

Virgínia Teixeira do Carmo

Representação da Leishmaniose Visceral Americana por médicos veterinários do serviço público e privado de Belo Horizonte – MG.

Dissertação apresentada à Escola de Veterinária da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Veterinária

Área: Epidemiologia

Orientadora: Profª Celina Maria Modena

Belo Horizonte
Escola de Veterinária – UFMG
2002

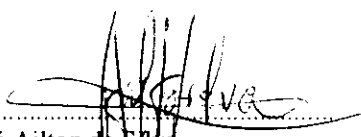
C287r Carmo, Virgínia Teixeira do, 1976-
2002 Representação da Leishmaniose Visceral Americana por
médicos veterinários do serviço público e privado de Belo
Horizonte- MG./ Virgínia Teixeira do Carmo. -Belo Horizonte:
UFMG-Escola de Veterinária, 2002.
68p.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas
Gerais, Escola de Veterinária
1. Leishmaniose visceral americana – Controle – Teses.
2. Leishmaniose visceral americana – Tratamento – Teses.
3. Epidemiologia – Teses. I. Título.


CDD – 616.936 4


Dissertação defendida e aprovada em 26/02/02, pela Comissão Examinadora constituída por:


.....
Prof. Celina Maria Modena


.....
Prof. Romário Cerqueira Leite


.....
Prof. José Ailton da Silva


.....
Prof. Paula Dias Bevilacqua


.....
Prof. Reginaldo Peçanha Brazil

"Quando o Senhor restaurou a sorte de Sião, ficamos como quem sonha.

Então a nossa boca se encheu de riso e a nossa língua de louvor, então as nações dizia: Grandes coisas o Senhor tem feito por nós, por isso estamos alegres.

Restaura, Senhor, a nossa sorte, como as torrentes no Neguebe.

Os que com lágrimas semeiam com júbilo ceifarão.

Quem sai andando e chorando enquanto semeia, voltará com júbilo trazendo seus feixes".

Salmos 126

Aos meus pais pelo amor e exemplo, DEDICO

AGRADECIMENTOS

Ao Senhor Jesus, o verdadeiro Mestre, amado da minha alma, por ter me dado a vida em abundância, e que nos momentos difíceis tem feito cumprir a promessa: "Os que esperam no Senhor, renovarão as suas forças ..." Senhor, sem Ti, eu certamente não estaria aqui...."

A professora Celina, que desde a iniciação científica tem me proporcionado a oportunidade de trabalho. Obrigada, pelos incentivos constantes, pela orientação segura, pelos ensinamentos e por acreditar no meu potencial !

Aos meus pais pelo grande exemplo de vida. Pai, você é um homem valente! Sua perseverança, segurança e determinação tem me ensinado a viver. Mãe, sua disposição, companheirismo e alegria com que faz a sua arte, me dá grandes lições! A você pai, a você mãe, que me proporcionaram a vida, o aprendizado, os recursos, o respeito, o amor, eu devo esta caminhada! Amo vocês !

A minha irmã Paula, pelo exemplo, amizade, lealdade. Com você aprendi muito, coisas que jamais uma escola poderá me ensinar Amo você!

A meu irmão Ricardo e a minha cunhada Cláudia, pelo carinho e por ter aumentado a nossa família com duas pérolas: Abel e Mylena, que só nos trazem alegrias ... Amo vocês !

A minhas amadas e queridas cachorrinhas Charlene e a minha "branquinha" Charlô, pela presença sempre carinhosa!

Aos meus familiares, minha avó, Maria, meus tios, tias, primos e primas, pela certeza de que tenho vocês.

Ao Alcione, pelo carinho, compreensão, paciência, pelo estímulo constante, pelas palavras de ânimo que nos momentos mais difíceis me fizeram enxergar o lado bom da situação, me levando a olhar para o alto, dependendo totalmente de Deus. Como é bom ter você comigo, você é muito especial para mim, tá?

A preciosa família Emerich, Sr. Darci, Margareth, Junior, Ley e Abelzinho, pelo carinho e amizade; aos "baixinhos" Biliquinho e Ico, e em especial a D. Beth, que com amor, orações e palavras, me incentivou a lutar e a não desistir nunca dos sonhos de Deus para mim !

As minhas amigas, sempre amigas, Taninha, Lenira, Mirtes e Darcy. Quem tem vocês nunca estará sozinha

Ao Pr. Jonas e família, em especial a Solange, Aline e Leo, que sempre me incentivaram, compartilhando os momentos de dificuldades e vitórias!

As amigas Luciana Verly e Juliana Verly, uma perfeita harmonia do português – inglês, que não só me ajudaram nas correções e traduções, mas me demonstraram o carinho que existe numa fiel amizade! Lú e Jú, muito obrigada, pela atenção, sensibilidade e disposição que tiveram ao me ajudar! Vocês são feras !

A amiga Zuleika Person, pela amizade, oportunidade e ensinamentos valiosos que vão muito além da clínica...

A minha família que se reúne na Igreja Batista da Lagoinha, aos pastores e aos amigos que tem me sustentado com o ensino da palavra de Deus e com a comunhão. Em especial aos amigos Pr. Léozão, Dulcelina e Helcinho.

Ao Colégio Cristão de Belo Horizonte, que me deu a oportunidade de trabalhar, confiando na minha capacidade e disposição para aprender! Obrigada pela grande família que aí conquistei, formada pela direção, supervisão, funcionários, professores e aos queridos alunos com os quais, mais aprendi do que ensinei....

Ao professor Romário Cerqueira Leite, pelo incentivo, conselhos e pela colaboração que enriqueceu este trabalho.

Ao professor Rômulo Cerqueira Leite, pelos valiosos conselhos que jamais serão esquecidos.

A professora Bernadete Campello (Escola de Ciência da Informação) cuja sensibilidade e compreensão, permitiu que esse trabalho fosse concluído.

A professora Adriane da Costa Val, pelo carinho e disposição em ajudar.

Aos professores da banca, Romário Cerqueira Leite, José Ailton da Silva, Paula Dias Bevilacqua e Reginaldo Brazil. Obrigada pela cooperação, orientação e sugestões para a finalização deste trabalho.

Ao professor Nelson Rodrigo, pela humildade, atenção e disposição em ajudar !

Aos amigos da pós- graduação, pela amizade, troca de idéias e que apesar das chegadas e partidas, marcaram este período com uma agradável convivência .A vocês: Santa Rosa, Isabel, Iram, Paula, Maria José, Valéria, Simone, Augusto, Flávia, Érica, Carol, Clara, Daniel, Marcos, Luís e em especial ao Hélio, que tanto contribui com seus conhecimentos e preciosos conselhos Muito Obrigado !

Aos professores e colegas que se dispuseram em falar suas verdades e fizeram parte deste trabalho.

A todos os funcionários do DMVP e do colegiado de Pós- Graduação (Nildinha e Fátima) pelos serviços prestados, atenção e amizade, em especial a Nádia, que sempre está disposta a ajudar com sua alegria e otimismo!

A CAPES pelo suporte financeiro.

SUMÁRIO

	Pág.
RESUMO.....	11
ABSTRACT.....	11
1. INTRODUÇÃO	13
2. LITERATURA CONSULTADA.....	14
2.1 Histórico, ocorrência e distribuição da LVA.....	14
2.2 Grupos acometidos pela LVA.....	15
2.3 Aspectos epidemiológicos	16
2.3.1 Agente etiológico.....	16
2.3.2 Hospedeiro.....	16
2.3.3 Vetor.....	17
2.3.4 Ciclos da LVA.....	18
2.4 Urbanização	18
2.5 Leishmaniose Canina	20
2.6 Diagnóstico	21
2.7 Controle.....	23
2.7.1 Calazar humano: Identificação e tratamento.....	24
2.7.2 Sacrifício dos cães	24
2.7.3 Tratamento canino.....	26
2.7.4 Controle do vetor.....	27
2.7.5 Controle cultural	28
2.8 A pesquisa qualitativa em Epidemiologia e Medicina Veterinária	29
3. METODOLOGIA.....	31
3.1 Referencial Teórico.....	31
3.2 Referencial Metodológico.....	32
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
4.1 Leishmaniose Visceral Americana: uma zoonose reemergente e expressiva	35
4.2 A domesticação e representação do cão.....	35
4.3 A introdução da epidemia em Belo Horizonte e a atuação do serviço público.....	39
4.4 Sacrifício dos cães: uma norma ou um antigo caminho?	43
4.5 O abandono do sacrifício e a implantação do tratamento	46
4.6 Tratamento canino.....	50
4.6.1 Tratamento canino: veterinários versus veterinários	51
4.6.2 Tratamento canino: uma questão econômica	53
4.6.3 Aspectos éticos do tratamento	56
4.7 O compromisso do médico veterinário com a saúde pública	59
4.7.1 Veterinário: fonte de informação	60
5. CONCLUSÕES	63
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64

RESUMO

A leishmaniose visceral é uma zoonose que se encontra em franca expansão no município de Belo Horizonte. Desde a introdução desta zoonose, as estratégias de controle vem sendo discutidas não resultando na implantação de um programa efetivo de combate. Os segmentos profissionais públicos e privados têm diferentes visões sobre a intervenção nesta endemia. Foi objetivo deste trabalho conhecer a representação social dos clínicos dos profissionais veterinários ligados a clínica veterinária de pequenos animais, a docência e ao setor público de zoonoses, quanto a medidas de controle, tratamento e aspectos sociais que permeiam a leishmaniose canina. Utilizou-se como referencial teórico a Representação Social que consiste na verbalização das concepções que o indivíduo tem do mundo que o cerca, onde detecta-se conhecimentos, valores, ideologias e contradições, aspectos fundamentais para a compreensão da determinação do processo saúde-doença. Realizou-se entrevistas semi-estruturadas que foram analisadas pelo método de análise de conteúdo. Observou-se que há representações diferenciadas do segmento público e privado quanto as estratégias de controle. Os profissionais ligados a saúde coletiva indicam e realizam o sacrifício do cão, reconhecendo a importância da eutanásia no controle efetivo da endemia. Para os profissionais da clínica privada, o tratamento canino tornou-se uma medida viável para o controle dos cães assintomáticos, ainda que permaneçam na condição de reservatório da doença. Enquanto os profissionais do serviço público priorizam de forma conjunta o controle do reservatório e do vetor, os profissionais da clínica privada enfatizam o combate ao vetor. Concluiu-se que não há uma uniformidade quanto a representação de aspectos do modelo epidemiológico, da Leishmaniose Visceral Americana. Alguns profissionais privilegiam a vertente da saúde coletiva enquanto outros valorizam o animal como paciente.

Palavras chaves: leishmaniose visceral, representação social, epidemiologia, controle.

ABSTRACT

Visceral Leishmaniasis is a zoonosis, which is in great expansion in the city of Belo Horizonte. Since this zoonosis was introduced, the strategies of control have been discussed, although not resulting in an effective combat program implantation. The private and public professional segments have different points of view about the intervention in this endemicity. The main objective of this work was to know the social representation of the veterinary professionals connected to the small animals clinic, to the academy and of the public health sector, concerning control measures, treatments and social aspects in which canine leishmaniasis occurs. It was utilized the Social Representation as theoretical reference, which consists on the verbalization of the conception that the individual has about the world and in which can be detected knowledge, values, ideologies and contradictions – fundamental aspects to the determination of comprehension of the health-illness process. Semi-structured open interviews were analyzed through the content analysis method for the execution of this work. It was also observed that there were distinguished representations in the public and private segments concerning the control strategies. The professionals connected to the collective health area indicate and perform dog sacrifice, recognizing euthanasia importance on the effective control. For the professionals from private clinic, canine treatment has become a viable measure for the asymptomatic dog control, even if these dogs remain in the condition of reservoir. While the professionals from public area give priority to the vector and reservoir control, those professionals from the private clinic give emphasis on the combat of the vector. Therefore, it was concluded that there is not a uniformity related to the epidemiological model representation, intervention strategies or the canine Kala-azar treatment. Some professionals privilege the collective health discussion, while others value the animal as a patient.

Key words: visceral leishmaniasis, social representations, epidemiology, control

1- INTRODUÇÃO

A Leishmaniose visceral americana (LVA) é considerada no Brasil uma zoonose formalmente restrita às áreas rurais e periurbanas. Com a emergência de focos da doença em áreas urbanas, a leishmaniose visceral assumiu um importante papel em saúde pública.

Em Belo Horizonte, a leishmaniose visceral (LVA) ou calazar, encontra-se amplamente distribuída. Desde a sua introdução, observa-se a expansão da doença principalmente nas áreas periurbanas. Este comportamento reflete o perfil desta endemia no Brasil onde a crescente urbanização e o êxodo rural, a pauperização da população em razão da má distribuição de renda contribui para o aparecimento de novos focos. Segundo Sabroza et al. (1995), há uma articulação subordinada do campo com o circuito inferior urbano, criando novas possibilidades para os parasitos. A adaptação destes aos ambientes modificados aumenta muito sua capacidade de transmissão e permite que surjam vários padrões epidemiológicos.

Verifica-se, neste sentido, um processo de transição epidemiológica com as transferências de perfis de morbimortalidade característicos do meio rural para o ambiente urbano. Todas essas condições de transformação resultam em modificações no perfil de morbidade acarretando o aparecimento de novas doenças e agravos a saúde e a alteração no comportamento epidemiológico de antigas doenças, tornando mais complexo o quadro sanitário (Barata, 1997).

Em Belo Horizonte, desde os primeiros diagnósticos do calazar canino, o desenvolvimento e implantação de estratégias de controle sempre foi marcado por um embate entre o público e o privado, entre os profissionais da saúde pública e os profissionais da clínica de pequenos animais. Bevilacqua (1999), estudando a construção social da epidemia em Belo Horizonte, concluiu que o discurso proferido pelos profissionais do serviço público

revelou-se eminentemente técnico e a representação do animal de estimação resume-se como reservatório dessa zoonose e como tal deve ser sacrificado. Para os profissionais das clínicas de pequenos animais, o cão é percebido como paciente, determinando uma percepção econômica do animal de estimação. Bevilacqua (1999) analisou o discurso mediático veiculado em matérias jornalísticas publicadas na grande imprensa e na imprensa especializada durante o período de 1993 a 1996. Desde este período houve uma intensificação da polarização destes dois segmentos profissionais no tocante ao controle do calazar. Dentre as novas estratégias propostas, pode-se destacar a discussão da legalização do tratamento e a não obrigatoriedade do sacrifício, dentre outras ações.

A maioria dos estudos sobre leishmaniose afirma que para o desenvolvimento de estratégias de controle que envolvam diferentes atores sociais deve-se conhecer a representação que estes atores têm do fenômeno. O estudo das Representações Sociais em Epidemiologia tem demonstrado que este referencial teórico permite analisar a idéia do discurso enquanto prática. Nesse sentido, a Epidemiologia deve ser capaz de considerar "a existência de indivíduos concretos que vivenciam, de forma um tanto quanto particular, situações sociais que lhe são dadas e que interpretam e fornecem significados, tanto aos seus próprios comportamentos quanto aos dos outros" (Barreto & Alves, 1994).

Assim, considerando-se a carência de estudos e produções científicas nesta área e buscando-se entender a percepção que o sujeito tem de seu objeto para que se possa construir estratégias de controle, o presente trabalho tem os seguintes objetivos: conhecer a representação dos profissionais veterinários ligados a clínica veterinária de pequenos animais, docência e ao do setor público de zoonoses, quanto a medidas de controle, tratamento e aspectos sociais que permeiam a leishmaniose canina.

