQUISADOR: Estou comparando com a questão da AIDS porque o poder público fez a questão de conscientizar as pessoas e esclarecer, assim surtindo muito efeito das notificações. No caso da AIDS é algo gravíssimos que envolve o preconceito sociais, as pessoas por exemplo foram encorajadas ne a fazer exames, etc., na época tinha que fazer exames, e essas pessoas começaram a procurar os postos pra fazer exames , geralmente é uma bola de neve, a coisa quando começa a crescer em relação ao próprio sujeito portadores da doença e em comparação que você esta falando talvez aconteceu um pouco disso aqui, eu por exemplo vi muito nos ano que eu toquei as campanhas e falamos de Calaza , etc.

ENTREVISTADA KETLEN: Quando eu entre na verdade tinha uma mudança muito grande de políticas públicas, porque descentralizou as ações, antigamente era tudo muito, nível nacional. Todos os municípios estavam fazendo um serviço diferente ninguém estando acostumado a fazer os serviços.

ENTREVISTADO EDMILSON: Essa questão de Leishmaniose eu acredito que é mais complicado, a gente estava discutindo quando o assunto é a dengue nos municípios que tem aqui no estado tem o índice de manifestação bem alto e pouquíssimas notificações.

PESQUISADOR: Nos casos de doenças.

ENTREVISTADO EDMILSON: No caso dessa doença e quando encontramos as larvas e os ovos, se você encontrar muitas larvas tem muitos mosquitos.

ENTREVISTADA KETLEN: As pessoas falam muito quando pega nossos dados do banco de Leishmaniose, nosso banco é mais consistente tem muito registro.

PESQUISADOR: Existe a possibilidade do poder público como vocês estavam dizendo Araguaína não mente, existe a possibilidade de um centro de Zoonose de algum município omitir os dados por algum motivo?

ENTREVISTADO EDMILSON: Eu acho que não o centro mais a atenção básica pode não dissolver, pode não fazer indicação, eu acho que pode ter isso, mais sinto mesmo omitir os dados é mais complicado.

PESQUISADOR: De onde vem sua fala então “nós não mentimos”? Quando fala assim pressupõe que outro pode mentir.

ENTREVISTADO EDMILSON: Mais é porque estou dizendo foi da fala dela, que eles ficam impressionados com o banco de dados, é porque a gente não omite nada aciona tudo que aparece, se tem muito caso, bota muito caso.

ENTREVISTADA KETLEN: Cada caso é um caso é um caso e a gente vai profundo, até o final tendo uma justificativa técnica para considerar se realmente ele não é descartado, porque nem todos são fechados com exames de laboratórios e às vezes podem dar negativos mais o paciente tem toda uma clínica, e a clínica é soberana, então ele vai ser tratado e será considerado um caso típico, então é por esse acompanhamento, por isso que falamos, a gente não omite.

PESQUISADOR: Existe um vínculo entre o trabalho que se faz com humanos e com animais, ou são setores separados?

ENTREVISTADA KETLEN: No programa a gente mexe com tudo, inclusive esta tudo nessa sala a gente fez questão de estruturar dessa forma pra facilitar as funções, as trocas, ate porque a experiência que ele tem ele expõe, e é interessante, o que trabalhou com a parte canina, com a parte humana, com a equipe de cão, isso ai tudo tem que organizar.

PESQUISADOR: Eu estou perguntando por que conheço programas que há separação, mais gera milhões de problemas ne. Quando eu era agente trabalhei em Uberlândia estava com quase um milhão de dados numa cidade relativamente grande, e lá tinha essa coisa da caixinha, era uma dificuldade de você pegar uma informação, ai entra os egos, as vaidades, entra muita coisa.

ENTREVISTADA KETLEN: Para o senhor ter uma ideia ate os outros programas a gente tenta fazer esse link, tendo muitas campanhas, como a dengue esta em evidencia, tem muitas campanhas do controle do mosquito e a gente esta sempre cada um junto, porque a gente entende que tem que relacionar, a gente se engloba.

PESQUISADOR: Queria que vocês me falassem, o que entendem dos principais impasses para ter o controle, dessa doença? Vocês com a ação de vocês, o que fazem?

ENTREVISTADA KETLEN: Principalmente uma coisa que agente faz em relação a nível municipal, estadual, é financiamento mesmo, questão de ter estrutura financeira para implementar as ações, porque Leishmaniose é muito complexa a gente não ver estima na pesquisa, é uma doença negligenciada é de país em desenvolvimento, então tudo isso aí acarreta problemas estruturais, porque é uma doença que precisa de saneamento básico de toda uma estrutura, tornando assim uma situação bem delicada atingindo pessoas mais carentes. Quando falamos na doença a gente tem todas as classes sendo atingidas, mais quando vamos pesquisar a fundo sempre vemos que são pessoas mais periféricas tendo um estado de desnutrição vulnerabilidade.

PESQUISADOR: Essas coisas são comprovadas nos dados por exemplo?

ENTREVISTADA KETLEN: Sim

ENTREVISTADO EDMILSON: Geralmente eles não conhecem, ou viu campanha sobre isso, a gente vai falar com o pessoal sobre isso eles realmente não sabem. Quando é de cão ainda alguns sabem mais em humanos tendem a não saber. Então ela está relacionado ao fator socioeconômico mesmo e a fatores higiênicos.

PESQUISADOR: E em relação a fatores culturais por exemplo em relação ao esse porque, conseguem chegar.

ENTREVISTADO EDMILSON: Poderia até saber por ser uma doença tão falada tão divulgada, deveria ser conhecida, falta um pouco de interesse da população em saber sobre. Como ela é uma doença da epidemiologia, falta educação da população.

PESQUISADOR: Vocês acha que tem uma resistência a informação por algum motivo por exemplo ao sacrifício aos animais, isso não gera uma resistência?