2- LITERATURA CONSULTADA

2-1 Histórico, ocorrência e distribuição da LVA

A Leishmaniose Visceral Americana (LVA) ou calazar neotropical é uma doença infecciosa generalizada e crônica, caracterizada, no ser humano, por febre, hepatoesplenomegalia, linfadenopatia, anemia com leucopenia, hipergamaglobulinemia, edema e estado de debilidade progressivo, levando o paciente ao óbito, se não for submetido a um tratamento específico (Genaro, 1997; Neves, 1988). Nos cães, apresenta alopecia, que pode ser local ou generalizada, lesões crostosas, em geral no focinho, orelha e extremidades, queratite intersticial, descamação furfurácea, conjuntivite, febre irregular, apatia, onicogribose ou seja, crescimento anormal das unhas, emagrecimento e, em estágios mais avançados, ascite, edema de extremidades, caquexia, paresia dos posteriores e morte (Santa Rosa & Oliveira, 1997).

A LVA tem como agente etiológico a *Leishmania chagasi* e é transmitida pelo díptero *Lutzomyia longipalpis*. Credita-se a canídeos silvestres a responsabilidade pela manutenção da LVA no ciclo silvestre da doença, e ao cão, nas áreas urbanas.

Na Índia, a doença é conhecida como Kala-azar (que em hindu significa doença mortífera) ou febre Dum-Dum; no Mediterrâneo, é conhecida como leishmaniose infantil ou visceral; e no Brasil, conhecida como leishmaniose visceral ou calazar (Genaro, 1995).

Os agentes etiológicos conhecidos como *L. donovani* e *L. infantum* são considerados do velho mundo e *Leishmania chagasi* do novo mundo ou das Américas (Sousa et al., 2001).

A Leishmaniose Visceral Americana, no Brasil, é considerada uma zoonose (doença de animais que também pode acometer o ser humano), formalmente restrita às áreas urbanas e rurais (Silva et

al., 2001). Muitas espécies de mamíferos vertebrados têm sido encontradas naturalmente infectadas com *Leishmania*. A maioria dos canídeos é comumente descrita como reservatório das espécies viscerotrópicas da região do Mediterrâneo, Ásia, Norte da África e América do Sul. Os cães são considerados os principais reservatórios urbanos associados à Leishmaniose Visceral, seja a *L. infantum* (velho mundo) ou a *L. chagasi* (novo mundo). (Sousa et al., 2001). Entretanto, outras espécies de canídeos, como as raposas, foram incriminadas como reservatório da doença, sobretudo no meio silvestre (Deane, 1956; Dietze et al., 1997).

Segundo Alencar (1959), após a descoberta da *Leishmania* em Tunis, até hoje poucos foram os anos que não se encontrou e estudou um novo foco de calazar canino. O calazar existe nos quatro continentes: África, Ásia, Europa e América (Alencar, 1959), exceto na Oceania e Antártida (Cardoso & Cabral, 1998).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), existem 88 países no mundo onde a população foi exposta à leishmaniose, e estes números só são maiores nos casos de Dengue e Malária, onde chegaram a atingir 100 e 90 países respectivamente (Filho, 1994).

No Continente Americano, ocorre como infecção autóctone, em grande parte da Região Neotropical, tendo sido assinalada em dezesseis países: Argentina, Bolívia, Brasil, Colômbia, Costa Rica, Equador, El Salvador, EUA, Guatemala, Guiana, Honduras, México, Nicarágua, Paraguai, Suriname, Venezuela. Dos casos encontrados na América, 98% foram no Brasil. (Arias et al., 1996; OMS, 1991).

No Brasil, desde 1907, havia indícios da existência de Leishmaniose Visceral. Segundo Monteiro et al. (1994), o primeiro caso de Leishmaniose Visceral no Brasil foi diagnosticado em 1913 a seguir em 1934 nos Estados do Ceará e Pará. A LVA, que até recentemente era considerada como rural e de ambientes silvestres, já foi notificada em 17 estados distribuídos em

quatro das cinco regiões do Brasil: Roraima, Pará, Tocantins, Minas Gerais, Espírito Santo, Rio de Janeiro, São Paulo, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e todos os estados do Nordeste (Monteiro et al., 1994; Santa Rosa & Oliveira, 1997). Atualmente, a Leishmaniose no Brasil atinge especialmente a região nordeste com maior número de casos (89%), seguida pela região sudeste (6%), região norte (4%) e centro-oeste (1%) (Monteiro et al., 1994; Sousa et al., 2001). Os estados tradicionalmente mais atingidos são Bahia, Piauí, Ceará e Maranhão (Sousa et al., 2001). Contudo presenciaram-se surtos epidêmicos urbanos de calazar em Natal e Belo Horizonte (Monteiro et al., 1994).

No estado de Minas Gerais, a maior incidência do calazar ocorre em áreas do Polígono das Secas (Montes Claros, Januária) e vales dos rios Doce, Jequitinhonha e São Francisco (Genaro, 1995).

Segundo Magalhães et al. (1980), a primeira referência à existência de calazar na zona do Rio Doce - MG é a descrição, em 1953, por Cançado de um caso humano proveniente do distrito de Café, município de Itanhomi. Com os estudos realizados a partir desta data não só ficou confirmada a existência de um foco autóctone de Leishmaniose Visceral na região, como ficaram estabelecidas suas características epidemiológicas, que em suas linhas gerais, se assemelham às observadas por outros autores no Nordeste do Brasil.

Atualmente a LVA ocorre com maior frequência nas regiões Norte e Nordeste do estado de Minas Gerais (Polígono das Secas e vales dos rios Doce, Jequitinhonha e São Francisco), porém focos na área urbana de Belo Horizonte (Silva et al., 2001) e Sabará, que eram municípios considerados indenes até 1989 e Perdões, em agosto de 1994, demonstraram um avanço geográfico preocupante (SES-MG, 1994). Além desse avanço geográfico relatado, observa-se também um aumento do número de casos. Em 1980, não foram observados casos no Estado e no período de 1981 a 1991 foram notificados, à

Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e à Secretaria do Estado da Saúde (SES) de Minas Gerais, um total de 614 casos de LVA. Nos últimos cinco anos, o número de casos registrados de Leishmaniose Visceral Americana aumentou significativamente na região metropolitana de Belo Horizonte - MG, possivelmente indicando um aumento na transmissão da doença (Silva et al., 2001).

2.2- Grupos acometidos pela LVA

De acordo com alguns autores, a Leishmaniose Visceral Americana é uma doença que afeta preferencialmente crianças menores que nove anos de idade, entretanto, observa-se uma alta prevalência em crianças entre um a quatro anos de idade, sendo esta faixa etária considerada a mais susceptíveis dentro do grupo (Silva et al., 2001). De acordo com Nascimento et al. (1996), a maior susceptibilidade nos menores de idade pode ser expressa pela imunodepressão induzida pelos fatores genéticos e nutricionais. De acordo com Cardoso & Cabral (1998) adultos imunodeprimidos são também afetados. Além disso, a LVA pode surgir como infecção oportunista em pacientes com Aids (síndrome da imunodeficiência adquirida) ou imunocomprometidos de outra forma.

A diferença entre sexos foi evidenciada no Ceará por Alencar (1959) onde aponta o sexo masculino como o mais afetado, contudo deve-se ressaltar o fator exposição, picada dos vetores, embora atualmente a Organização Mundial de Saúde (OMS) 1991, recomende a investigação de fatores relacionados à suscetibilidade (Nascimento et al., 1996).

Segundo Silva et al. (2001), em um estudo na região de Belo Horizonte - MG, 76% dos casos registrados em 1994 ocorreram em pessoas com idade inferior a 14 anos; entretanto, de 1994-1999, os 345 casos notificados (28,9% dos casos) demonstraram um aumento na prevalência de crianças de zero a quatro anos. Um segundo aumento da prevalência foi observado em pessoas de 15-29 anos, em sua maioria do sexo masculino.

Em estudos feitos em Portugal e Brasil, observou-se que a presença da doença em cães ocorre em todas as idades. Contudo observou-se maior prevalência em animais de 0-6 meses (34%), 7-12 meses (8,1%), 6-7 anos (12,8%) e 1,5% em cães com mais de dez anos. Além disso, em um estudo na França, observou-se a maior prevalência do calazar em cães machos (Sousa et al., 2001).

Em termos de vigilância epidemiológica, a LVA deve ser considerada prioritária, devido a sua alta morbimortalidade. A proporção de letalidade para os casos humanos não tratados de leishmaniose varia de 75-95%, contudo, existem casos subclínicos e assintomáticos com reconhecimento (Silva et al., 2001). Quando não tratada, a doença pode levar à morte 95% dos pacientes (Monteiro et al., 1994). Entretanto, de acordo com Vieira & Coelho (1998), os coeficientes gerais de mortalidade para o calazar são relativamente pequenos, refletindo a magnitude relativa desta entidade nosológica no seio de uma gama importante de doenças infecciosas e parasitárias que são problemas de saúde pública no Brasil. De acordo com o Ministério da Saúde, mais de 1000 casos humanos ocorrem anualmente no Brasil (Silva et al., 2001).

A Leishmaniose hoje existente é um excelente modelo de uma doença emergente. A emergência tem sido provocada ou facilitada pela adoção de novos hospedeiros reservatórios, pela adoção de novas espécies de vetores e pelo transporte da infecção por homens e animais domésticos, além do surgimento de novos focos e uma mudança na susceptibilidade da infecção em humanos (Ashford, 2000).

2.3- Aspectos epidemiológicos

2.3.1- Agente etiológico

O gênero *Leishmania* pertencente à ordem *Kinetoplastida*, família *Trypanosomatidae*, sendo composto por dois grandes grupos de leishmanias: o das leishmanias tegumentares e o das leishmanias viscerais.

O grupo das viscerais (de interesse para o presente estudo) é composto pelas leishmanias do complexo *L. donovani*, no qual encontram-se a *L. (leishmania.) donovani*, *L. (leishmania.) infantum* e *L. (leishmania) chagasi* sendo esta última encontrada no Brasil. Por suas características geo-epidemiológicas assume diferenças que podem ser atribuídas a um complexo *L. donovani*, formado pelas seguintes variedades:

- a) *Leishmania donovani donovani*- espécie encontrada na Ásia cujo único reservatório é o ser humano.
- b) *Leishmania donovani infantum*- distribuíse pelos países do mediterrâneo, atingindo principalmente crianças, seu reservatório é o cão.
- c) *Leishmania L. chagasi*; presente nas três Américas, atinge crianças e adultos e tem como importantes reservatórios cães e raposas. Os agentes etiológicos conhecidos como *L. donovani* e *L. infantum* são considerados do velho mundo e *Leishmania chagasi* do Novo mundo ou das Américas (Sousa et al., 2001).

Ainda que a classificação taxonômica seja controversa, observam-se diferenças comportamentais entre a *L. chagasi* e as outras leishmanias do complexo *L. donovani*, o que torna pouco confiável a aplicação genérica de resultados obtidos em uma espécie (Santa Rosa et al., 1997).

O parasito do gênero *Leishmania* pode ser encontrada nas formas promastigota e paramastigota (formas flageladas) no trato digestivo dos hospedeiros invertebrados e na forma amastigota (formas sem flagelo livre) no citoplasma dos macrófagos dos hospedeiros vertebrados (Cardoso & Cabral, 1998).

2.3.2- O Hospedeiro

O hospedeiro natural, apesar dos esforços dispendidos desde 1935 com a Comissão Evandro Chagas, ainda não é definido. Aceita-se que no ambiente silvestre, a raposa *Dusicyon vetulus* e outros canídeos como o *Cerdocyon thous* sejam

incriminados como hospedeiros primários, mas não como hospedeiros naturais uma vez que manifestam os sintomas clínicos da doença. No Brasil, a presença de *L. chagasi* já foi relatada no cão (*Canis familiaris*), gato (*Felis domesticus*), canídeos silvestres (*Cerdocyon thous*, *Dusicyon vetulus*), marsupiais (*Didelphis marsupialis*, *Didelphis albiventris*) e roedores (*Proechymis oris*). Os cães são o principal reservatório de *L. infantum* em países da Europa do Sul, do Médio Oriente, da Ásia e do Norte da África e de *L. chagasi*, em países da América Central e do Sul (Ashford, 1996). Desta forma, o cão assume um importante papel na epidemiologia da doença, sobretudo nos centros urbanos. Além disso, os canídeos apresentam intenso parasitismo cutâneo, o que permite uma fácil infecção do díptero, reforçando a idéia de que estes animais, dentre eles o cão são os mais importantes elos na manutenção da cadeia epidemiológica (Deane, 1956).

Segundo Deane (1956), o homem é considerado um reservatório sem importância para a leishmaniose visceral americana, uma vez que o parasitismo sanguíneo e dérmico são muito escassos, ao contrário do calazar descrito na Índia. Segundo Deane (1956), 77% dos cães apresentam formas amastigotas na pele, enquanto somente 16% dos humanos, evidenciam esse parasitismo. De acordo com Sousa et al. (2001), no norte da África a leishmaniose visceral foi isolada no sangue com grande dificuldade, através de métodos de cultura. Além disso, foi também examinado sangue periférico de pacientes humanos, não sendo detectado nenhum parasita da leishmania.

2.3.3- O Vektor

A *Lutzomyia longipalpis* foi incriminada em 1938, como vetor do agente etiológico *Leishmania chagasi* (Deane, 1956). A *L. longipalpis* é um díptero, nematocera, que ao contrário do que muitos leigos e mesmo profissionais da saúde pensam, é um pequeno díptero de 2 a 3 mm, de hábitos peridomésticos e intradomiciliares, que não faz o seu ciclo larval na água. Como todo flebotomíneo, o *L. longipalpis* faz seu

criadouro na matéria orgânica úmida, o que dificulta seu combate, além disso apresenta boa adaptação no habitat doméstico e peridoméstico (Santa Rosa & Oliveira, 1997; Shaw, 1997).

Os flebotomíneos são insetos pequenos, hematófagos, que têm se adaptado a um grande número de diferentes nichos ecológicos nas Américas, que compreende desde climas semi-áridos de montanhas até climas úmidos da floresta amazônica (Shaw, 1997). Aproximadamente, 400 espécies e subespécies têm sido descritas no trópicos e destas aproximadamente 30 são suspeitadas ou provadas como vetores de protozoários parasitas do gênero *Leishmania* que causa a doença no homem (Galati, 1996; Shaw, 1997). A *L. longipalpis* é um inseto que suga várias espécies animais, originalmente se alimenta de mamíferos selvagens e aves. Entretanto, no peri-domicílio humano, pode se alimentar de sangue do cão, do homem, de outros mamíferos e aves. As fêmeas têm hábitos hematófagos, pois necessitam de sangue para desenvolvimento dos ovos. Estudos sobre a preferência dos hospedeiros para o *Lutzomyia*, no foco de LVA, demonstraram que o número de insetos atraídos depende do tamanho do hospedeiro. Desta forma, em áreas endêmicas da doença, populações de *L. longipalpis* são frequentemente encontradas nos cães, onde a maioria dos insetos encontra-se engurgitada com sangue de cães residentes (Shaw, 1997; Sousa et al., 2001).

Nesse sentido, observa-se que no ambiente peridomiciliar, os cães são considerados o principal reservatório da *Leishmania chagasi* e o homem é infectado através de insetos infectados por cães. Vale ressaltar ainda, que até agora não existe nenhuma evidência firmada da transmissão da *L. chagasi* de homem para homem (Shaw, 1997).

O período de maior intensidade de atividade diária pode variar de local para local: admiti-se que esse seja normalmente no período de 18 as 23 horas. O inseto pode fazer um ciclo de ovo a adulto em cerca de 30 dias e o seu período de vida como adulto pode

chegar a 29 dias. Nas fêmeas, o desenvolvimento dos ovários e a ovoposição ocorre num período de oito dias e cada postura pode chegar a 70 ovos. Elas se tornam infectantes três a quatro dias após o repasto sanguíneo contaminado. A flutuação populacional de *L. longipalpis* durante o ano necessita de maiores estudos para melhor caracterização, sendo que alguns autores associam o período de maior transmissibilidade à estação chuvosa; quando os insetos alcançam uma maior densidade e invadem o domicílio, picando tanto o homem quanto o cão.