ENTREVISTADA KETLEN: Sim a gente vê na prática com os agentes juvenis que a gente tem mais contato, eles falam que tem pessoas que não deixam eles entrarem, não querem ouvir as orientações acha que já sabem, então ainda tem esse fator. Temos um projeto nas escolas que trabalhamos com as crianças, ainda apesar disso a gente ainda vê muita gente ainda sem a informação. Isso aí se torna um indicador pra gente se guiar até onde está chegando nossas informações assim mudando mais para a comunidade. Começamos ir aos postinhos conversando com os grupos que buscam assistência mais não é fácil. Os resultados são a longo prazo desde de 2006 a gente se deparou com tanto situação que não se envolve. Os índices foram decrescendo.

A gente vê quando entra numa residência que o quintal não é limpo, falta do interesse da pessoa de manter limpo, de ter hábitos de limpeza.

PESQUISADOR: Até onde eu sei o tratamento, até o exame é bem mais caro, tem o exame simples, mais tem o caro, em torno de 500 reais.

ENTREVISTADA KETLEN: Pelo setor público são dois métodos, é o teste rápido e o sorológico, que é o confirmador, agora tem pessoas que não aceitam o protocolo e vão atrás do particular podendo fazer o teste rápido como a gente faz, ou pode ser pelo TCE.

PESQUISADOR: Que é o da cervical.

PESQUISADOR: Aceitação do sacrifício da animal contaminado é maior das camadas mais baixas do que na camada mais alta?

ENTREVISTADA KETLEN: Eu acredito que seja, a gente ver isso na prática, tem pessoas que querem fazer o tratamento, e quem faz é quem tem o poder executivo maior, e se for até mesmo para a eutanásia, fazem em clínicas particulares, trazendo um documento com a declaração da gente, mais é mais difícil lhe dar com uma classe social maior.

ENTREVISTADO EDMILSON: Assim a gente não tem controle se a pessoa está fazendo tratamento ou não, temos controle e é um tratamento caro, em alguns agentes tem visto o fato da pessoa querer tratar devido o amor que a pessoa tem pelo animal, porém so dura até certo tempo. A pessoa pode até fazer o primeiro tratamento mais quando cegar na segunda parte que a pessoa tem que acompanhar traz um dano, independente da classe social.

PESQUISADOR: Na fase terminal que dar mais trabalho

ENTREVISTADO EDMILSON: Acho que começa a doer no bolso.

ENTREVISTADA KETLEN: Porque o tratamento não é cem por cento e sabem disse, a carga de parasitas ainda reside aí o mosquito pode se infectar de qualquer maneira.

PESQUISADOR: Ah isso que eu ia perguntar, mesmo o animal em tratamento rigoroso, tratamento certinho ele ainda pode ser um transmissor, o mosquito pode picar ele?

ENTREVISTADA KETLEN: Na verdade existe todo um protocolo a ser seguido o que não vemos na prática.

ENTREVISTADO EDMILSON: Como a indústria farmacêutica valou, ele é um animal contaminado, e como se tivesse com o HIV. Ele baixa a parasitose pode contaminar.

ENTREVISTADA: Veio conversar com a gente, e comentaram que não era pra manter os animais, não era medida de controle, era pra ver essa questão emocional. Segura protocolo da forma correta de matar o animal. Chega um ponto que o animal dar uma melhorzinha clínica, mais não consegue mais. Aí que vem o problema, acaba procurando o setor público pra não ter mais gasto.

PESQUISADOR: Tem alguma coisa que você pensa, acredita, imagina que poderia ser feito, para melhorar a situação do controle de doenças, que você sabe que não tem como fazer nada nessa situação nossa de Brasil, etc.

ENTREVISTADA KETLEN: Eu acho que é o investimento mesmo na políticas públicas, para melhorar cada vez mais as condições de vidas das pessoas que isso a gente ver que tem um impacto muito grande. A gente tem feitos algumas coisas que não estão protocoladas, mais que temos isso na prática que é interessante que pode servir para melhorar. Crianças mesmo, aqui a maioria são crianças com até 3 anos de idade com Calaza, e quando agente faz essa investigação, essa visita a gente ver que tem essas situações que tem um

vulnerabilidade muito grande, então a gente tem procurado outros setores específicos, setores sociais, para acompanhar, porque a gente quer ver que mais pessoas podem estar vulneráveis a adquirir doenças.

PESQUISADOR: Porque que a maioria são crianças?

ENTREVISTADA KETLEN: Pela imunidade que é mais baixa. Aqui como é uma área endêmica, todos aqui podem ter tido uma exposição ao vetor pode ter sido picado, mais o organismo da gente reagiu e a gente não adquiriu a doença, se agente fosse fazer uma sorologia iria dar reagente, mais como a gente não tem nenhuma manifestação clínica a gente não precisa tratar, porque ela si é tratada se ela manifesta sinais clínicos.

PESQUISADOR: Caso comparando o adulto com a criança as crianças fica mais vulneráveis que os adultos?

ENTREVISTADA KETLEN: Sim. Mais se tiver alguma morbidade, por exemplo, a gente quer ver que o HIV tem uma incidência maior, se torna mais grave pois o risco de óbito é maior. Pode ser que o índice de natalidade pode estar aumentando por conta das comunidades.

A Leishmaniose é bem complexa é um protozoário, e hoje não existe vacina para nenhum tipo de protozoário, doença de chagas, malária, etc. Não tem estudos daqui 20 anos para outros drogas para tratamento humano, a gente tinha antes de surgir esse tratamento canino tinha muito contra bando de medicamento humano para animais, aumentando muito a resistência, tem muita coisa envolvida.

PESQUISADOR: E o tipo de informação que essas pessoas tem o próprio grau de escolaridade e próprio modo de vida deles, pela questão da higiene, a gestão de higiene não é só uma falta de higiene, a pessoa nasceu dentro de uma falta de higiene e aquilo pra ela parece natural falando de uma questão cultural. É possível lidar com isso refletir sobre isso como uma relativa da política pública.

ENTREVISTADA KETLEN: Olha ver que alguns casos quando a gente chega pra conversar, tem pessoas que procura, por exemplo, tinha uma pessoa que tinha uma horta e tinha o adubo orgânico fez ali né, aí comentamos que lá era um local de risco por conta da probabilidade de vetores, aí a pessoa agiu de uma forma eu a gente até se assustou, a pessoa já levantou jogou a horta fora, assim a gente imaginou se ele ia ficar violento, mais não, ele disse que não sabia que ia ter mais cuidado, que ia procurar o local exato para a horta. Então podemos ver se muitas reações, uns reagem bem outros não. Tem alguns locais que a gente vai tentar recolher o cão, as pessoas não acreditam que pode ter sido o cão que transmitiu, podemos ver que tem um ou outro que não colabora, mais tem uns que são legais.