Segundo Shaw (1997), condições ambientais, como temperatura e umidade, são responsáveis pela variação na distribuição dos flebotomíneos, assim como a localização do hospedeiro vertebrado também é importante. No intra-domicílio, a *L. longipalpis* é encontrada em repouso, principalmente nas paredes do dormitórios até o amanhecer. No peri-domicílio, sua maior atividade, especialmente dos machos, ocorre nos abrigos de animais domésticos, durante o mesmo horário (Controle..., 1996).

2.3.4- Ciclos da LVA

A Leishmaniose Visceral é, primariamente, uma zoonose que afeta outros animais além do homem. Sua transmissão, inicialmente silvestre ou concentrada em pequenas localidades rurais, já está ocorrendo em centros urbanos de médio porte, em área domiciliar ou peri-domiciliar. Pode-se considerar três os ciclos de ocorrência da LVA, todos eles já aceitos, ainda que alguns autores considerem o peri-domiciliar e o doméstico como um único ciclo:

a) Ciclo silvestre

Ocorre nas matas, os canídeos silvestres são os reservatórios e o *Lutzomyia longipalpis*, o vetor, o homem e o cão contraem a doença acidentalmente ao entrarem na mata.

b) Ciclo peri-domiciliar

Ao habitar a proximidade da mata o homem modifica o ambiente e introduz novos

animais. As construções como paióis e galinheiros passam a se constituir um bom abrigo para os flebotomíneos, que além do abrigo encontram no peri-domicílio as galinhas que se apresentam como fonte de alimentação. As galinhas, como fonte de alimentação, atraem também predadores para próximo à casa como, *Dusicyon vetulus*, por exemplo. Esta proximidade favorece a ocorrência de transmissão de LVA do predador para o cão.

c) Ciclo doméstico

O cão passa a ser o principal reservatório da LVA que passa a acometer com maior frequência o homem. Contudo, para assumir este ciclo doméstico, a doença passou por um processo de urbanização, onde ocorreu não só a adaptação do cão como reservatório da doença mas também do vetor.

2.4- Urbanização da doença

A LVA é um crescente problema de saúde pública no país e em outras áreas do continente americano, sendo uma endemia em franca expansão geográfica.

Em 1936, o Instituto Oswaldo Cruz criou uma comissão chefiada por Evandro Chagas que, durante três anos, investigou a doença no Brasil. Segundo Bevilacqua (1999), essa comissão conseguiu caracterizar alguns aspectos epidemiológicos do calazar considerando-o como uma doença do ambiente silvestre ou rural, atingindo indiferentemente o homem ou o cão que vivessem em contato íntimo com a mata.

Deane (1956), relata que a distribuição da LVA seria apenas rural, longe dos centros urbanos e somente na vizinhança de matas ou capoeiras.

Entretanto verificou-se a presença de prováveis transmissores (flebotomos) não só nas matas de terra firme como em áreas urbanas. Segundo o mesmo autor citando o trabalho de Chagas (1937), nestas áreas não ocorreria a transmissão por falta de um elo na cadeia que, ao contrário, existiria na

mata. Esse elo seria representado por um animal silvestre que funcionaria como reservatório primário da infecção. Daí a distribuição puramente silvestre ou rural da doença, atingindo apenas homens e cães que vivessem em contato íntimo com a mata. Posteriormente, essa idéia foi modificando-se e começou-se a pensar que o cão deveria ser um reservatório importante da doença (Deane, 1956). Desta forma aprofundaram-se os estudos para averiguar esta suposição.

Segundo Bevilacqua (1999), novos fatos apontaram para a existência de uma situação que ainda não havia sido apreciada integralmente. De 1913 a 1953, foram descritos, cerca de 36 casos de Leishmaniose Visceral comprovados no Brasil, onde um era proveniente de Minas Gerais e dois do Mato Grosso; os demais originavam-se dos estados do Nordeste, entre eles, Ceará, Bahia, Sergipe, Alagoas, Pará, Piauí, Rio Grande do Norte e Pernambuco (Deane;1956).

A partir daí, Deane, embasando-se nos resultados de pesquisa de Aragão, 1953, selecionou os municípios mais aparentemente acometidos pelo calazar, ou seja, Sobral, Viçosa do Ceará, Massapê e Tinguá para a realização do seu trabalho.

Nesse estudo, Deane demonstrou que as regiões citadas acima tinham aspectos climáticos favoráveis à transmissão da LVA. Além disso, observou também outras áreas, posteriormente identificadas como foco do calazar, como Jacobina, no Estado da Bahia e Cocal, no estado do Piauí, que possuíam características geográficas semelhantes àquelas citadas anteriormente. Com relação aos padrões de transmissão da Leishmaniose Visceral no nosso meio, desde os primeiros estudos realizados pela comissão de Chagas, já se sugeria a idéia da existência do reservatório animal da doença.

Deane identificou a raposa *Dusicyon vetulus*, naturalmente parasitada pelo agente do calazar. Desta forma casos que ocorriam esporadicamente em áreas distantes dos focos estabelecidos pelo

calazar puderam ser explicadas pelo reservatório silvestre (Bevilacqua, 1999).

Com a descoberta da infecção natural da raposa no Ceará, elevaram-se três hospedeiros vertebrados conhecidos da Leishmania: dois domésticos: ou seja, o homem e o cão; e um campestre, a raposa. Deane prôpos um estudo sobre a frequência da infecção para estabelecer a importância destes hospedeiros na LVA.

Verificou-se que na área estudada havia relatos da morte de cães com sintomatologia características do calazar canino em fase terminal (Deane, 1956). No exame das raposas, encontraram resultados que sugeriram uma alta positividade para um animal que tradicionalmente não residia na área do foco da doença.

Deane (1956), em seus estudos, observou que os três hospedeiros vertebrados, cão, homem e a raposa, eram capazes de infectar o inseto transmissor.

A potencialidade do cão em transmitir a Leishmaniose Visceral ao inseto vetor evidencia o elo estabelecido para o ciclo do calazar no meio urbano. Além disso, o intenso parasitismo da pele, o encontro de casos humanos e caninos na mesma habitação e a prevalência da LVA canina elevada em relação a humana reforçam a importância do cão como reservatório da doença (Deane, 1956).

Para Deane (1956), uma vez estabelecida a LVA num ciclo doméstico, ou seja, cão-vetor-homem, não seria necessária a presença do reservatório extradomiciliar para explicar a epidemiologia da doença. Assim, nos focos rurais onde as densidades de população humana, canina e de *L. longipalpis* sejam adequadas, a transmissão poderá se manter continuamente, funcionando o cão como o principal reservatório (Bevilacqua, 1999).

Observa-se que o cão tem um papel importante nos surtos epidêmicos bem como para manter os focos endêmicos. Provavelmente, fica estabelecido que surtos epizooticos entres os cães precedam as

epidemias humanas e este fato pode ser da maior importância para a profilaxia da doença. Desta forma, o homem e o cão são suficientes para manter o ciclo doméstico do calazar nas áreas onde a doença tem caráter endêmico-epidêmico. Assim, a importância do cão no processo de urbanização da doença é evidente.

Atualmente, a expansão geográfica do calazar pode ser explicada pela precariedade do saneamento básico, desnutrição e o baixo nível econômico social em que se encontra a população que divide o mesmo espaço com animais de estimação, dentre eles o cão (Monteiro et al., 1994; Gama et al., 1998).

A Leishmaniose Visceral no Brasil sempre foi descrita como uma doença tipicamente rural e associada aos bolsões de pobreza tradicionais do Nordeste (Marzochi et al., 1985; Sabroza et al., 1995).

A emergência da Leishmaniose Visceral Americana em Belo Horizonte segue uma tendência voltada para a urbanização da doença, como foi observado desde a década de 70. Verifica-se um fenômeno epidemiológico: a urbanização da doença, onde constatar-se cidades de médio e grande porte como Santarém - PA, São Luís - MA, Teresina - PI, Natal - RN, Aracaju - SE, Montes Claros, Belo Horizonte - MG e Corumbá - MS, que têm sido acometidas por verdadeiras epidemias (Vieira & Coelho, 1998).

As transformações ambientais decorrentes da intensa migração por pressões econômicas e sociais, a pauperização da população em razão da má distribuição de renda, a crescente urbanização provocaram o agravamento dessa endemia com o aparecimento de novos focos no Brasil (Monteiro et al., 1994).

A LVA nos últimos anos tem sido importante problema de saúde pública, não somente devido as áreas de invasão, antes livres da doença, mas também pela reemergência do velho foco endêmico (Silva et al., 2001).

O caráter reemergente desta zoonose evidenciado por processos de urbanização tem demonstrado que o trânsito de animais e homens infectados, e a adoção de novos reservatórios secundários e novas espécies de vetor podem ter uma participação ativa neste processo (Ashford, 2000; Silva et al., 1997). Por outro lado o aumento do número de casos de infecção por LVA concomitante por HIV /AIDS nos últimos anos, fez com que a LVA seja considerada uma doença infecciosa emergente. Este quadro é bastante significativo nos países do sul europeu, onde mais de 70% dos casos de LVA em adultos estão relacionados com a AIDS e 9% de todos os pacientes com AIDS sofrem de calazar recém-adquirido ou reativado de uma infecção antiga (Wolday et al., 1999).

2.5- Leishmaniose Canina

A LVA constitui uma grave zoonose, tendo o cão como reservatório principal da doença (Cardoso & Cabral, 1998). Os sinais mais comuns que aparecem com a evolução da doença no cão são: emagrecimento progressivo acompanhado ou não de inapetência, alopecias, descamação furfurácea e úlceras de pele, geralmente no focinho, orelhas e extremidades, manifestações oculares, conjuntivite e queratite, geralmente acompanhados de febre irregular, apatia, crescimento exagerado das unhas, fezes sanguinolentas e paresia de trem posterior. Além disso, a doença decorre da visceralização do agente e de sua reprodução e colonização nas células do hospedeiro vertebrado, principalmente as células do Sistema Mononuclear Fagocitário, onde observam-se linfadenomegalia, hepato e esplenomegalia. Naqueles animais sensíveis haverá maior manifestação dos sinais clínicos (Alvar et al., 1995; Cardoso & Cabral, 1998).

O cão, após ser contaminado pelo díptero infectado, apresenta um período de incubação bastante variado, que vai de dois meses até seis anos. Em geral, os primeiros anticorpos são observados 45 dias após a infecção. Enquanto alguns cães parecem susceptíveis à doença evidenciando a

sintomatologia, outros apresentam-se oligossintomáticos e assintomáticos (Marzochi et al., 1985; Genaro, 1993; Silva et al., 2001). Em Belo Horizonte, a Leishmaniose canina é uma freqüente causa de consultas aos veterinários. Em Belo Horizonte, a prevalência da infecção em cães é mais alta que no homem; este fato também foi observado em outras áreas endêmicas do Brasil. A soroprevalência nos cães examinados junto à Secretaria Municipal de Saúde de 1994 a 1998 foi de 3,6% (Silva et al., 2001).

A proporção de cães com infecção inaparente observada por Silva et al. (2001) foi de 68% em Belo Horizonte. Essa média foi similar em outros locais como Rio de Janeiro (63,2%), Grécia (50%) e Itália (50%). Somente no Ceará, a proporção encontrada por Alencar (1956) foi maior, cerca de 86% (Alencar, 1959; Silva et al., 2001).

A LVA canina, no Brasil, coexiste com a doença humana em todos os focos conhecidos sendo, porém, mais prevalente; em regra geral, precedendo à ocorrência de doença humana (Deane, 1956; Marzochi et al., 1985).

Do ponto de vista epidemiológico, a doença canina é considerada mais importante que a doença humana, além da prevalência, apresenta grande contingente de animais assintomáticos albergando parasitos no derma. O intenso parasitismo dérmico, a presença de cães no ambiente peridomiciliar e a dispersão destes animais por meio das pessoas ou pelo abandono confirmam a importância deste animal como a origem da infecção por *L. longipalpis* na transmissão para o homem e outros animais (Deane, 1956; Miles et al., 1999; Silva et al., 2001).

Sousa et al. (2001) investigaram o reservatório potencial para o vetor. Foram expostos ao xenodiagnóstico com fêmeas do *L. longipalpis* 14 pacientes humanos (crianças), 16 cães infectados e uma raposa. Quatro (28,5%) das 14 crianças, 12 (75%) dos 16 cães e a raposa foram infectantes para o inseto vetor. Verificou-se neste estudo que o cão funcionou melhor

como fonte de alimento do que as crianças. Tendo em vista que a preferência dos hospedeiros pelo *L. longipalpis* depende do seu tamanho, conclui-se que esta preferência seja por cães e não por humanos. Portanto, o papel deste animal como reservatório da LVA torna-se considerável na manutenção, dispersão e transmissão da doença.

Atualmente, o cão possui uma representação significativa para seus proprietários. O sentimentalismo em torno das relações homem-animal de estimação, consolida uma imagem humanizada do animal. Há tempos atrás os humanos foram descritos inicialmente como provedores de cuidado e os animais como receptores de cuidado, entretanto posteriormente, propôs-se a idéia de que o homem cria e espera que estes animais de companhia "brindem" de cuidados. Muitos proprietários de mascotes experimentam em relação ao seu cão e gato uma fantasia de união na qual o animal não é simplesmente um objeto que se cuida, mas sim um provedor extra-humano de cuidado, sendo uma fonte de sentimentos de atenção, segurança e lealdade (Fogle, 1992; Assis et al., 1996). Nesse sentido, o cão assume uma importância muito grande no controle da doença, uma vez que a eutanásia coloca em risco a vida deste animal, afetando a relação homem-cão e desta forma criando resistência ao combate do calazar canino.

2.6- Diagnóstico

Atualmente, o diagnóstico da LVA canina baseia-se nos achados clínicos, epidemiológicos e laboratoriais dos animais suspeitos (Silva et al., 1997). Clinicamente, o cão infectado é difícil de ser diagnosticado devido a grande porcentagem de cães assintomáticos ou oligossintomáticos (Alves, 2001).

De acordo com Costa et al. (1991), vários pesquisadores se dedicaram ao estudo sorológico de cães infectados, visando conhecer e obter métodos diagnósticos que facilitassem a realização de inquéritos caninos. Antigamente, esses inquéritos eram realizados através de exames diretos

de fígado, baço e raspado de pele. Em 1938, a reação de fixação de complemento (RFC) foi utilizada pela primeira vez para diagnosticar Leishmaniose humana (Alves, 2001).

Em medicina veterinária o diagnóstico sorológico começou na década de 50 e, em 1957, pesquisadores brasileiros descreveram a RFC para inquéritos caninos, após concluírem que a fixação de complemento possuía uma sensibilidade e especificidade melhor que os exames diretos (Nussenzweig et al., 1957 citado por Alves, 2001).

A reação de imunofluorescência indireta (RIFI) surgiu na década de 60, e atualmente é teste sorológico utilizado para o diagnóstico da LVA (Costa et al., 1991; Costa & Vieira, 2001; Sousa et al., 2001).

O ELISA (enzyme linked immunosorbent assay) é outra técnica amplamente difundida e utilizada mundialmente para o diagnóstico da LVA com resultados bastante específicos e sensíveis (Braga et al., 1998).

Trabalhos indicaram ser a RIFI um método imunodiagnóstico sensível e específico. Autores citam uma sensibilidade que varia de 90 a 100% e uma especificidade aproximadamente de 80 a 93% (Monhammed et al., 1986; Costa et al., 1991; Braga et al., 1998). A especificidade desse teste fica prejudicada devido a presença de reações cruzadas com doenças causadas por tripanossomídeos, doenças bacterianas e malária (Costa et al., 1991).

Segundo Braga et al. (1998), os dados sobre a sensibilidade do teste de RIFI em eluato de papel filtro, utilizado atualmente nos inquéritos caninos, são contraditórios. Coutinho et al., citado por Braga (1998), reportaram a sensibilidade desta técnica em eluato de 95%. Entretanto, Evans et al., citado por Braga et al. (1998), detectaram 4,6 vezes mais cães infectados utilizando ELISA no soro, do que com RIFI em eluato, demonstrando que a sensibilidade desta técnica certamente foi inferior aos 95% estimado por Coutinho. Isso demonstra que

a RIFI não é considerada um teste sensível e sendo assim, há necessidade de testes mais sensíveis para o controle do calazar.

No Brasil, onde a RIFI é amplamente utilizada para diagnósticos e inquéritos caninos, os dados obtidos por sorologia com esse método devem ser analisados cuidadosamente, visto que podem não corresponder a realidade devido a superposição das enfermidades de origem tripanossomatídicas em algumas áreas (Costa et al., 1991).

Estudos realizados por Braga et al. (1998) demonstraram que após cinco anos de atividades de controle do reservatório canino, utilizando a RIFI em eluato para detectar cães infectados, foi possível reduzir a prevalência da infecção no cão até certo limite, em torno de 0,5 a 1%. Entretanto, essa redução não acompanhou necessariamente a interrupção da transmissão ao homem. Acredita-se que fatores como a baixa sensibilidade do teste de RIFI em eluato e o tempo decorrido entre a coleta de sangue e a eliminação do reservatório sejam responsáveis pela permanência de cães infectados e pela manutenção da transmissão da infecção.

Segundo Costa et al. (1991), vale ressaltar que os resultados dos exames diagnósticos, pelo método de RIFI, não devem ser usados como indicadores de prevalência do calazar canino, pois devido à superposição desta doença com outras enfermidades, não correspondem a realidade. Contudo, a utilização da RIFI em levantamentos epidemiológicos de infecção canina torna-se justificável a partir do momento em que ela for usada com o objetivo de detectar cães parasitados e sua conseqüente eliminação, contribuindo assim para a diminuição das fontes de infecção por tripanossomídeos em nosso meio (Costa et al., 1991).

Em virtude das desvantagens apresentadas pelo método de RIFI, como baixa eficiência em detectar infecção canina, por ser um único método para as funções de triagem e teste confirmatório para *L. chagasi* e pelo elevado custo/benefício devido a alta proporção de resultados falsos positivos,

algumas mudanças foram propostas pela FUNASA (Costa & Vieira, 2001). Indicou-se que o teste sorológico em eluato de sangue em papel filtro deve ser substituído por uma sorologia convencional. As novas medidas da FUNASA julgam que a eliminação dos cães deve ser restrita apenas para situações em que o diagnóstico de LVA for confirmado parasitologicamente ou que exames sorológicos confirmem casos clinicamente suspeitos, em cães procedentes de áreas endêmicas (Costa & Vieira, 2001).

2.7- Controle

A LVA é uma doença de notificação compulsória cujo registro de casos é parte imprescindível do programa de controle adotado pelo governo (Controle..., 1996).

No Brasil, estudos sobre a doença foram realizados durante três anos pela comissão chefiada por Chagas. Em 1953, o Ministério da Saúde criou a campanha contra a LVA em decorrência da detecção de 43 casos em pacientes contra 300 casos constatados por viscerotomia. A maior parte dos casos provinha do Estado do Ceará. As atividades de controle foram mantidas até 1964 e interrompidas até 1980, quando o grande número de casos surgidos em vários Estados voltou a preocupar as autoridades sanitárias brasileiras (Monteiro et al., 1994).

Nesta época a SUCAM encarregou-se de retomar as ações de campo, mantidas até o momento pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), com participação crescente dos estados e municípios.

A legislação presente a partir da Constituição e da lei 8080 traça rumos para a descentralização das ações de saúde, que incluem o acompanhamento e implementação de atividades de vigilância epidemiológica e de controle de agravos nos diferentes níveis do governo.

Diante da estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) e do processo de municipalização, tornou-se necessário discutir em profundidade a forma de transferir para os municípios a tarefa de

controlar as doenças endêmicas de suas áreas, tradicionalmente a cargo da FUNASA.

Em termos de LVA, a FUNASA buscou instrumentalizar os estados e municípios para assumir o controle com melhora progressiva da qualidade, através de revisão e atualização de normas técnicas que resultaram na elaboração do manual de Diretrizes Técnicas do Diagnóstico, Tratamento e Controle de Reservatórios e Vetores do Calazar. Pretende-se também montar materiais instrucionais para treinamentos e formar recursos humanos para o serviço das endemias.

O controle da LVA é responsabilidade principalmente dos estados e municípios. Contudo, pela própria falta de tradição das secretarias municipais e estaduais de saúde em coordenar e desenvolver ações de controle das chamadas grandes endemias e zoonoses, e também pelo alto custo financeiro destas ações, faz-se necessário a interação e a colaboração entre as diversas instituições e o envolvimento da população para a efetivação das atividades de controle da Leishmaniose (Cosenza, 1995 citado por Alves, 2001; Rodriguez, 1997).

Desde que a epidemia canina e humana se instalou em Belo Horizonte em 1992, esforços contínuos têm sido realizados para conter o avanço da doença.

O controle da Leishmaniose Visceral em áreas endêmicas é difícil e requer uma noção exata da sua epidemiologia (Cardoso & Cabral, 1998). Na maioria dos casos, não existe uma medida única para reduzir com eficácia a transmissão da doença.

Em Belo Horizonte, a estratégia assumida para o controle da LVA baseou-se em três pontos: identificação e tratamentos dos casos humanos, detecção e eliminação dos cães positivos e combate dos insetos vetores (Controle..., 1996).

2.7.1- Calazar humano: identificação e tratamento

O calazar humano é uma doença com período de incubação variável. Em geral, os sintomas do calazar que compreendem febre irregular, crescimento abdominal, anemia, emagrecimento, problemas respiratórios e gastrointestinais, manifestam-se num intervalo de dois a três meses após a picada do inseto, contudo, os sinais podem aparecer após 15 dias ou demorar até mais que um ano (Controle..., 1996).

O Manual de Diretrizes Técnicas do Diagnóstico, Tratamento e Controle dos Reservatórios e Vetores do Calazar (2000), propõe que o diagnóstico deve ser precoce e o tratamento realizado dentro do menor prazo possível.

O medicamento de primeira escolha é o antimoniatado de n-metil glucamina (glucantime). Este tratamento, incluído no programa de controle, é direito inerente da população, ainda que a eliminação do parasito não diminua a incidência da doença, porém a sua precocidade reduz a letalidade (Monteiro et al., 1994). A terapêutica reserva alguns tratamentos alternativos para o calazar, incluindo anfotericina B, a pentamidina, aminosida, imunomoduladores. Com exceção das duas primeiras, as demais drogas encontram-se ainda em fase de investigação, o que restringe seu uso nos hospitais (Bevilacqua, 1999). A anfotericina B e a pentamidina são utilizadas em casos de resistência aos antimoniais. Sabe-se que o uso de antimoniais pentavalente pode ocasionar alguns efeitos colaterais, como: mialgia, artralgia, inapetência, náuseas, tontura, pirose, palpitação, insônia, edema, nervosismo, insuficiência renal aguda, vômito, dor abdominal, prurido, plenitude gástrica, pancreatite, adinamia, distúrbios de repolarização cardíaca (inversão e achatamento da onda T e aumento do espaço QT), febre, choque pirogênico, herpes zoster. Essas reações adversas, juntamente com a seriedade da terapia, tornam o tratamento reservado e na maioria das vezes muito desconfortável ao paciente.

2.7.2 Sacrifício dos cães

Segundo Deane (1956) e Cosenza (1995), a infecção no cão precede o aparecimento de casos humanos. No âmbito doméstico a maioria dos cães que tem sorologia positiva é assintomático, atuando como bons reservatórios com grande capacidade de infectar o vetor da doença.

Nesse sentido, de acordo com a atuação da FUNASA até 2001, a identificação e a eliminação deste animais tornaram-se importantes formas de controle do calazar canino, além desta eliminação contribuir também para reduzir o risco de infecção nos humanos e no vetor.

Nota-se, em todo o processo que envolve o controle da LVA, que o sacrifício dos cães sempre foi o ponto mais polêmico.

Muitos estudos têm sido propostos para avaliar a eficiência da eliminação dos cães e a diminuição da incidência da doença na população humana e canina.

Ashford et al. (1998) observaram em seus estudos sobre o impacto do controle canino na LVA humana, em Jacobina (Bahia), que a remoção dos cães soropositivos demonstrou uma diminuição na incidência de leishmaniose visceral nestes animais e nos humanos na área de intervenção. Contudo a transmissão da doença não foi eliminada. Segundo este autor, duas variáveis são importantes para explicar a dinâmica na transmissão da LVA: a sazonalidade da população do vetor e o número de reservatórios infectados, visto que a presença de outros reservatórios diferentes do cão podem estar envolvidos neste processo. Além disso, outros fatores como densidade vetorial, a taxa de infecção parasitária e a vulnerabilidade das pessoas suscetíveis ao desenvolvimento da doença podem estar envolvidos na transmissão (Ashford et al., 1998; Vieira & Coelho, 1998; Sousa et al., 2001).

Com a admissão de outros reservatórios, tem-se levantado suspeitas da transmissão de homem para homem através do vetor. (Ashford, 1998). Contudo, o papel do

homem na propagação da LVA, não evidencia a transmissão homem-vetor-homem, como acontece com a *L. donovani* na Índia, onde o homem é considerado um importante reservatório pela alta prevalência de pacientes com parasitemia e dermatite pós calazar (Dietze et al., 1997). Segundo Deane (1956), o parasitismo dérmico no cão é muito maior do que em humanos e o vetor *L. longipalpis* parece preferir os cães do que os homens (Shaw, 1997; Sousa et al., 2001).

Estudos têm sugerido que a diminuição da prevalência da doença humana, quando os cães soropositivos são removidos, ocorre quando o controle do vetor e o tratamento dos casos humanos estão associados ao sacrifício canino. Desta forma, é difícil atribuir a redução da prevalência somente ao controle dos cães (Ashord et al., 1998).

Dietze et al. (1997) estudando os efeitos da eliminação dos cães soropositivos na transmissão da LVA, observaram que a remoção de cães soropositivos não resulta em resultados estatisticamente significativos na redução da incidência da doença humana, sugerindo a presença de outros reservatórios. Entretanto, neste estudo não houve controle do vetor associado ao sacrifício.

Sousa et al. (2001), referindo-se ao trabalho realizado por Magalhães na região do Vale do Rio Doce - MG de 1965 até 1979, demonstraram que a identificação e a eliminação dos cães, a identificação e o tratamento dos casos humanos e a aplicação de inseticidas, quando realizados juntamente, reduziram o número de casos humanos e caninos até a sua completa erradicação em 1979. Vale ressaltar que o controle canino foi sistematicamente mantido desde 1965, juntamente com as medidas de combate ao vetor. Alencar (1959) reportou que a incidência da LVA em áreas endêmicas aumenta progressivamente quando as campanhas de controle são interrompidas.

Em outro estudo na região de Montes Claros - MG, foi observada a redução de 79,3% na prevalência canina depois de

cinco anos de controle sorológico sistemático, seguido de eliminação dos cães e controle do vetor com inseticidas (Genaro et al., 1995). Os casos humanos também foram drasticamente diminuídos na área urbana, indicando que a avaliação epidemiológica pode ser sistematicamente aplicada para obter um efetivo controle da doença em áreas endêmicas. Sendo assim, observa-se que o êxito do controle está baseado na execução conjunta destas três medidas e não somente em uma única delas.

Devido às contradições levantadas acerca da eficácia do sacrifício dos cães como estratégia de controle da LVA, a FUNASA introduz novas diretrizes para o combate da LVA.

Segundo Costa et al. (2001), a FUNASA prevê uma menor importância a eliminação dos cães doméstico em detrimento ao controle do vetor. Segundo os mesmos autores, o programa de eliminação de cães apresenta o menor suporte técnico científico entre as três estratégias do programa. Eles identificaram dez pontos de fragilidade atribuídos ao controle dos cães. São eles: 1) a falta de correlação espacial e a incidência cumulativa da LVA humana com a soroprevalência canina, 2) a ausência de risco significativo de coabitação com cães para a aquisição da LVA, 3) A demonstração teórica de que é um método pouco eficiente em comparação as estratégias de controle vetorial e suplementação alimentar, 4) a demonstração de que outros reservatórios podem ser fontes de infecção da *L. chagasi*, tais como pessoas (particularmente desnutridas que podem transmitir para outras crianças), 5) A grande velocidade com que a população canina é reposta exigindo proporção e frequência de retiradas de cães soropositivos impraticáveis, 6) a baixa eficiência dos testes sorológicos em detectar infecção canina, 7) a utilização de um único método para efetuar duas funções de teste de triagem e de teste confirmatório para a infecção por *L. chagasi*, 8) a falta de indicadores clínicos ou laboratoriais de infectividade de cães para o vetor, 9) a

ausência de experiências anteriores que tenham demonstrado vantagens exclusivas da eliminação de cães, pois todos os relatos de sucesso de programas de controle de LVA onde foram eliminados cães descrevem também o controle de vetores com inseticidas e finalmente, que a publicação de observações e ensaios em que se verificou que quando esta medida foi aplicada sozinha não houve demonstração inequívoca da vantagem de seu uso em reduzir a incidência de LVA em seres humanos.

A especificidade dos métodos diagnósticos já foi elucidada neste trabalho e mediante outros estudos, percebe-se a necessidade de testes diagnósticos mais sensíveis para a detecção do calazar canino (Costa et al., 1991; Braga et al., 1998; Costa & Vieira, 2001; Sousa et al., 2001).

Segundo Sousa et al. (2001), existem mais evidências apoiando a utilidade do controle canino usando análises sorológicas e a eliminação dos cães do que o contrário. Segundo o autor, a eficácia poderia ser melhorada por métodos sorológicos mais sensíveis, como citado anteriormente. Também poderia melhorar por um conhecimento mais profundo da distribuição e evolução da LVA no Brasil.

Nesse sentido, vale ressaltar que as campanhas de controle canino têm sido regularmente conduzidas no Brasil desde 1981, com o apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS). Entretanto, nenhuma evidência da redução da doença canina ou humana é vista na Europa, ou países asiáticos onde o controle sorológico canino nunca foi levado a cabo, mas em lugar disto, diferentes terapias paliativas são utilizadas com limitado ou nenhum sucesso contra a leishmaniose visceral americana (Sousa et al., 2001).

Acredita-se que são necessários mais estudos que permitam a exclusão de medidas consagradas e a aplicação de novas estratégias no novo panorama de controle da LVA.

2.7.3 Tratamento canino

O tratamento canino utilizado no Brasil, tem como precursor o modelo europeu. O tratamento de cães não é recomendado pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) desde que grupos caninos têm sido tratados com drogas de escolha para o tratamento humano, tendo o risco de desenvolver formas resistentes de leishmania à medicação a longo prazo (Sousa et al., 2001; Costa et al., 2001). Contudo, a terapia vem sendo exercida por alguns profissionais médicos-veterinários da clínica de pequenos animais como medida de controle.

As tentativas de tratamento de cães, utilizando drogas que tem eficácia em humanos, não tem logrado êxito. Vários ensaios terapêuticos resultaram em fracasso ou até exacerbação da doença, ou então, há apenas melhora do estado geral e dos sintomas, mas o parasitismo permanece, continuando o animal a ser uma fonte de infecção (Sousa et al., 2001). As drogas mais utilizados na leishmaniose canina são os antimoniais pentavalentes, registrado como Glucantine ou Pentostam. Segundo Lamonthe (1999), três tendências têm sido desenvolvidas nos últimos anos: um prolongado período de tratamento (o qual pode trazer resistência a droga); a administração da droga em curtos intervalos (uma ou duas vezes ao dia) e a associação do Glucantine com o Allopurinol. Para casos de animais gestantes ou com insuficiência renal é usada a Anfotericina B (Amusategui et al., 1995; Cardoso & Cabral, 1998).