PESQUISADOR: Mesmo nos caso de contaminação comprovada ainda há resistência?

ENTREVISTADA KETLEN: Sim. Pelo o que a gente tem feito a gente fica muito impressionado pela quantidade de lixo em decomposição, então passando de 90 por cento dessas casas que visitamos e são de pessoas que já tiveram a doença podendo concluir que o lixo é um dos indicadores com maior índice do meio, bem preocupante. Tem a questão dos galinheiros que existe uma lei que proíbe, mais sabemos que é uma questão cultural que a gente sabe que as pessoas criam um apego. A gente explica o porquê de não poder ter essas coisas, não é simplesmente dizer que não pode, assim as pessoas podem ter noção que aquilo

apresenta um risco, mesmo assim as pessoas não querem se desfazer, mais por uma questão cultural e de sentimento e estima que as pessoas tem.

PESQUISADOR: Num caso desses, o sujeito tem um cão e tem a suspeita, seria possível, dentro do conhecimento que vocês tem de como é essa doença age, teria alguma forma, seria possível o sujeito criar galinhas e ter o cão sem ter riscos?

ENTREVISTADA KETLEN: A gente não pode garantir que não haja risco, porque a gente se trata de vetor, e vetores ultrapassa barreiras e existe esse risco, tendo o cão, a chance do mosquito picar esse cão, as galinhas, e próximo ao ser humano, a chance é muito grande, e nas questão da galinha é uma forma de esta criando o vetor, a galinha não adoeece, mais é uma forma de criar o vetor. Então par o mosquito é um paraíso porque é um local para ele desovar e onde ele vai desovar as lavas vai desenvolver. Então o risco é muito grande de maneira nenhum garantir, devido a área ser muito endêmica. Se agente for pensar na parte emocional das pessoas, a gente tem que pensar no risco.

PESQUISADOR: A própria condição urbana é um fator propagador, porque se a gente for pensar que numa fazenda você tem uma criação de galinha e de outros animais, bom eu não tenho os dados mais acredito que essa doença não é muito grande no campo do que em centros urbanos.

ENTREVISTADA KETLEN: Antigamente era. Antes a gente só tinha mais registros era na zona rural do que urbana, hoje ele s falam que a doença esta urbanizada, mais na verdade , que que desmatamos, ou seja, o vetor já estava aqui, o vetor só se adaptou ao novo meio, então hoje ele vive nos lugares mais escuro da casa, no quintal no galinheiro no canil, adaptou-se muito bem, então assim a gente tem na zona rural, o ciclo já existe, a zona de alimento é muito mais variado e aumentou mesmo por acidente. Hoje em dia não é tanto devido êxodo, desmatamento, falta de estrutura, os bolsões de pobreza, condições precárias, melhorando para o vetor, havendo a propagação, e agora esta complicado pra resolver por questão de estrutura mesmo.

PESQUISADOR: Então faz sentido que condição urbana acabe fazendo com que prolifere mais a doença.

ENTREVISTADA KETLEN: Sim. Aqui o bairro com o maior índice é o Maracanã por conta de como o bairro foi criado e de como era as condições de vida que as pessoas levavam no local.

ENTREVISTADA KETLEN: A gente entende que precisa divulgar mais.

PESQUISADOR: O que você pensa sobre o trabalho da Suzame por exemplo?

ENTREVISTADA KETLEN: Depende da linha que ela vai seguir, ela vai seguir uma linha qualitativa, então assim tem muitas coisas pra ela poder avaliar e fazer uma analise geral.

APÊNDICE 3 – ENTREVISTA ORAL COM ANGRA BARROS: AGENTE DE ENDEMIAS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CÂMPUS ARAGUAÍNA-TO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS DE CULTURA E
TERRITÓRIO

Ponto 1.

PSQ. Como você se sente trabalhando com isso?

R: Apesar das dificuldades, moradores que estão nos dias que não estão aceitando. Eu acho gratificante meu serviço, gosto de trabalhar devido os benefícios.

Ponto 2.

PSQ. Como você chegou a esse trabalho?

R: Esse trabalho me levou a conseguir várias outras coisas, qualificação, capacitação, graduação e pós-graduação.

Ponto 3.

PSQ. Me fale um pouco das dificuldades do trabalho.

R: A maior dificuldade é a questão do sol e também da rejeição de algumas pessoas. Eles não apenas não nos deixam entrar mas já vão com ignorância. “Você não tem o que fazer?” (coisas que os moradores falam). Encontramos muitas pessoas com deficiência mental, pontos de droga que não sabem e também o risco que se corre nas visitas.

Ponto 4. Quanto às orientações que você passa, encontra alguma dificuldade ?

Há dois perfis, gente que de fato se mostra interessada o que te dá mais espaço para seguir explicando e dando as orientações e também há pessoas que pouco conhecem passamos só o básico das informações. Depende muito da forma como os moradores recebem a gente.

O básico é orientar o combate dos principais vetores: Flebotomo e aedes aegypti

Ponto 5. Você já lidou com morador que já adquiriu a doença ou já teve animal que contraiu a doença?

Sim. É difícil porque tem orador que não aceita. Ele está vendo os sintomas mas não aceita fato de que seu cão está doente. Já existe uma equipe do CCZ destinada a fazer o exame e lidam diretamente com os cães doentes. Nossa parte é fazer a coleta de amostra do aedes e principalmente orientar sobre a limpeza, não deixar água parada e não deixar acumular lixo orgânico.

Em Araguaína já ocorreu casos de pessoas que forma procurar o médico com mais de 15 dias de febre. Ai às vezes nem adianta mais nada, procura mesmo mas a doença já está bem avançada.

Ponto 6. No caso de determinarem a contaminação na residência, o agente continua indo na residência ou será a outra equipe? Você se afasta do caso?