Segundo Bevilacqua (1999), outras drogas têm sido testadas para a cura do calazar canino, mas apesar de várias pesquisas concluídas e que ainda estão sendo conduzidas na área do tratamento para a LVA, torna-se nitidamente que o comportamento, bem como a evolução terapêutica do calazar, em cães, difere do que é observado na medicina humana. O aspecto mais relevante, sem dúvida, é que embora ocorra uma remissão sintomática nos pacientes caninos tratados com diversos esquemas de drogas, a doença é

considerada incurável até o momento (Oliveira et al., 1998; Bevilacqua, 1999).

A opção pelo tratamento deverá ser acompanhada de exames de função renal, hepática e hemograma completo, periodicamente, para avaliar a evolução da doença e os possíveis reações adversas, sobretudo nefrotóxicos e hepatotóxicos ocasionados pela administração da droga. Nesse sentido, a sugestão do tratamento é para animais assintomáticos, com condições clínicas compatíveis a terapia, afim de determinar melhor recuperação clínica, apesar de existir a possibilidade de reincidivas e para o proprietário que tenham condições e concordância de levar seus cães periodicamente ao veterinário além de arcar com os custos do tratamento (Cardoso & Cabral, 1998).

O tratamento para lograr efeito clínico, deve ser administrado em doses diárias a cada 8 ou 12 horas. O tempo de administração varia. Alguns protocolos utilizam terapias de 21 dias ininterruptos, outros protocolos realizam dez dias de tratamento com dez dias de descanso. A variação de protocolos pode resultar no surgimento de formas de *Leishmania* resistentes ou talvez, determinar um insucesso no tratamento. Sabe-se que em cães a eficácia da terapia para o calazar é muito baixa, quando muito melhora a sintomatologia clínica mas não elimina a infecção (Genaro et al., 1995; Sousa et al., 2001).

Os medicamentos utilizados para tratamento humano não devem ser usados no tratamento canino, a fim de evitar o desenvolvimento de cepas resistentes, o que dificultaria ainda mais o tratamento da doença no homem, uma vez que as drogas adotadas e consideradas eficientes já são hoje bem restritas e com grande número de efeitos colaterais. O perigo de seleção de resistência pelos tratamentos empíricos não se restringe à *Leishmania*, mas também a diversos outros microorganismos, sendo portanto, um problema de saúde pública, que mais uma vez expõe o confronto do individual com o coletivo.

2.7.4 Controle do vetor

Os amplos inquéritos sorológicos na população de cães e os levantamentos entomológicos nas áreas endêmicas revelam em alguns locais taxas de prevalência de calazar canino muito altas e a presença predominante e abundante do vetor, demonstrando níveis de infecção canina e de densidade vetorial bastante elevados, o que redundam em elevado risco de transmissão para o homem (Vieira & Coelho, 1998).

Os inquéritos entomológicos têm o objetivo de caracterizar áreas de transmissão autóctone do calazar (presença de casos humanos ou caninos), monitorizar a efetividade da ação dos inseticidas e conhecer a distribuição espacial do vetor, sua densidade e flutuações (Controle..., 1996).

Na confirmação da presença da *Lutzomyia longipalpis*, em áreas de transmissão periurbana e onde os vetores sejam acessíveis, está indicada a aplicação de inseticidas de ação residual, tanto no intra como no peri-domicílio, visando a interrupção do elo de transmissão, podendo reduzir com êxito a incidência da leishmaniose humana e a prevalência da doença canina (Monteiro et al., 1994; Controle..., 1996; Cardoso & Cabral, 1998). O inseticida recomendado deve ter a maior atividade residual possível.

O DDT é ainda o mais eficiente produto em uso pelo seu custo e eficácia, além de ser mais barato que os representantes de organofosforados, carbamatos e piretróides. (Filho, 1994). Contudo a tendência é a substituição do inseticida usado por piretróides de síntese. A periodicidade recomendada para a aplicação do inseticida é de seis em seis meses, por um período mínimo de dois anos (quatro ciclos). Em casos de persistência da transmissão, recomendam-se novos ciclos de tratamento com avaliação prévia da sensibilidade do vetor ao inseticida empregado.

A aplicação a ultra-baixo-volume (UBV) com organofosforado ou outro inseticida,

somente está indicada em situações em que se pretende a rápida interrupção da transmissão, pelo combate às formas aladas do vetor (Controle..., 1996).

Além da aplicação do inseticida, para o controle dos flebotomíneos, o manejo ambiental também é considerado um importante fator no combate. Ele consiste em remoção e destruição dos insetos através dos seguintes métodos: destino adequado do lixo (resíduos sólidos), eliminação de áreas úmidas e ricas em matéria orgânica (local propício para criadouros), afastamento dos abrigos naturais como currais, canis, galinheiros, etc., das proximidades dos domicílios, bem com efetuação da limpeza freqüente destes locais.

Medidas de proteção pessoal têm sido empregadas, uma vez que o controle dos flebotomíneos, principalmente em zonas selváticas é praticamente impossível. Todavia, podem-se tomar medidas individuais para evitar picadas indesejáveis. Para isso, dispõe-se de repelentes cutâneos contendo dietilmeraroluamiam (DEET), oferecendo proteção durante várias horas. A aquisição de tais produtos, no entanto, não está acessível a maioria das pessoas que habitam áreas endêmicas.

A utilização de mosquiteiros, como solução individual, tem se mostrado satisfatória para reduzir riscos de transmissão, principalmente em áreas de ocorrência da LTA (FUNASA). O uso de telas com malhas finas em portas e janelas pode impedir a entrada do vetor no intradomicílio e, também, é uma barreira física que pode dar bons resultados quando a transmissão ocorre nesse local.

Para a prevenção em cães, alguns repelentes cutâneos têm sido indicados. O uso de coleiras contendo deltametrin tem promovido ação repelente contra o *L. longipalpis*. (Filho, 1994; Kendrick et al., 1997).

Atualmente a FUNASA propõe enfatizar a prioridade no programa para o controle de vetores, em vez dos reservatórios. Para

isso, o comitê da FUNASA sugere a distinção entre as circunstâncias em que o uso de inseticidas está formalmente indicado nas situações em que as medidas mais conservadoras devem ser tomadas. Recomenda-se que a aplicação de inseticidas seja efetivada quando houver registro de casos humanos na área. Mesmo na presença de casos humanos, a FUNASA recomenda o controle de vetores para as áreas, onde pelo menos uma das três seguintes situações estiverem presentes em uma área limitada: 1) introdução recente da doença, 2) aumento da incidência, 3) incidência cumulativa maior que cinco casos por 100.000 habitantes por ano. Entretanto quando nenhuma destas características acima estiver presente, o comitê recomenda que apenas se intensifique a tentativa de identificação de casos humanos adicionais na área, buscando justificativa para o uso de inseticidas (Costa et al., 2001).

2.7.5 Controle Cultural

O controle cultural é mais uma medida que pode contribuir com o combate ao vetor. Essa proposta pretende mobilizar as diversas camadas da comunidade para implementação do controle de qualquer doença.

Segundo Gama et al. (1998), o conhecimento da população a respeito de uma doença pode favorecer a implementação das estratégias de controle, tornando-as mais eficazes.

Os mesmos autores afirmam que os conceitos, atitudes e credências da população acerca de determinada endemia constituem-se também em fatores importantes para o seu combate.

Gama et al. (1998), conduzindo seus trabalhos sobre o conhecimento que a população residente tem sobre o Calazar no Maranhão, observaram que a população tem um relativo conhecimento sobre os aspectos epidemiológicos e clínicos da doença, porém verificou-se que a maioria desconhece que medidas preventivas podem ser adotadas para o controle do calazar.

Nesse sentido, segmentos específicos da sociedade podem-se contribuir com o controle da LVA como transmissores de conhecimento. A exemplo disto, podemos mencionar os médicos-veterinários seja do serviço público ou particular, que a respeito da LVA, podem fornecer informações preciosas aos proprietários de cães, auxiliando assim, no controle da doença em Belo Horizonte. Estes profissionais atuariam como multiplicadores de informações junto às populações endêmicas.

É de consenso que os médicos veterinários têm uma papel fundamental na sociedade para orientação da população acerca das zoonoses. De acordo com Carmo et al. (1998), em uma avaliação do conhecimento sobre a LVA no município de Belo Horizonte-MG, observou-se que uma grande maioria dos veterinários possuía um conhecimento escasso e, em parte, confuso dos aspectos epidemiológicos da doença. Tais resultados sinalizam para a necessidade de atualização deste profissionais.

Neste contexto, é inegável o papel do médico veterinário como promotor de saúde pública, que além de zelar pelo bem estar animal, empenha-se também pela saúde coletiva, sendo ponderado nas suas ações, sem comprometer as medidas utilizadas no controle humano da doença. Além disso, o profissional veterinário das clínicas particulares ou do setor de saúde pública é também um veiculador de informações para os proprietários de seus pacientes e para a população em geral, contribuindo para uma maior mobilização desta massa no controle do calazar canino.

2.8 A pesquisa qualitativa em Epidemiologia e Medicina Veterinária

Ao longo de sua formação a Epidemiologia apropriou-se da Estatística com o objetivo de subsidiar a estruturação de seu corpo metodológico. Influenciados pelo positivismo das ciências, os epidemiologistas primaram por uma abordagem quantitativa dos fenômenos de saúde.

Segundo Perini (1998) citando Queiroz (1986), este esforço inicial, que caracterizou a abordagem metodológica da Epidemiologia Clássica teve como objetivo a compreensão do processo saúde-doença enquanto um fenômeno biológico e em uma perspectiva mecanicista de seus determinantes.

A ciência epidemiológica aperfeiçoada ao longo da sua existência prima a descrição e a avaliação, com uma busca quantitativa e fragmentadora das determinantes do processo saúde-doença, onde o componente social torna-se mais um fragmento.

Contudo, segundo Minayo (1994) para se abordar temas como Saúde e Doença, há que se considerar que essas categorias trazem uma carga histórica, cultural, política e ideológica que não pode ser contida apenas numa fórmula numérica ou num dado estatístico.

Surge então, a necessidade em Epidemiologia de uma construção de um objeto menos fragmentado e de métodos de análise que permitam o estudo de seus determinantes numa visão mais totalizadora. A Epidemiologia produz conhecimento que será transformado em práticas médico-sanitárias direcionadas para a coletividade, mas que se concretizam no indivíduo. Ao contrário dos modelos reducionistas desenvolvidos pela Epidemiologia Clássica, que consideravam basicamente o componente biológico do indivíduo, generalizando-o para o coletivo.

A tentativa de incorporar o aspecto social, na construção e na análise de seus modelos de explicação do processo saúde-doença, passou a ser o grande desafio da Epidemiologia (Bevilacqua, 1999). Segundo a mesma autora, a abordagem da, então denominada, Epidemiologia social permitiu um avanço da perspectiva convencional, a partir do momento que passa a considerar a natureza histórica e sócio-cultural dos problemas de saúde.

Com base nesse assunto o processo saúde-doença poderá ter duas abordagens: natural

e social. A forma natural é uma forma quantitativa onde são empregados métodos para a caracterização do processo saúde-doença utilizando estatísticas e aspectos probabilísticos do seus determinantes para explicá-lo. A forma social é interpretada a luz de conhecimentos específicos, pois no mundo social encontraremos por exemplo a intencionalidade, onde reina a intenção e o poder probabilístico é submetido e perde o poder explicativo.

Percebe-se então, quão limitado e limitante é a abordagem puramente quantitativa do processo saúde-doença.

Neste momento surge a necessidade da pesquisa qualitativa, rico campo teórico, metodológico para seu conhecimento e interpretação, onde possibilita compreender aspectos importantes como crença, valores, comportamentos, ideais e etc, influenciando no processo como um todo (Minayo, 1994). Para proceder uma análise de observações de motivos, aspirações, atitudes crenças, valores, não poderemos expressar em valores numéricos, por isso necessitam de um referencial de coleta e de interpretações de outra natureza.

Muitas discussões tem surgido a respeito dos métodos qualitativos e quantitativos, onde de uma forma errada tem colocado a pesquisa quantitativa como sendo o oposto da qualitativa. Muitas colocaram que o enfoque qualitativo era simplesmente um exercício especulativo sem valor para a ciência. Qualquer pesquisa com enfoque social que pretenda um aprofundamento maior da realidade, não deve ficar restrita somente ao referencial quantitativo.

Segundo Bevilacqua (1999), nas pesquisas em Epidemiologia, as duas abordagens devem ser entendidas como complementares, não pode ignorar a importância da quantificação do processo saúde-doença, entretanto, nos detemos apenas na análise estatístico, impede uma interpretação mais ampla dessa forma o entendimento do processo na totalidade.

Segundo Andrade (1996) citando Minayo (1993) a pesquisa qualitativa é a mais adequada quando se busca compreender as representações de saúde e doença, uma vez que contempla o aspecto qualitativo do objeto, o que implica em considerá-lo como: "gente em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados".

Sendo assim, a Epidemiologia que em sua postura teórico-metodológica vem discutindo a complementariedade entre as abordagens quantitativa e qualitativa (Minayo, 1994) apresenta-se como o caminho natural para a interação da Medicina Veterinária e a pesquisa qualitativa, buscando perceber os processos de saúde-doença a partir de novos prismas.

3- METODOLOGIA

3.1 Referencial Teórico

Neste trabalho buscou-se trabalhar com paradigmas qualitativos. O paradigma qualitativo, teve sua origem no século XIX, na Alemanha. Alguns acadêmicos, insatisfeitos com o uso de métodos naturalísticos nas ciências sociais, propuseram uma abordagem holística para o estudo dos fenômenos sociais. No paradigma qualitativo, a realidade é construída a partir do quadro referencial dos próprios sujeitos do estudo. O axioma da investigação dos objetos sociais é que os seres humanos respondem a estímulos externos de maneira seletiva. Tal visão é influenciada pela maneira através da qual eles definem e interpretam situações e acontecimentos. Em geral, os teóricos qualitativos sustentam a idéia de que não existem padrões formais ou conclusões definitivas e que a incerteza faz parte de sua epistemologia (Santos, 1999).

Como referencial teórico para o trabalho em pesquisa qualitativa, utilizaram-se as representações sociais.

O termo representações sociais designa tanto um conjunto de fenômenos quanto o conceito que os engloba e a teoria construída para explicá-los. A cunhagem deste termo e, portanto, a inauguração deste campo devem-se ao francês Serge Moscovici.

Moscovici diz-nos que por representações sociais, queremos indicar um conjunto de conceitos, explicações e afirmações que se originam na vida diária no curso de comunicações interindividuais. Já Agostinus & Innes (1990), citado por Leme (1999), concebem representações sociais como teorias que as pessoas tem sobre a natureza dos eventos, objetos e situações no seu mundo social.

Para Codol (1988), citado por Leme (1999), cada indivíduo integra, se apropria, modifica e atualiza, em dado momento, as formas sociais das culturas e dos grupos em que está inserido. Assim, quaisquer que sejam

as múltiplas mediações das representações sociais, no final das contas são sempre os indivíduos que as veiculam e exprimem. Por isso, é perfeitamente legítimo tentar captar os reflexos nas condutas individuais interrogando as pessoas.