O agente de endemia passa na residência a cada dois meses. Se por acaso ele fechar a área dele e ele tiver um tempinho ele vai naqueles locais de maiores risco. Quando tem ou no cachorro positivo o exame já vem do CCZ. Quando é no ser humano é notificado e agente faz um bloqueio, os agentes fazem 9 quarteirões ao redor orientando os moradores e bem o borrifamento para não deixar expandir para outros bairros.

Ponto 7. Você percebe uma efetividade no trabalho de vocês

Eu acho que funciona sim. Apesar de que a dificuldade que encontramos é o saneamento básico e os loteamentos vazios. Quanto mais agente vai desmatamento ele sai do habitat natural dele e vem se reproduzir na cidade. A própria população faz muita denúncia. Eu acho que é porque eles estão bem orientados. Mas eu acho que funciona sim nosso trabalho.

Ponto 8. O que poderia ser feito para que seu trabalho funcionasse melhor

Há muitos loteamentos onde o carro do lixo não passa. O que falta eu uma espécie de multa para pessoas que não limpam os lotes. A população a maioria não essa consciência de não jogar lixo nos lotes vazios. Ali é propício para o mosquito. Iria diminuir bastante os casos.

Ponto 9. Falta alguma outra ação do poder público que melhoraria o combate ao calazar?

Proibir cães na rua. No CCZ só tem um carro para coletar os cães na rua e também para retirar os cães na rua. Essa demora contribui para a expansão da doença pois o mosquito só aumenta e vai passando de um cão para o outro.

Em 2008 o CCZ teve uma ação para encoleiramento para que os cães usem a coleira. Conseguimos encoleirar bastante cães. Depois do efeito da coleira foi só aumentando o número de casos de calazar.

Ponto 10. Porque há tantas notificações na cidade de Araguaína?

Araguaína é referência por ser real, muitas localidades circunvizinhas servem para notificar a cidade. Conheço gente de Marabá (agentes de endemias) que quase não trabalhavam com isso em Marabá. Em Araguaína agente mostra os dados corretos.

A gente faz a orientação mais voltada para o aedes. Geralmente quando tem um caso ali mesmo tem mais 10. Isso porque a pessoa não procurou um postinho de saúde ou algo assim. Só que para o calazar é mais difícil. Se a pessoa não procurar ela vem a óbito.

Pesquisador: Será que todos os números notificados aqui são daqui?

Precisamos fazer uma investigaçãozinha. Eles são notificados como daqui de Araguaína. Depois disso elas vão para o CCZ para a gente fazer o bloqueio.

Ponto 11. Você chegou a acompanhar algum caso de perto?

Não, mas tem colegas meus que já passaram. Um colega meu mesmo teve os dois filhos dele que tiveram calazar. Outro colega meu ele teve e a mãe dele teve. Colegas de

trabalho. Quando só filhos do Antonio marcos deram calazar, ele morava lá pra vira goiás pra aquele rumo. Hoje o asfalto está chegando mas o saneamento anda é muito pouco. A maioria desses lixos estão em lotes baldios e que tem dono. As pessoas costumam ter mais medo quando teve alguém próximo ou conhecido. A partir de então a pessoa tem todos os cuidados.

Tem moradores que chegam a falar: “a isso aqui não dá aqui não” “isso ai não tem nada não”, é assim que eles tratam agente. Eles chegam a falar: “já faz tempo que tem isso aqui e eu nunca fiquei doente”. Então tem isso também.

Ponto 12. Há um desinteresse pela informação, pelo que você esta falando?

A diferença de classes. Devemos adequar a forma de falar de acordo com a localidade. Preciso falar de uma forma que a população entenda. Às vezes pessoas de classe média tem mais interesse do que os de classe baixa. Nos bairros mais afastados as pessoas não tem assim aquela preocupação. Elas agem quando do agente vai lá, limpam o quintal, mas quando voltamos está sujo de novo. Eles ainda tem aquele pensamento que o agente de endemias tem que limpar o quintal deles. Agente vai para orientar e eliminar os focos da doença.

Ponto 13. Você percebe nas pessoas do bairro mais afastado que elas não tem interesse da informação? Você percebe algum tipo de comportamento onde as pessoas falam: “mas fui criado na roça, estou acostumado com isso”?

Nos bairros mais afastados são como invasão. As pessoas não tem banheiro, buracos feitos no quintal. Lavadouros de louça que escorrem com água e restos de comida. A maioria desse pessoal já morou em roça mesmo que a larva do mosquito é cabeça de prego. Frutos estragados, galinheiros (um vilão grande por causa das fezes). Agente tenta esclarecer mas eles já tem aquilo na mente que não vai ter nada. Eles perguntam: “A galinha vai transmitir essa doença pra gente? Nunca vi galinha transmitir isso”? Eu não sei se as pessoas se fazem de desentendidos ou apenas serem de mente fechada. Até ocorrer um caso próximo. Galinheiros hoje é proibido. Tem gente que cria pombo nos quintais, tem gente que tem galinha de estimação, que se tirar a pessoa fica doente. Nossa função é orientar sobre o risco. Quem tem o poder mesmo de tirar é a vigilância sanitária.

Ponto 14. Qual é a forma de registro que você (o agente), faz?

O agente de endemias tem um formulário chamado RG. Ele tem todos os imóveis da quadra, residências, comercio, lotes baldios. Dados sobre quantas pessoas ou cães há na residência. Para reincidência há um bloco de notificação para deixar o morador ciente do risco. Esse formulário é enviado para a vigilância. Sempre a vigilância em e orienta e da um prazo. Caso eles não cumpram as pessoas são passíveis de multa. Ano passado uma ação da vigilância foi realizada multando pessoas com galinheiros clandestinos.

Ponto 15. Já soube de algum caso onde as pessoas foram notificadas e se recusam entregar o animal?

Eu sempre tento passar para a população. O pior não é a galinha ou o cão. O animal é só mais uma vítima. Em 2009 eu trabalhei no bairro o São João e teve um caso de uma senhora que o cachorro dela deu positivo e ela não entregava de jeito nenhum. Foi até para a justiça. Ela ganhou a causa pois a justiça não obriga o dono a entregar.

Outra coisa é que quando você tá batendo muito na mesma tecla o morador não deixa mais você entrar. Quando você insiste, ele não deixa mais entrar.

Ponto 16. Essas resistências te causam algum desconforto?

Demais. Esses dias agente trabalhando no Itapuã, era umas nove horas. As meninas forma bater em uma porta lá e saiu um rapaz xingando. Elas tiveram a sensação de que ele ia bater nelas. Isso é caso de polícia, agressão ao agente público. Eu entregaria caso o meu cão fosse diagnosticado. E a questão não é só você está no risco de pegar o filho do vizinho e ir passando, crianças com imunidade baixa.

Ponto 17. Qual idade é mais susceptível a ser acometida pela doença?

Ano passado tiveram casos onde pessoas de diversas idades foram diagnosticadas crianças, pessoas com trinta e poucos, cinquenta anos. Não importa. Sempre quem tá com a imunidade mais baixa tem risco. Quem chegou a óbito já tinha outra doença pois estava mais vulnerável.

Ponto 18. O que você acha dela estar estudando isso?

Importante. Ela vai levar mais informação. Eu queria fazer algo a respeito do trabalho mesmo dos agentes, para dar mais importância. Às vezes não tem tanta importância do que há. Os agentes salvam mais vidas do que os próprios médicos. Com a orientação de vocês as pessoas se livram da contaminação das endemias como calazar, doença de chagas.

Ponto 19. Existe algum trabalho nas escolas?

Sim. No CCZ há uma equipe de educação e saúde que faz fantoche, teatro humano nas escolas também. Empresas tanto com crianças quanto com adultos. A coordenadora é agente de epidemia e também pedagoga. Quanto tem mutirão em Araguaína elas deixam a tenda e fazem orientação para moradores do bairro.

Ponto 20. O que são esses mutirões?

Práticas de limpeza, recolhimento de lixo, aramam a tenda e fazem orientação para os moradores do bairro. Ex: Mutirão de limpeza com a secretaria da infraestrutura, verificar se tem focos, pedir para as pessoas botarem os entulhos para fora, o pessoal vem fazendo limpeza. Armar uma tenda e oferecer serviços como higiene bucal. É uma ação conjunta.

Aqui já participei de duas ações com exercício em um mutirão de limpeza. É bom? Sim. Mas ao mesmo tempo o pessoal fica mal acostumado. Um prefeito antigo fazia com o objetivo para agente pegar mesmo, catar lixo, inclusive esses dias fui pegar uma sacola estava cheia de “merda”. Não é nosso trabalho e não vai resolver pois na semana seguinte está tudo sujo novamente.

O que temos que focar mesmo é a orientação.

Ponto 21. Vocês usam as redes sociais para informar as pessoas?

Não. Nós mesmos usamos nossas redes sociais para informar alguma coisa. Quase toda semana o CCZ está em um canal. Mas seria importante. Vou até falar com o coordenador para que as pessoas postem, façam denúncias etc. No CCZ chegam muitas denúncias. Busca por focos, fossas abertas etc.

Casas abandonadas que não mora ninguém, terrenos abandonados. São dificuldades que encontramos.

Os agentes de endemias a maioria tem formação e falam a mesma linguagem. Deveria ser dado mais destaque sobre a importância do nosso trabalho. O agente de saúde parece não ser muito visto. Os dados lá na frente aparecem mas isso só ocorre por conta dos agentes de saúde.

Recentemente vários agentes foram demitidos (contratados). Acabou que no período mais crítico não tem um efetivo de agentes exatamente na época de maior volume de chuva.

APÊNDICE 4 – ENTREVISTA ORAL COM ADELÇO: PACIENTE QUE TEVE LV

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CÂMPUS ARAGUAÍNA-TO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS DE CULTURA E
TERRITÓRIO

Entrevistador: Como e quando tudo começou?

Entrevistado: Em 2016 entrei na faculdade e foi depois do terceiro período que comecei a sentir os sintomas, febre constate, febre com horários marcados, mais ou menos com ciclos de 2 a três dias ela mudava. Não necessitava tomar medicamento, já era de praxe aparecer e sumir. Febre com calafrios. Eu ainda estava na faculdade, nem dava importância para o que tava acontecendo. O tempo foi passando comecei a perceber que eu estava perdendo peso, estava ficando muito amarela, pensei que estava com algo muito ruim, ainda não dei importância ao caso. Me automedicava. Foi passando começou a piorar mais ainda febre só aumentava. Comecei a ouvir sobre o surto da dengue, e outras doenças relacionadas, foi quando eu mesma resolvi ir no HDT. Primeiramente lá ainda era administrado pelo estado, fiz todo tipo de exames, cheguei a ser diagnosticado com Tuberculose, me passaram um monte de medicamentos, que até então era pra começa a tomar no outro dia.

Quando amanheceu recebi uma ligação me dizendo para não tomar os medicamentos, que era para devolver, fui e devolvi. Marcaram uma outra consulta com infectologista, mais ainda não sabia o que eu tinha me mandaram de volta para casa. Passei ainda um mês em casa, depois não dei conta voltei para o HDT. Quando cheguei a médica ainda não sabia o que de fato eu tinha, mais entraram com a medicação (Penicilina), passei 1 mês e pouco internada, tomei 28 seções, me deram alta para fazer o restante do medicamento em casa ia somente pela manhã tomar o medicamento no HDT.

Fiz tudo durante 6 meses direitinho, parecia tudo normal, mas tive uma recaída, foi onde voltei novamente para o HDT. Foi agora esse ano, tem somente 1 mês e 15 dias que sair do hospital. Para ter a certeza de tudo, fiz um exame e dei positivo, a gente sabe que uma vez que temos não tem cura. Quando eu tava internada mudaram minha medicação para uma mais forte e menos agressiva para o meu corpo. Da primeira vez que fui tava pesando 30 quilos, agora o peso aumentou, atualmente estou com 40 e poucos quilos. Pude notar a diferença da medicação no meu corpo, também e muito cara, são pouca pessoas que consegue o tratamento pelo SUS, mas sabemos que é fornecida pelo SUS. De acordo com que ouvir falar, não querem aderir a esses programa que fornece medicamentos caros, que tem que pagar ao paciente.