Para Lane (1999), a representação social consiste na verbalização das concepções que o indivíduo tem do mundo que o cerca. Nas representações, podem-se detectar os valores, a ideologia e as contradições, enfim, aspectos fundamentais para a compreensão do comportamento social, sem a necessidade de inferir predisposições que pouco garantem uma relação causal com comportamentos. A representação social caracteriza-se como um comportamento observável e registrável e como um produto, simultaneamente, individual e social.

Moscovici (1988), mostra como a elaboração de representação social implica, necessariamente, um intercâmbio entre intersubjetividades e o coletivo na construção de um saber que não se dá apenas como um processo cognitivo, mas que contém aspectos emocionais e afetivos tanto na produção como na reprodução das representações sociais.

Lane (1999) diz que Moscovici realiza uma análise de como se vinculam as representações coletivas às representações individuais sociais. O autor chama atenção para o papel das comunicações de massa na produção de representações tanto coletivas como individuais. Ressalta de forma enfática que se nossas representações são sociais, não é apenas por causa do seu objeto comum ou pelo fato de que elas são compartilhadas. Elas o são igualmente pelo fato de que são produtos de uma divisão de trabalho que as marcam de uma certa autonomia(...). São todas aquelas pessoas que se consagram à difusão de conhecimentos científicos e artísticos: médicos, terapeutas, assistentes sociais, especialista em mídia e em marketing político.

Jodelet citada por Sá (1999), diz que as representações sociais devem ser

estudadas articulando elementos sociais e afetivos e integrando, ao lado da cognição da linguagem e da comunicação a consideração das relações sociais que afetam as representações e a realidade material, social e ideal sobre as quais elas vão intervir.

Lane (1999), diz que, metodologicamente, a representação social permite desenvolver estudos descritivos populacionais analisados estatisticamente e também estudos individuais. Nesse caso, as representações sociais são os dados empíricos dos quais se parte para um procedimento de análise permitindo assim chegar às categorias constitutivas dos sujeitos individuais e sociais.

Moscovici (1988) criou o conceito de representação social para enfatizar a visão de sujeito ativo na sociedade, em contra posição à passividade a que foi reduzido o homem na teoria cognitivista. Para o autor, na relação com a natureza e com os outros homens, tendo em vista a realização de suas necessidades, dentro de um determinado conjunto de relações sociais e de uma cultura específica, o indivíduo cria sua representação das coisas e fixa o aspecto fenomenal da realidade. Moscovici procura não reduzir o conhecimento a um acontecimento intraindividual, em que o social intervém de forma secundária, diz o autor "Devemos abandonar a primazia da percepção em que tudo que concerne ao indivíduo e suas relações com outro e substituí-la pela primazia da representação social que nasce em todas as situações em que a comunicação e a cultura intervém".

Spink (1999) diz que as técnicas verbais são, sem sombra de dúvida, a forma mais comum de acessar as representações. O ideal é o emprego de entrevistas abertas conduzidas a partir de um roteiro mínimo. Dar voz a um entrevistado, evitando impor as pré-concepções e categorias do pesquisador permite construir o objeto de investigação coerente com a pesquisa qualitativa.

3.2 Referencial Metodológico

A abordagem qualitativa parte do fundamento que existe um vínculo dinâmico

e indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito (Santos, 1999).

As pesquisas qualitativas são, em sua maior parte, voltadas para a descoberta, a identificação, a descrição aprofundada e a geração de explicações. Buscam o significado e a intencionalidade dos atos, das relações sociais e das estruturas sociais.

Para Lane (1999) as representações sociais se encontram no nível do empírico o que possibilita captar este processo nos indivíduos. As representações veiculadas pela linguagem são dados empíricos e portanto são ponto de partida para a análise de qualquer trabalho.

O material básico da investigação qualitativa é a palavra que expressa a fala cotidiana, tanto ao nível das relações quanto ao nível dos discursos (Santos, 1999). Este trabalho se propôs a, partindo do discurso de alguns veterinários sobre modelo epidemiológico e medidas de controle da Leishmaniose Visceral Americana, analisar o processo de representação dos trabalhadores de saúde no setor público e privado em Belo Horizonte.

O estudo contou com cinco sujeitos. Nesse tipo de estudo segundo Bock (1999), a preocupação não é com a quantidade, pois cada sujeito em sua singularidade carrega características da totalidade da categoria que só se apresenta como um todo por estar presente em cada um. Os cinco sujeitos estavam caracterizados da seguinte forma:

Sujeito 1 - médico veterinário atuante em Instituição Pública: Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Veterinária, Departamento de Medicina Veterinária Preventiva.

Sujeito 2 - médica veterinária atuante em Instituição Pública: Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Veterinária, Departamento de Clínica e Cirurgia.

Sujeito 3 - médica veterinária atuante e clínica veterinária privada e própria situada na região nordeste de BH.

Sujeito 4 - médico veterinário atuante em clínica veterinária privada como prestador de serviço em clínica situada na região sul de Belo Horizonte.

Sujeito 5 - médico veterinário atuante em Instituição Pública, Secretaria Municipal de Saúde, Serviço de controle de Zoonoses.

Esses sujeitos compuseram a amostra por serem representantes significativos do conjunto, terem alguma inserção profissional com a LVA, por optarem ou não pelo tratamento, atuarem em instituição pública ou privada e em diferentes áreas.

O tamanho da amostra não é fator determinante da significância em um estudo qualitativo. Tipicamente a pesquisa qualitativa trabalha com amostras relativamente pequenas (até mesmo estudos de um só caso {n=1}, intencionalmente selecionadas e não randomicamente selecionadas. A amostra é escolhida com a intenção de iluminar as questões sob estudo e de aumentar a amplitude dos dados, ou seja, de desvendar realidades múltiplas (Santos, 1999).

Para Minayo (2000), a questão da validade da amostra na pesquisa qualitativa em saúde está na sua capacidade de objetivar o objeto empiricamente, não em um número quantitativo definido a priori. Segundo a mesma autora, em uma abordagem qualitativa busca-se a compreensão de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, ou de uma representação. Seu critério portanto não é numérico, assim, a amostragem qualitativa privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer. O conjunto dos entrevistados deve possuir as experiências e expressões que se pretende objetivar com a pesquisa.

Na pesquisa qualitativa, considera-se a amostra como suficiente quando há uma certa reincidência das informações (Minayo, 2000).

Foi realizado um pré-teste com 45 clínicos veterinários da região de Belo Horizonte. Buscou-se conhecer, utilizando-se entrevista semi-estruturada o conhecimento do modelo epidemiológico e medidas de

controle sobre a Leishmaniose Visceral Americana. Neste estudo, observou-se uma reincidência das informações obtidas pelos entrevistados, o que possibilitou a realização deste presente estudo.

Os dados foram coletados através de entrevista aberta, gravadas em fitas k-7, com duração média de 60 minutos. As entrevistas foram individuais e, em função do grau de sistematização, foram semi-estruturadas. Segundo Santos (1999), entrevistas semi-estruturadas é aquela em que a comunicação é focalizada, com perguntas abertas, além da conversação do dia-a-dia; as perguntas estão escritas num guia ou roteiro flexível. Neste trabalho, as perguntas que direcionaram as entrevistas, abordaram algumas questões como: importância da doença como zoonose, enfoque da doença na instituição, incidência de casos em clínicas, execução das estratégias de controle e seus resultados seja no setor público (serviço de saúde pública) ou privado (clínicas veterinárias).

As entrevistas gravadas foram imediatamente transcritas pela autora da pesquisa em um prazo máximo de 72 horas. Para viabilizar a análise de conteúdo, todas as entrevistas foram transcritas exatamente como consta nas fitas gravadas. Segundo Souto (1999), em diversos casos é mais fácil entender o que o entrevistado quis dizer a partir da escuta em vez da leitura da entrevista. Segundo o autor, reconhece-se que a linguagem falada é entremeada de gestos, pausas, expressões corporais e hábitos de linguagem tais como: "né?", "tá?", que dificultam seu perfeito entendimento depois que ela é transcrita. Assim, segundo recomendações do autor foram respeitadas as idiosincrasias de linguagem dos entrevistados.

A análise dos dados em pesquisa qualitativa pode ser realizada pelo método de análise de conteúdo, conceituada por Bardin (1977) como:

"Um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a

inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens"

Segundo este autor, o método de análise de conteúdo pode ser dividido em três etapas básicas: a pré-análise, a descrição analítica e a interpretação inferencial que podem ocorrer de forma simultânea.

Segundo Andrade (1996), a pré-análise é considerada por esse autor como a fase de organização propriamente dita, é uma etapa de atividades não estruturadas, abertas, por oposição à exploração sistemáticas dos documentos. Além disso, segundo a mesma autora, a pré-análise dos dados iniciadas durante a transcrição e leitura das entrevistas possibilita pouco a pouco que a leitura se torne mais precisa num sentido de identificar as categorias de análise. A leitura flutuante é uma atividade da pré-análise que consiste em estabelecer contato com os documentos a analisar e em conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações (Bardin, 1977). A partir desta atividade de pré-análise podem ser iniciados "recortes de texto" em unidades comparáveis de codificação para registrar os dados e de categorização para a análise temática da modalidade.

Neste contexto enquadra-se a fase analítica que segundo Andrade (1996) é a etapa na qual se realiza o estudo aprofundado das entrevistas, segundo as hipóteses e o referencial teórico escolhido. Após a transcrição das fitas, a interpretação se deu em aproximações do texto sem padrão prévio afim de procurar segmentos significativos (categorias). É nessa etapa que se realizam a codificação e a categorização dos dados.

Ao se fazer a opção pelo uso desta forma de análise para os depoimentos obtidos, foi determinante, também, a coincidência de objetivos entre a proposta da pesquisa e a da análise de conteúdo. Quando se escolheu a entrevista semi-estruturada para a coleta de dados, pretendia-se não descrever tão somente os conteúdos mas, sim, o que eles poderiam trazer após serem tratados nos casos, através do uso de métodos de categorias.

As categorias podem ser definidas a priori ou não, de acordo com o desenvolvimento da pesquisa.

A categorização é a operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e seguidamente por reagrupamento, segundo o gênero, com critérios previamente definidos (Bardin, 1977). Segundo este autor, as categorias são rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos em razão dos caracteres comuns desses elementos.

Segundo Andrade (1996), para se classificar em os elementos em categorias é fundamental investigar o que cada um deles tem em comum com os outros. A categorização objetiva fornece, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos.

Na análise dos dados, organizou-se o discurso dos sujeitos a partir das seguintes categorias: importância da LVA como zoonose, relação homem-cão (representação afetiva do cão), medidas de controle do calazar (eutanásia, tratamento canino) e o papel do médico veterinário, seja das clínicas particulares, instituições ou do serviço público.

A interpretação inferencial é a terceira etapa do processo de análise de conteúdo e consiste num procedimento através do qual se deduz de maneira lógica (inferir) o conhecimento sobre o conteúdo das mensagens (Andrade, 1996). Nesta etapa é possível estabelecer relações entre as categorias de análise, a realidade e o referencial teórico no qual se embasa o estudo. (Bardin, 1977).

As pesquisas qualitativas se preocupam sobretudo com uma interpretação holística, percebendo os fatos e os valores como fenômenos que são intrinsecamente interligados. A apresentação dos dados se baseia fundamentalmente na descrição narrativa (Santos, 1999).

4- RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1- Leishmaniose Visceral Americana: uma zoonose reemergente e expressiva

Sabe-se que a leishmaniose atualmente é uma doença que se encontra em franca expansão nos centros urbanos, onde assume grande importância enquanto zoonose, conforme citado anteriormente (Neves, 1988; Monteiro et al., 1994; Nascimento, 1996; Wolday et al., 1999; Ashford, 2000).

Nesse sentido, é inegável a importância da Leishmaniose enquanto zoonose, principalmente por ter como reservatório principal da doença no meio urbano o cão, e por abranger diferentes parcelas da população mesmo que haja diferença na susceptibilidade dos afetados.

Os sujeitos entrevistados reconhecem a importância da LVA como uma zoonose que coloca em risco a saúde das pessoas, principalmente daquelas que têm o cão como animal de estimação, portanto, mais expostas a doença (Deane, 1956; Dietze et al., 1997).

"...Eu acho que a LVA como zoonose é muito importante, principalmente porque é uma doença que pode causar morte. A LVA é um grande problema para a população, para a família e para os outros cães que estão convivendo com este animal. Porque aqui no bairro, já tem tido casos humanos com morte..."

(Sujeito 3 – clínica particular)

"... A importância da Leishmaniose num país em desenvolvimento que apresenta grandes disparidades sócio econômicas está muito associada a questão da falta de acesso a uma parcela grande e significativa da população tanto que no que se refere ao atendimento médico de qualidade e a questão nutricional. A gente sabe que a leishmaniose tem uma importância maior naquela faixa da população onde você tem uma deficiência em níveis nutricionais.

Isso ainda é uma realidade bastante acentuada principalmente em algumas regiões do Brasil, onde você inclusive, tem uma letalidade alta"

(Sujeito 5 - saúde pública)

"...Pelo o que eu já vi a LVA é uma doença oportunista, inclusive ela é muito importante para as pessoas que tem aids e uma situação sócio econômica inferior e crianças subnutridas. Nesse termo, em termos de Brasil, ela tem uma importância muito grande principalmente como o cão portador. A importância que eu vejo é então em pessoas de baixa renda, imunossuprimidos e idosos..."

(Sujeito 4 - clínica particular)

"... Eu acredito no potencial zoonótico da chagasi, que é uma zoonose, acredito no potencial zoonótico do cão..."

(Sujeito 2 – Instituição Depto Clínica e Cirurgia)

"...A Leishmaniose é importante porque ressurgiu numa situação de pobreza, num raio de ação maior com a população peri-urbana muito maior e muito mais pobre..."

"...é uma zoonose de notificação compulsória, portanto, uma doença perigosa para nós, pode se não cuidada, causar uma epidemia e causar muitos problemas humanos..."

(Sujeito 1 – Depto Med. Vet. Preventiva)

Percebe-se através da fala dos sujeitos, que eles particularmente reconhecem o potencial zoonótico da Leishmaniose e suas implicações para a saúde coletiva. Deste modo, supõe-se que o reconhecimento da doença como uma grave zoonose merecerá considerações no momento das medidas de controle para o calazar canino.

4.2- A domesticação e representação do cão

De acordo com muitos estudiosos, o cão doméstico deriva provavelmente do lobo ou

de um ancestral canino muito semelhante ao lobo. Uma das principais evidências é de que ambos possuem o mesmo número de cromossomos e até hoje podem reproduzir entre si e produzirem descendentes férteis (Young, 1985 citado por Bevilacqua, 1999)

Com o fim da era glacial no final do Paleolítico, os lobos e os homens acompanharam a migração dos rebanhos de grandes mamíferos. Os lobos foram associando-se aos grupos humanos alimentando-se dos restos de sua caça.

A permanência destes animais próximos ao grupo humano tornou-se aceitável, pois ofereciam ao grupo proteção ao reagir à presença de pessoas ou animais estranhos.

Desta forma, os animais selecionados para domesticação possuíam características compatíveis com o convívio na presença do homem, apresentando-se como animais menos agressivos e mais submissos. Desde então, cruzamentos diversos originaram uma diversidade enorme de raças que com o passar do tempo começaram a desempenhar diferentes funções, como: cães de utilidade (condução de deficientes visuais) e cães de companhia (ajudadores psicossomáticos) amenizando a solidão do homem e mantendo seu dono ocupado; cães policiais; cães para criação (canis) e cães pastores, não estritamente de caça e guarda como usava-se antigamente.

Segundo Bevilacqua (1999), são três as características que diferenciam os animais de estimação dos demais. A primeira é o fato destes animais possuírem permissão de entrar na casa do proprietário ou até mesmo serem criados dentro do lar; a segunda questão é que estes animais recebem um nome pessoal e individualizado, até mesmo a possibilidade de ter um nome humano; e por último o fato de jamais servirem como fonte de alimento aos indivíduos que os criam.