Entrevistadora: Agora perguntando sobre você um pouco mais. Quantos anos você tem? Sempre morou em Araguaína? Me conte um pouco da sua história.

Entrevistado: Tenho 36 anos e tem 20 anos que moro em aqui antes morava em Alta Mira, no Pará.

Entrevistadora: Vocês moravam em casa, ou no campo? Vocês sempre gostaram de árvores, plantas, criavam animais domésticos?

Entrevistado: Moravam em casa mesmo, tenho sim cachorro.

Entrevistadora: Qual sua profissão hoje?

Entrevistado: Sou Técnico de Enfermagem.

Entrevistadora: Chegou a concluir o curso de geografia?

Entrevistado: Sim

Entrevistadora: Os agentes de Epidemia eles vem com frequência fazendo a visita da área da casa como de costume?

Entrevistado: Vem. A do Calazar veio agora depois que adoeci.

Entrevistadora: acharam foco da doença aqui?

Entrevistado: Não! Depois que eu adoeci, provavelmente lá no HDT tem a vigilância, somente depois que eu passei por lá que vieram dedetizar minha casa. Também o CCZ entraram em contato comigo, como se somente naquele momento fizeram questão do meu caso.

Entrevistadora: O que você acha que poderiam fazer para melhorar esse sistema?

Entrevistado: O que eu falo é o seguinte, comunicação entre as redes.

Entrevistadora: O que você acha que Araguaína deveria fazer com esse alto índice de LV?

Entrevistado: É como eu te falei da prevenção, vai das duas partes do poder e da sociedade. O poder faz a parte da orientação, se o poder faz o trabalho de orientar, a comunidade faria a parte.

Entrevistadora: Você fala divulgar com mais clareza enfatizar, porque aí a sociedade iria se manifestar mais.

Entrevistado: Falta de informação não é, o que falta são mais ações específicas. É muito difícil ver uma ação aqui, vejo quando é o dia D, da vacinação, mais você não ver a CCZ indo em bairros para falar sobre. Vimos mais da Dengue.

JÁ que não querem fazer uma propaganda, mais garante que seria bom fazer uma ação no sábado ou domingo, garanto que teria mais resultados e menos gastos.

Entrevistadora: Quando entrei na sua casa senti o clima do interior, aqui é bem fresco, muitas árvores, plantas, animais. Sempre gostou de plantas?

Entrevistado: Planto porque eu gosto, na minha infância mamãe fazia também.

Entrevistadora: Mais tudo isso requer um cuidado, quando cheguei você estava reclamando das folhas, sempre varre mais tem folhas, e em época de manga fica muita manga no chão?

Entrevistado: Fica não, porque os vizinhos pega tudo.

Entrevistadora: Nesse caso você sabe como funciona e sempre tem um quintal limpo. Mais hoje tem muita gente que não tem essa consciência de manter limpo.

Entrevistadora: Se seus animais forem diagnosticados com a LV você entrega eles para o CCZ?

Entrevistado: Eu entreguei minha cachorra porque ela estava doente. Final de 2016

Entrevistadora: O que você acha da minha pesquisa?

Entrevistado: Acho de suma importância, desde que não se torne somente uma pesquisa, só um método teórico.

Entrevistado: Que use sua pesquisa como meio de disseminar conhecimento em relação ao tema, falar e orientar. Fazer essa sua ideia sair do papel. Quero que se torne uma ferramenta para a sociedade e o poder Público.

Entrevistadora: Essa é uma ideia que quero que vire um projeto, levar o conhecimento a sociedade, passar o assunto as outras pessoas.

Entrevistadora: Na sua pesquisa que você fez na UFT sobre a LV, porque escolheu o loteamento São Francisco?

Entrevistado: Porque aqui praticamente aqui em 86 era uma chácara e fazenda, com o tempo foi mudando, e tendo ocupações.

Entrevistadora: De acordo com o que você me falou que aqui era fazenda, loteamento, explica porque Araguaína tem um grande caso de Leishmaniose?

Entrevistado: Se o Poder estivesse se preocupado com o saneamento básico poderia ter diminuído o índice dessa doença. O crescimento rápido e desordenado contribui também pra isso. A falta de controle de nascimento de animais também.

**APÊNDICE 5 – ENTREVISTA ORAL COM MEIRE: MÃE DA EMILY, DE 11 ANOS,
QUE TEVE LV**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CÂMPUS ARAGUAÍNA-TO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS DE CULTURA E
TERRITÓRIO

ENTREVISTADA COMEÇA RELATANDO O QUE ACONTECEU COM SUA FILHA DE 11 ANOS:

O quadro de febre teve início em 6 de março e em seguida ela começou a sentir muitas dores no corpo, mas foi se agravar mesmo por volta de abril quando a febre tornou-se contínua, a dipirona tem que dar de seis em seis horas, você dava e com quatro horas tinha que dar novamente porque a febre já estava bem alta, assim quando fui na UBS o médico me passou vários exames e disse que se tivesse condição fizesse particular porque demoraria muito pelo SUS e ela estava bastante debilitada, perdendo peso rapidamente e não estava mais se alimentando, então fui na pop clínica fazer os exames e meu esposo falou para que eu pagasse a consulta com o doutor Frederico e se for necessário fazer todos esses tipos de exames que o doutor Alexandre passou você já faz, mas o doutor nem fez o pedido, os mesmos exames que o do postinho passou aqui ele já passou, como estávamos lá e ela estava muito debilitada ele apalpou essa parte abdominal dela que estava com o baço estendido o fígado estendido e ela muito debilitada, o doutor só fez um ofício, tipo um encaminhamento mas não me deu garantia de ser atendida no HDT por ser particular, mas Deus é tão bom que fui de lá de onde estava direto para clínica e lá fiquei, então as plaquetas dela estavam baixas, pele muito amarelada e o quadro clínico em si era calazar, então foi feito os primeiros exames, das plaquetas que estava baixa, pele amarelada, baço estendido e rins estendido, então eles já fizeram o encaminhamento pra ela ficar internada pra ajudar, o teste do calaza porque ele não sai assim rápido bem quando faz teste assim na maioria das vezes da negativo e chega a da positivo quando o estado está bem avançado, geralmente envolve ter mais quadro de morte por isso. É porque a levei na UPA e me passaram sabem o que? Que o sintoma dela era virose, passaram remédio para estilação do nariz, dizendo e a menina estava era com gripe. Se fosse pela UPA como ela estaria? O Dr. Alexandre aqui do postinho passou os exames certo, mesmo exames passados pelo Dr. Frederico. O caso dela foi tão grave que ela chegou a tomar uma vitamina K, para evitar sangramento interno, chegou a tomar por 5 dias para evitar essa hemorragia interna, então nos passamos até o mês de maio inteiro internada. Mesmo de alta ainda sente muita fraqueza, queda de cabelo, um dia esta de boa, outro com mal estar, sente dores. Agora ela desenvolveu a Toxoplasmose, fez os exames e deu positivo, anda com a imunidade muito baixa.