Com o passar dos anos, o cão se diferenciava dos demais animais presentes no mesmo ambiente como bois, cavalos, porcos e assumia um papel de membro da família, companheiro e, porque não, o

melhor amigo do homem. Essa conotação estreitava sua relação com seus donos, que, independente da classe social, faziam deste cão um indivíduo cada vez mais presente no convívio familiar.

Com a industrialização, a urbanização cresceu progressivamente e produziu mudanças na estrutura social como um todo (Monteiro et al., 1994). As casas amplas foram abandonadas ou desfeitas, dando lugar a espaços reduzidos de moradia. Em função dessa mudança, o papel dos animais de estimação na sociedade foi alterado em um ritmo que varia em diferentes etapas de desenvolvimento em todo o mundo. O sentimentalismo devotado ao cão como animal de estimação suscitava o apreço de pessoas pertencentes as mais variadas classes sociais. A posse de mascotes não é um interesse somente da minoria; ou seja, entre um quarto e três quartos das famílias em cada país do mundo têm estes animais (Fogle, 1992). Além disso, as necessidades de trabalho, lazer, afeto se transformaram em uma concepção individualista, que acabou moldando a construção da sociedade contemporânea (Carvalho, 1994 citado por Bevilacqua, 1999).

Pode-se observar esta idéia na fala deste sujeito:

"...as pessoas vieram de sociedade individualista, atemorizada onde estão cada vez mais isoladas e o cão passa a ter um papel fundamental e as pessoas passam a ter uma afinidade mais próxima desse cão..."
(Sujeito 1 Depto de Med. Vet. Preventiva)

Outro fator que diz respeito a percepção do animal como objeto de valor sentimental que reforça os vínculos afetivos do cão com o proprietário.

"...O cão sempre tá ligado a fatores afetivos, o cão vive dentro de casa, dorme na cama, isso é muito comum, o cachorro dorme na cama com o proprietário..."
(Sujeito 4 – clínica veterinária)

Nesse contexto, a supervalorização do indivíduo cria um modelo de comportamento que pressupõe a indiferença social, determinando a transferência das necessidades afetivo-emocionais do homem contemporâneo para os limites de sua moradia (Carvalho, 1994 citado por Bevilacqua, 1999).

Paralelo a este processo de individualização, que se instala gradativamente na sociedade, ocorre também um sentimentalismo em torno das relações homem-animal de estimação, que promove uma imagem humanizada do animal. Há tempos atrás, os humanos foram descritos inicialmente como provedores de cuidado e os animais como receptores de cuidado, entretanto, posteriormente, propôs-se a idéia de que o homem cria e espera que estes animais de companhia os "brindem" de cuidados. Estes cuidados podem ser descritos como recompensas emocionais importantes, além desta união entre homem e animal de estimação promover uma sensação calmante, tranquilizante, consoladora e protetora. Muitos proprietários de mascotes experimentam em relação ao seu cão e gato uma fantasia de união na qual o animal não é simplesmente um objeto que se cuida, mas sim um provedor extrahumano de cuidado, sendo uma fonte de sentimentos de atenção, segurança e lealdade (Fogle, 1992).

Percebe-se que o cão assume um perfil de um indivíduo que faz parte da família, que se expressa, sinaliza sentimentos, transmite alegrias, traz segurança e companhia. Existem também benefícios terapêuticos. Quando as pessoas acariciam seus animais de estimação, a sua pressão sanguínea, temperatura da pele e frequência cardíaca diminuem. Os animais de estimação influenciam positivamente as taxas de sobrevivência de pacientes com severas doenças cardíacas (Fogle, 1992).

Dentro dessa perspectiva, observa-se até mesmo um retorno financeiro aos seus proprietários e ao setor médico que cuida da saúde animal. As estatísticas mostram um papel promissor para o veterinário de hoje.

O aumento da obtenção de mascotes promove um incremento no número de veterinários envolvidos nos cuidados desses animais de companhia (Fogle, 1992).

Esses animais de estimação podem ser considerados como um último vínculo da sociedade urbana com o seu passado (Fogle, 1992).

Assis et al. (1996) analisando o perfil da população acerca dos animais de estimação, observaram que o cão é a espécie de predileção. A maioria dos entrevistados (78,9%) sempre teve animais de estimação. Destes, 30,3% consideravam os animais como membros da família. Esses resultados sinalizam para uma crescente importância dos animais de estimação na sociedade moderna. É necessário que as ações de planejamento e controle considerem o papel desempenhado pelos mascotes e o papel das pessoas que os possuem, buscando formas de contornar possíveis problemas.

Nesse contexto, qualquer fator que coloque em risco a saúde do cão pode afetar também o bem-estar da família que o acolhe.

Diante das inúmeras doenças que afetam o cão, a Leishmaniose Visceral Americana é considerada hoje uma zoonose que apesar de não apresentar alta prevalência, chama atenção por alguns aspectos particulares, entre eles: o seu rápido crescimento nos últimos anos, não só em número de casos, mas em dispersão geográfica, e a estreita relação entre o homem e cão, o principal reservatório da doença no meio urbano (Santa Rosa & Oliveira, 1997). Desta forma, o Calazar é um agravo, pois trata-se de uma zoonose importante, onde o cão é considerado o principal transmissor da doença no meio urbano, e a sua eliminação é a medida de controle preconizada, já que o tratamento não promove a cura do animal (Alvar et al., 1995; Cardoso & Cabral, 1998). Segundo Silva et al. (2001), do ponto de vista epidemiológico, a doença canina é considerada mais importante que a doença humana, pois, além de ser mais prevalente,

apresenta grande contingente de animais assintomáticos albergando parasitos no derma. O intenso parasitismo dérmico, a presença de cães no ambiente peridomiciliar e a dispersão destes animais por meio das pessoas ou abandono, confirmam a importância deste animal como a origem da infecção por *L. longipalpis* na transmissão para o homem e outros animais (Deane, 1956; Alencar, 1959; Silva et al., 1997). Por este motivo, a doença é considerada uma grande ameaça a vida deste cão, o que pode ser percebido no relato de um representante acadêmico do setor de Clínica:

"...Quer dizer eu tenho um cão, né, que é para minha proteção, eu tenho um cão que é para minha companhia, eu tenho um cão que é para vender o filhotinho, eu tenho canil! e isso, isso e isso. Mas o meu cão, paira sobre ele a ameaça de morrer de uma doença a mais! E já tem tantas. Tantas coisas que ameaçam a vida como um todo e ainda tem mais essa. Uma coisa que quando eu formei não existia e agora a minha "gigi" pode morrer disso, né?..."

(Sujeito 2 – Instituição - Depto de Clínica e Cirurgia)

Observa-se através da fala deste sujeito, que a Leishmaniose para ele e principalmente para seu cão é verdadeiramente uma ameaça, além disso percebe-se que o cão assume diferentes representações como companhia, como fonte de recursos na venda de filhotes e finalmente como valor sentimental. Verifica-se um sentido de posse ao dizer: "**minha Gigi**", identificando o animal como propriedade e parte dela, como um ser ameaçado e que corre o risco de vida.

Um interessante aspecto na relação cão/veterinário/proprietário começa a surgir, em função da representação que o cão tem para seu dono e para seu médico. Como já foi descrito anteriormente, o perfil do cão se modificou ao longo desses anos, quando passou a ser participante ativo da família, tendo direito a recordações em forma de

retrato, e recebendo até mesmo um nome humano.

Essas evidências são explícitas nas seguintes falas:

"...eu perdi uma cachorra de Leishmaniose, a "rebeca" eu tenho até o retrato dela aqui...minha mãe era louca, apaixonada por ela, criou ela desde filhotinho..."

(Sujeito 2 – Instituição - Depto de Clínica e Cirurgia)

"...Eu não consegui sacrificar ela, ela é a minha cachorra. Tenho uma ligação muito afetiva com ela, tive que tratar...não consegui..."

(Sujeito 4- clínica particular)

"...Eu percebo isso, todo mundo que vem aqui para tratar o cão é porque tem uma ligação muito afetiva com o animal..."

(Sujeito 4- clínica particular)

Esse aspecto também é percebido pelos profissionais ligados ao serviço de saúde coletiva, que em função de seus serviços, observam esta relação de afetividade entre o cão e o homem.

"...As pessoas sentem e têm grande afetividade e carinho pelo animal..."Eu também sou criador de cães e tenho uma relação afetiva muito forte com eles..."

(Sujeito 5 saúde pública)

Diante disso, qualquer cuidado ou agressão dirigido ao cão dirige-se também a sua família.

A importância do cão no convívio familiar e a sua representação como membro da família fez deste animal uma importante peça no controle da doença, já que para ele, não há outra medida senão o sacrifício. Mediante isso propôs-se outras alternativas de controle que serão discutidas posteriormente.

4.3- A introdução da epidemia em Belo Horizonte e a atuação do serviço público

Belo Horizonte foi um dos primeiros grandes centros urbanos a manifestar a doença. Há descrição de casos de Leishmaniose desde os meados da década de 80, entretanto a doença não se manifestou de uma forma epidêmica (Monteiro et al., 1994; Sousa et al., 2001).

De acordo com Monteiro et al. (1994), algumas áreas do país, como no estado do Ceará, Jacobina (Bahia) e o vale do Rio Doce (Minas Gerais) foram palco do emprego de estratégias para o controle dos elos vulneráveis da cadeia de transmissão: o tratamento oportuno dos casos humanos, a detecção e eliminação dos cães e a aplicação de inseticidas. De acordo com Monteiro et al. (1994), começou-se um processo de reestruturação interna nos serviços de saúde pública que prejudicaram um trabalho de prevenção para a Leishmaniose.

Isto é confirmado na fala dos seguintes sujeitos:

"...houve uma perda por um período de 3 a 4 anos muito grande de detectar positivados... Então uma das atividades que foram extremamente prejudicadas foi a questão da leishmaniose. Porque nós não desenvolvemos um trabalho de prevenção..."

(sujeito 5 – Saúde Pública)

"...Eu acredito que houve um despreparo com certeza, sem falar mal de ninguém, mas houve uma desarticulação do serviço e quando desarticula o serviço, desarticula por inteiro..."

(Sujeito 1 - Instituição – Depto Med. Vet. Preventiva)

Como foi citado anteriormente, a legislação traçou rumos para a descentralização das ações de saúde. Diante da estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) e do processo de municipalização, tornou-se necessário discutir em profundidade a forma

de transferir para os municípios a tarefa de controlar as doenças endêmicas de suas áreas, tradicionalmente a cargo da FUNASA, em execução vertical e centralizada (Monteiro et al., 1994).

Com isso o serviço sofreu algumas mudanças que culminaram com um despreparo e falta de treinamento das pessoas envolvidas neste processo.

Essa posição pode ser observada pelos sujeitos entrevistados que confirmam a mudança que desarticulou o serviço e promoveu uma demora na sua reestruturação.

"...O que ocorreu é que após esse período houve de todas as áreas de saúde um processo de descentralização..."

(sujeito 5 – Saúde Pública)

"...a questão é que houve uma mudança que foi um processo de descentralização das atividades e que demorou tremendamente para que a gente reestruturasse e criasse as condições em cada distrito e no próximo setor de serviço unificado do controle de zoonoses da cidade, para a gente desenvolver as atividades o que houve é que o que eu falei: falta de agilidade do poder público para ele se reestruturar, para ele assumir aquelas novas atividades..."

(Sujeito 1- Instituição – Depto Med. Vet. Preventiva)

A desestruturação explica a demora em reestabelecer o controle da doença, entretanto esses argumentos não são suficientes para justificar a negligência do Estado em permitir o avanço do Calazar.

A partir da década de 90, começaram a ocorrer os primeiros casos humanos e caninos na região metropolitana de Belo Horizonte, que culminou com a dispersão da doença em toda as regiões da cidade de uma forma contínua e progressiva (Oliveira et al., 1998; Bevilacqua, 1999). Desde a introdução da LVA em 1992, observa-se a

expansão da doença principalmente nas áreas periurbanas de Belo Horizonte.

O serviço de zoonoses da prefeitura, apesar de esforços sucessivos, não foi capaz de controlar o avanço da epidemia no município (Oliveira et al., 1998).

Em 1994, notou-se a dispersão da doença na cidade, uma vez que era possível perceber que começaram a surgir casos positivos caninos em outros pontos da região, diferentes daqueles originados, fazendo-se necessário um conhecimento abrangente da situação do município (Oliveira et al., 1998; Bevilacqua, 1999).

Ao se deparar com este quadro em Belo Horizonte, o serviço público assumiu mais uma vez sua incapacidade, desta vez, por se mostrar inexperiente em conter o avanço de uma epidemia que até então nada se conhecia na prática.

"...A LVA é uma doença que praticamente não existia nos grandes centros urbanos. Havia uma inexperiência muito grande, tanto ao que se refere no serviço de controle de zoonoses, como se refere também a questão da doença humana..."

(sujeito 5 – Saúde Pública)

Com o serviço público vulnerável, as ações de combate que atuaram nas medidas clássicas de controle estabelecidas para a LVA como assinaladas por Genaro (1995) e Sousa et al. (2001), não tiveram os resultados esperados e a doença se expandiu, deixando os profissionais da classe insatisfeitos com a ação da prefeitura (Oliveira et al., 1998).

Os inquéritos caninos e a eliminação dos cães positivos passaram a ser as medidas preconizadas. Para o reservatório, segundo Monteiro et al. (1994), as coletas sanguíneas recomendadas a serem examinadas semestralmente nem sempre foram processadas, dadas as dificuldades operacionais. Com isso essa fonte de infecção permaneceu ativa, deixando exposta a população humana suscetível a adquirir e desenvolver a doença. A demora

no reconhecimento e diagnóstico da LVA, particularmente por profissionais da área de saúde, também contribuiu para a falta de detecção precoce dos casos suspeitos.

Os veterinários de pequenos animais sinalizam uma insatisfação quanto ao serviço da PBH, seja na realização dos exames, entrega dos resultados ou na retirada dos animais.

"...Eu acho que a prefeitura não tem sido muito eficaz. Quando colhem sangue dos animais a gente não sabe como tem feito isso, qual método utilizado, nem sempre temos uma segurança. Eu sinceramente não tenho conhecimento dentro da prefeitura para afirmar que o exame é 100% garantido. O fato deles demorarem tanto tempo para enviar o resultado, fica meio incerto..."

(Sujeito 3 - Clínica veterinária)

"...O trabalho da prefeitura, as vezes parece que é para ter um efeito psicológico nas pessoas..."

(Sujeito 4- Clínica particular)

"...Além disso quando buscam o cachorro para sacrificar eles arrancam o cão sem nenhuma preparação do proprietário, sem explicar nada sobre a doença, como pegar, como prevenir, nada disso é feito. As pessoas que estão trabalhando com isso não estão informadas..."

(Sujeito 3 - Clínica veterinária)

"...O serviço da prefeitura não tem sido bom...é falho..."

(Sujeito 2- Instituição-Depto Clínica e Cirurgia)

O serviço de controle de zoonoses, além de combater o reservatório, tem a obrigação de controlar o vetor através da realização de inquéritos entomológicos e da aplicação de inseticidas no domicílio e peri-domicílio (Monteiro et al., 1994; SES- MG, 1994; Controle..., 1996; Cardoso & Cabral, 1998; Alves, 2001).

Contudo, as insatisfações quanto às ações da prefeitura não se limitaram ao reservatório, mas também no combate ao vetor.

De acordo com o relato abaixo, observa-se claramente a falta de informações que do serviço público possuem frente ao combate do vetor, que envolve entre outros aspectos entomológicos, a sua biologia. Isso sinaliza para um desperdício de recursos que estão sendo empregados em uma situação que não apresentará resultados.