Entrevistadora: Onde você mora? Como é seu setor?

Entrevistada: Moro no parque Bom Viver, lá é muito epidemia de Leishmaniose, já teve muitas mortes por calazar, por não descobrir a tempo, esse negócio de ficar indo na UPA e para eles tudo é virose e quando vai para o HDT já passou. Quando não acusa no sangue o certo é fazer o teste da medula óssea que acusa, quando isso vai acontecer a doença já esta avançada, fígado e baço todo comprometido.

Entrevistadora: Me conta como é sua casa?

Entrevistada: Minha casa é murada, tinha muitas árvores, até então eu não sabia que esses mosquitos gostavam de ambiente enxuto de frieza, tinha muitas árvores de manga, caju, pequi, hingá. Aí o CCZ foi mais o Biólogo, veterinário. Eu tenho pé de cana e não sabia que tinha que ficar tirando as palhas seca dela, também não pode ficar juntando e colocando fogo delas. Eu tinha um buraco lá no quinta e colocava essas palhas secas e colocava fogo nelas, mas ali naquele buraco, o CCZ me mostrou o que ficava no fundo do buraco, tinha muito inseto, barata em baixo das folhas. Ai o CCZ me orientou a podar os pé de cana, o pé de manga nos cortamos, Ingá cortei, o de pequi também, mas isso foi para o bem de todos. Eu também aproveitava a segunda água da máquina, porquê água esta cara de mais, para lavar a casa, mas eles o CCZ acharam melhor eu fazer uma caixinha tipo sumidor, porque a onde a água da máquina caía era onde ficava a raiz do pé de ingá e os mosquitos se esconde nesses lugares úmidos. Eles colocaram a rede e pegaram muitos mosquitos, pegaram muitos mosquitos transmissor do calazar, são muitos pequenos. Eu não sabia dessas informações e hoje eu procuro fazer tudo que eles me orientaram.

Eu tenho dois cachorro e ela pegou esse calazar foi em casa, levei eles na UFT e lá faz exames também, só que deu negativo, mas depois que o veterinário foi lá em casa que me explicou, que assim como é na pessoa é no animal, o exame pode dar negativo, mas o cachorro tinha feridas na boca, nas patinhas dele, o cachorro acabou indo a óbito pela doença mesmo, antes de sair o exame que o CCZ fez, o teste deles lá. Agora o BOB não tem. Só o outro mesmo.

Entrevistadora: Me conta um pouco da sua vida, onde nasceu, onde morou até hoje?

Entrevistada: Eu nasci na fazenda Santa Luzia e logo criança vim para Araguaína e moro até hoje. Na minha casa aqui eu criava galinha, pato, só que hoje eu tenho consciência que não pode, mas antes eu não sabia. Sou muito consciente e hoje tento passar informações para as pessoas também. Olha eu não sabia a importância da alimentação, você só passa a saber depois que adocece, minha alimentação era muito errada, com frituras, doces, refrigerantes, sucos de saquinhos. Hoje tirei tudo isso, aprendi muita coisa e nossa alimentação está bem melhor. Tempo passar essa informação para minha família mas ta difícil, só sentindo na pele para passar a dar importância.

Eu perguntei para o CCZ se teria que acabar com minha plantação de cana cainã e eles falaram que não, que era só ter o cuidado de ficar limpando. Outra coisa que aprendi, as 6 horas da tarde evitar ficar no terreiro, do lado de fora, pois é a hora que o hospedeiro sai para se alimentar, que é a fêmea, a fêmea que se alimenta, a tela nas janelas de 3mm também já providencie, não fico sem.

Entrevistadora: O que você achou do trabalho do CCZ? Foram eficazes? Rápidos?

Entrevistada: Foram rápido! Não demorou. Assim que o hospital notificou eles entraram em contato comigo, não demorou em 3 dias depois que minha filha saiu do hospital, no quarto dia colocaram a rede para coletar o mosquito. São muito atenciosos, veio biólogo, veterinário, dois assistentes deles, então assim: eles me ensinaram muitas coisas que eu não sabia.

Entrevistadora: Antes da sua filha ter a doença o CCZ havia vindo aqui te dar alguma orientação de como evitar a doença?

Entrevistada: Não! Nunca vieram aqui antes. Teve que acontecer para virem aqui.

Entrevistada: É muito importante a população se conscientizar, porque é muito lixo jogado em lotes baldios e esse lixo e foco para eles. Então assim, onde eu moro é uma rua muito parada, as vezes o carro de lixo só passa na rua principal, então que mora nas ruas mais afastadas, não leva seu lixo ate o lugar adequado para coleta, joga em lotes baldios, inclusive esses lotes foram limpos após o caso da minha filha, depois que ela adoceceu que nos moradores limpamos esses lotes. Mas lá foram encontrados muitos focos e pneus.

Hoje me encontro desempregada, só cuidando da minha filha, moramos nos três em casa e somente meu esposo que trabalha.

Entrevistadora: O que você tem a dizer sobre a UPA?

Entrevistada: O postinho foi essencial no atendimento da minha filha, na UPA só vou porque no caso de febre muito alta e a noite ai tenho que ir para lá. Mas o essencial de atendimento foi aqui, lá fálhou muito. O HTD o atendimento foi tão bom que eu fiquei em um estado muito debilitada que tive amparo com serviço social, psicólogo para que me atendesse, pois estava com o emocional muito abalado, sem dormir e ver sua filha em um estado tão debilitada não é fácil e isso porquê descobrimos no início. Pra mim eficiente foi postinho e HDT. Minha filha com 30 dias de febre e a UPA diagnostica como virose e quadro de nariz escorrendo.

Entrevistadora: o que você acha que deveria ser feito para melhorar esse atendimento?

Entrevistada: Na minha opinião eu acho que na UPA os que estão lá, eles sabem, só que já ficou pouco caso, não tem amor, não estão lá por prazer e sim por condição financeira, poderiam ter mais atenção, olha o paciente com mais calma e atenção, fazer algo mais aprofundado.

Entrevistadora: E do poder público?

Entrevistada: Eles deveriam mais rígidos com esse médicos nos hospitais, essa demora por conta dele.

Aqui no meu setor uma jovem de 12 a 13 anos morreu por conta do calazar. Ela ficava indo na UPA e sendo diagnosticada como virose, quando descobriu já estava muito avançado e ela morreu.

Entrevistadora: Como é o convívio de vocês com os animais, os cachorro de estimação?

Entrevistada: Somos muito apegados, entram em casa, deitam na área, é como membro da família, tem que ter cuidado, levar mais no veterinário. Pra mim é como se fosse um ser humano. Agora eu fiquei mais cuidadosa.

Entrevistadora: Você disse que ele morreu por causa da doença, mas você entregaria ele para ser sacrificado?

Entrevistada: Haa não! Iria fazer contra teste. Esse cachorro nosso é da idade da minha filha, não sei se entregaria não, o outro quando morreu nos choramos muito. Mas quando ele chegar a falecer de velhice que não quero mais animal. Agente sofre de mais.

Entrevistadora: Você acha que os profissionais de saúde de Araguaína estão preparados para o diagnostico e tratamento da Leishmaniose?

Entrevistada: no HDT estão sim, na UPA não! Mas no HDT todos os profissionais, começando pelo hospital dia, não tenho o que reclamar, do carinho e atendimento. Sempre com horário marcado, tudo certinho, atendimento muito bom, remédio do SUS também, não gastei com nada.

Quando meus vizinhos ficaram sabendo eu vi mais a mobilidade de limpar o quintal, as pessoas quando ficaram sabendo passaram a ter mais cuidados, na rua que eu moro estão tendo mais cuidados, estão limpando suas portas, os quintais baldios não tem mais lixo, o pessoal me perguntava as coisas e eu passava as informações que aprendi. As pessoas não tem informação.

**APÊNDICE 6 – ENTREVISTA ORAL COM EZIO: DONO DE CÃES
DIAGNOSTICADOS COM LV**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CÂMPUS ARAGUAÍNA-TO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS DE CULTURA E
TERRITÓRIO

PONTO 1: ENTREVISTADORA: Senhor Ezio me conte um pouco sobre sua infância

ENTREVISTADO: Eu desde pequeno fui criado na roça, meu pai sempre criador de muitos animais, criado na roça. Eu vendia frutas no mercado, engraxava sapatos na rua, desde de pequeno meu pai sempre ensinou a gente a trabalhar, eu muito pequeno já trabalhava. Eu vim para cidade já com os 17 anos, mais logo fui para Brasília servir a Aeronáutica, mas sempre gostei de roça. Tem 40 anos que eu moro em Araguaína.

PONTO 2: ENTREVISTADORA: Quando você veio para cidade você continuou com os mesmo costume da roça, criava animais?

ENTREVISTADO: Sim! Eu morava em residência mesmo, mas sempre tendo o contato com animais, como galinha cachorro. Logo me tornei caminhoneiro e viajava muito.

PONTO 3: ENTREVISTADORA: O senhor tem animais de estimação da sua casa?

ENTREVISTADO: Eu tenho ainda animais de estimação como cachorro e gato, só não crio mais galinhas em casa.

PONTO 4: ENTREVISTADORA: Porque você não cria mais galinhas em casa?

ENTREVISTADO: Devido os problemas das doenças que esta tendo, fui alertado que atraí muitos mosquitos responsáveis por doenças. Esses mosquitos são atraídos pelas fezes da galinha.

PONTO 5: ENTREVISTADORA: Como é seu relacionamento com seus animais de estimação?

ENTREVISTADO: Rapaz meus cachorros parecem gente, dorme é no quarto, gato também dorme dentro de casa.

PONTO 6: ENTREVISTADORA: Como é seu cuidado com eles? Leva para vacinar?

ENTREVISTADO: Sim! Cuido, levo em toda campanha de vacina, se adoecer eu levo no veterinário e só comem ração.

PONTO 7: ENTREVISTADORA: Aquela vacina do Calazar, ela não tem na rede pública, o senhor já deu para os seus cachorros.

ENTREVISTADO: Já dei sim, mais eu já tive que sacrificar dois dos meus cachorros.

PONTO 8: ENTREVISTADORA: Mais como foi, você que levou os animais ou vieram notificar?

ENTREVISTADO: Eu desconfiei que estava com a doença quando apareceram alguns sintomas, como por exemplo tristeza, descascar o nariz, crescer as unhas e remelar os olhos. Ai levei uma veterinária la em casa ela colheu o sangue, e deu negativo, mesmo assim fiz mais exames até descobrir ai já deixei eles la na clínica mesmo para ser sacrificado.

PONTO 9: ENTREVISTADORA: Já criou outro tipo de animal em sua casa?

ENTREVISTADO: Já sim, galinhas.

PONTO 10: ENTREVISTADORA: O senhor já ouviu falar a doença Leishmaniose Visceral? O que sabe sobre ela?

ENTREVISTADO: Eu entendo que é uma doença perigosa, transmitido através do mosquito, transmite para o ser humano. Acredito que Araguaína tem um grande foco dessa doença devido água empossada e outras coisas