"...o agente de saúde hoje estava jogando veneno em pleno inverno! O que deveria ser feito agora é a preservação dos córregos, eliminação das coleções de água, catação de lixo e etc..."

(Sujeito 1 – Instituição - Depto Med. Vet. Preventiva)

As falhas no controle da LVA são evidentes para os profissionais do setor privado e até mesmo do setor público. Porém existem fatores que são inerentes ao esforço da atividade humana e são a eles que se atribuem as falhas no controle da doença.

Obviamente que a situação em que se encontra o Calazar, não é intenção do serviço público, pois a própria estrutura do Estado tem passado por reformulações para tentar resolver os problemas sanitários de Belo Horizonte que não compreende somente a Leishmaniose, como pode-se observar no relato abaixo.

"...Uma veterinária da prefeitura me disse uma vez quando eu perguntei, com um pouco de agressividade na pergunta: Uai fulaninha, você mata meus pacientes, mas é incapaz de fazer uma borrifação? Você não está vendo que isso está falho? Ela me disse: - eu enxergo isso sim, tanto que enxergo que fui ao secretário de saúde e disse para ele que precisava de uma quantia X para borrifar a cidade devido a leishmaniose, nesta época não existia nem dengue. O secretário me respondeu o seguinte: Eu tenho X/3 para o ano

inteiro. Você quer que eu deixo as crianças morrerem de gastroenterite ou você quer que eu te dou este X/3 para proteger seus cachorros?..."

(Sujeito 2 – Instituição- Depto Clínica e Cirurgia)

"...O procedimento da prefeitura é falho? É. Mas por que são incompetentes? Não! Mas, realmente faltam recursos..."

(Sujeito 2 – Instituição- Depto Clínica e Cirurgia)

Nota-se que as áreas em que este tipo de serviço deve atuar é muito grande, ou seja, envolve fatores políticos, econômicos, culturais e sociais. Portanto o serviço público é responsável em determinar ações nas áreas de saneamento básico, nutrição, educação, assistência médica e outras que são igualmente importantes às doenças, entre elas, as zoonoses. Mediante essa grande demanda do serviço público, são necessários alocações de recursos humanos e material para suprir deficiências qualitativas e quantitativas, que o próprio Estado apresenta.

Entre essas deficiências pode-se destacar o número atual de profissionais e funcionários necessários para a execução de tarefas visando um serviço com qualidade. Além disso, faltam insumos, recursos materiais e recursos financeiros para que o serviço alcance seus objetivos. Essas dificuldades tem representado um entrave ao trabalho dos profissionais ligados ao setor público tornando-os impossibilitados de dar uma resposta coerente a situação que a população vivência. Como foi citado anteriormente, as ações de controle para a Leishmaniose Visceral Americana englobam atividades dispendiosas (Monteiro et al., 1994).

"...O controle da doença por exemplo: Você começa a fazer a sorologia canina e em determinado momento você tem que parar, porque você tem que trabalhar com outra doença. Tá faltando insumo, dificuldade na produção de imunobiológicos, falta de

divulgação, falta conscientização, participação, recursos disponível para tratamento internamento. Então é uma série de situações que o Estado não está organizado, falta gente, falta funcionários para muita demanda de trabalho. Não tem material para se trabalhar, não tem divulgação...

(sujeito 5 – Saúde Pública)

"...Existe uma coisa que temos que pensar que é o ótimo e o que é o possível. Dentro da minha realidade eu planejo no ótimo, mas na maioria das vezes executo no possível. E no possível me refiro não só a questão qualitativa mas quantitativa, ou seja, não só a quantidade mas a qualidade e na qualidade me refiro na parte de recursos humanos e materiais..."

(sujeito 5 – Saúde Pública)

"...O Estado começa a ficar perdido por ele ter que dar resposta ao que se refere trabalho, saneamento básico, ensino, ciência, telecomunicações, urbanização, enfim, mas isso é bom, pois temos uma sociedade dinâmica e não passiva. As pessoas são ativas, mas a gente que está lá para dar resposta via Estado, muitas vezes deixa a desejar, frustra... a gente se sente incapaz entendeu?..."

(sujeito 5 – Saúde Pública)

A impossibilidade de se executar todas as tarefas planejadas devido a falta de recursos é uma realidade incontestável. Os recursos financeiros, materiais e humanos para a implementação de melhores condições de saúde para a população são insuficientes para conter o avanço de algumas enfermidades, além de outras mazelas que atingem a sociedade concentrada nos grandes centros urbanos com baixíssimas condições de saúde, higiene e moradia.

Percebe-se também que os profissionais dessa área se sentem frustrados por não poder responder às reivindicações da população, uma vez que esta ação não

depende exclusivamente do serviço e da capacidade deles, mas envolve questões políticas e econômicas já comentadas, dentro dessa perspectiva.

Deve-se considerar também que além de todos os problemas financeiros e humanos que o serviço público tem enfrentado, ocorrem situações em que duas epidemias podem surgir simultaneamente, como foi o caso da Dengue e da Leishmaniose na região metropolitana de Belo Horizonte. Neste sentido, as forças direcionadas para conter o avanço do Calazar tiveram que ser interrompidas para iniciar-se o controle da Dengue, que segundo os profissionais do serviço, possui caráter explosivo, mais preocupante para a população humana.

"...Então BH teve a infelicidade de ter que trabalhar com duas doenças praticamente ao mesmo tempo que exigem do poder público um grande investimento tanto em recursos materiais, humanos..."

"...Então BH, nós tivemos muitas vezes que fazer a opção entre colocar Dengue e deixar a Leishmania mais um pouco de lado, porque os recursos disponíveis não davam para a gente trabalhar as duas doenças ao mesmo tempo..."

(sujeito 5 – Saúde Pública)

"...Existe uma diferenciação muito significativa de como a Leishmaniose se comporta, de como a Dengue se comporta. A Dengue tem um caráter mais explosivo em termos de infectividade ao ser humano do que a Leishmania. Outra coisa é a questão da forma como a Dengue pode se manifestar (clássica e hemorrágica)..."

(sujeito 5 – Saúde Pública)

Diante dessa realidade, pode-se inferir que o controle pela prefeitura se mostra deficiente, quanto ao sistema e não pela ineficiência dos que trabalham direcionando estas ações. A falta de recursos disponíveis para as ações de saúde é uma questão muito delicada, no tocante ao destino de recursos financeiros, quando as prioridades

parecem ser inúmeras. A escolha em resolver um problema enquanto o outro tem que esperar, não traz satisfação para nenhum profissional que convive diariamente com questões graves envolvendo a saúde pública.

O relato do veterinário do serviço público, reflete este dilema vivido no seu dia-a-dia .

"...Não é fácil você dar uma resposta para uma pessoa com poder aquisitivo alto que quer que resolva o problema do seu cão. Mas ao mesmo tempo eu tenho que dar uma resposta ao pai de uma criança que a criança está com leishmaniose! Então eu tenho que dar o atendimento médico adequado para a criança e ao mesmo tempo tenho que atender o indivíduo que está insatisfeito porque seu animal de estimação contraiu a doença. Então ele quer que o poder público resolva o problema dele. Ele está correto, ele paga impostos e exerce sua função de cidadão igual ao outro. Só que muitas vezes eu tenho que olhar com mais carinho em que situação? A da criança. Muitas vezes em detrimento do cão. Muitas vezes eu tenho que deixar o cão esperando, como se tivesse atendendo dois telefones, um fica na espera enquanto eu atendo o outro. É uma situação conflitante..."

(sujeito 5 – Saúde Pública)

Diante disso, aguarda-se por um planejamento e uma maior disponibilidade de recursos, que permitam oferecer a população humana uma melhoria na qualidade de serviço, conseqüentemente uma melhoria de vida. O desejo da população e do serviço público, obviamente, seria uma melhoria eficaz no serviço.

A liberação de mais verbas para aplicação nos serviços de saúde seria uma das possíveis soluções, entretanto, prever a aplicação deste recurso é praticamente impossível, pois torna-se delicado escolher entre o controle de epidemias ou aumento no número de vagas num CTI pediátrico. Percebe-se que é uma situação conflitante

para aqueles que trabalham planejando ações em saúde. Segundo o veterinário do serviço de saúde pública, quem trabalha no setor coletivo não pode ser tendencioso ao dar mais atenção a uma determinada situação. É necessário ter uma visão mais ampla de todo o processo, conhecer o que realmente é uma necessidade da população e decidir nessa direção.

"...Se você for ter uma visão mais crítica do processo como um todo a população no seu dia-a-dia, não sei se a prioridade vai ser grandes investimentos com relação a LVA ou um aumento no número de vagas no CTI pediátrico, ou se é uma questão de alimentação. O que eu estou falando é o seguinte, aqueles setores que estão mais envolvidos na questão tem que ter uma visão mais abrangente e levar em conta a posição, o Estado tem que tomar decisão..."

(Sujeito 5- Saúde Pública)

O serviço de saúde pública tem sofrido limitações na sua atuação como foi demonstrado nos comentários descritos. Essa situação tem provocado uma insatisfação na execução do controle do Calazar, por apresentar resultados insatisfatórios. Desta forma, outras discussões vão permear o controle, principalmente no tocante ao sacrifício dos cães, cuja medida tem sido a maior polêmica na discussão da Leishmaniose Canina.

4.4- Sacrifício dos cães: uma norma ou um antigo caminho?

Assim que o Calazar começou a se instalar e dispersar por toda a região metropolitana de Belo Horizonte, algumas medidas foram repassadas através da FUNASA (Fundação Nacional de Saúde) aos órgãos competentes do Estado, onde se estipulou três pilares básicos para o controle da L.V.A.: identificação e tratamento dos casos humanos, identificação e sacrifício dos casos caninos e combate ao vetor (Monteiro et al., 1994; Controle..., 1996). O sacrifício dos cães, que consiste na eliminação de

animais sorologicamente positivos pelo teste de Imunofluorescência Indireta em eluato de papel filtro como demonstrado por (Mohammed, 1986; Costa, et al., 1991; Ashford et al., 1998; Braga et al., 1998; Sousa et al., 2001), começou a ser reavaliado e descartado pelos clínicos que começavam a repudiar tal posição e ir em busca de outras formas de controle do cão infectado

Inicialmente o sacrifício foi aceito e praticado pelos veterinários até que pensaram num novo caminho de combater a doença.

"...A conduta da eutanásia era norma sanitária vigente no nível de ministério. Quando se estuda a LVA de acordo com a OMS, a própria OMS prevê o sacrifício do cão portador..."

(Sujeito 2- Instituição- Depto Clínica e Cirurgia)

"...No início eu concordava com a eutanásia pela formação que eu tive da doença como zoonose. Depois eu fui vendo que a coisa não era bem assim, fui lendo trabalhos. Eu faço uma comparação, se ela fosse uma zoonose em potencial igual ao que eles falam ,estava pior que a Dengue..."

(Sujeito 4- clínica particular)

"...Nesse primeiro momento eu achei que esse seria o caminho, como todo mundo achou. Eu perdi uma cachorra e trouxe para o hospital para sacrificar porque era o caminho. Ai eu vi que esse caminho sozinho, pelo menos, não estava adiantando, sabe, porque continuou a crescer até neste ponto..."

(Sujeito 2 - Instituição- Depto Clínica e Cirurgia)

"...No início era só matar , matar, matar, matar..."

No início sacrifiquei.. quando a recomendação era a eutanásia. Sacrifiquei um fila maravilhoso. Nossa senhora! Foi horrível.

(Sujeito 4 - clínica particular)

Essa posição da eutanásia também foi assumida pelos veterinários do serviço coletivo que se mantêm na mesma posição .

"...A OMS preconiza que em países em desenvolvimento que têm problemas de saneamento e nutrição, que o sacrifício dos cães é uma medida recomendada, porque como eles são uma fonte de infecção permanente, não há como desenvolver outras atividades que coubessem a manutenção destes animais..."

(Sujeito 5 – saúde pública)

Contudo, a medida da eutanásia dos cães passou a ser um incômodo para os veterinários de clínicas onde os animais eram sacrificados, além de ser também um motivo de grande tristeza e manifestação de sentimentos pelos proprietários que entregavam o seus cães para o sacrifício. Alguns aspectos observados na fala destes profissionais ligados ao setor privado das clínicas auxiliam na caracterização do sentimento expressado pelos familiares que têm um cão sacrificado ou acometido por alguma doença. As expressões de carinho, de lembranças e de relutância ao deixá-lo internado e as demonstrações de dor, de perda e de despedidas, acabam transformando o estado psicológico do dono, que se mostra fragilizado e impossibilitado de retirar seu animal daquela situação.

"...As pessoas ficam muito abaladas quando percebem que a doença não tem cura e que o animal precisa ser sacrificado..."

(Sujeito 3 - clínica particular)

"...Sacrifiquei um fila maravilhoso. O fila era campeão, o cara saiu chorando e me disse, não me interessa ... não é porque ele é um campeão, mas porque ele é meu amigo, meu companheiro. Eu gosto dele, não pelo pedigree e nem por ser campeão, se ele não tivesse isso não importaria, o problema é que ele é meu companheiro..."

(Sujeito 4 - clínica particular)

"...O proprietário diz: "Ah eu não vou conseguir viver sem meu cachorro, convivo com ele desde pequeno, a gente dava mamadeira pra ele e agora vou ter que sacrificar?" Então isso é doloroso..."

(Sujeito 3 - clínica particular)

"...A "rebeca", quando eu trouxe aqui para o hospital para ser sacrificada, foi um drama, minha mãe agarrada no pescoço do cachorro dizendo: - Não leva! Não leva!..."

(Sujeito 2 – Instituição – Depto Clínica e Cirurgia)

"...A proprietária vendo o animal sofrer e com medo de pegar a doença, trouxe para sacrificar. Chorou muito, ficou com o cão se despedindo e fiz questão de deixá-la fazer isso..."

(Sujeito 3 - clínica particular)

"...Sacrifiquei uma podle, a família saiu arruinada, criança chorando, pra mim é horrível, o animal não tá doente, assintomático, você olha e tem que fazer eutanásia? É a pior coisa que tem..."

(Sujeito 4 - clínica particular)

"...você quando precisa falar pra o proprietário que o cachorro vai ficar internado devido a parvovirose, o proprietário já deixa o animal e sai chorando. Imagina falar que o animal tem uma doença que não tem cura e que precisa ser sacrificado? Para eles isso dói, pra gente dói também..."

(Sujeito 3 - clínica particular)

Até mesmo os veterinários prestadores do serviço de saúde pública relatam suas experiências ao exercerem sua função de recolher o animal com Leishmaniose das residências.

"...as pessoas sentem em perder aquele animal, eles têm grande afetividade e carinho..."

"...elas ficam inconformadas, manifestam sua emoção, ficam

chateadas, incomodadas, se emocionam..."

(Sujeito 5 – saúde pública)

Percebe-se também que a dor de sacrificar um animal abala o próprio veterinário, que transmite tal emoção ao praticar a eutanásia, se mantendo fiel a sua conduta terapêutica, ainda que o animal, muitas vezes, se encontre aparentemente saudável.

"...mas falo na condição também de criador de cães e que tenho uma grande amizade e relação com esses animais. Nós somos satisfeitos em sacrificar o animal? Lógico que não!..."

(Sujeito 5 – saúde pública)

"...E quando dei o sedativo para ela e ela deitou a cabecinha no meu colo e quando eu passei a mão nela pela última vez... Ela não tinha um pelozinho fora do lugar, ela não tinha um linfonodo infartado, ela não tinha nada, ela não tinha nada, perfeitamente assintomática..."

(Sujeito 2 – Instituição – Depto Clínica e Cirurgia)

"...Você pegar um cão com cinomose no estado terminal ou cão idoso que não anda...é diferente, o animal está sofrendo, mas pegar um cão assintomático é horrível...é horrível...horrível, difícil...!"

(Sujeito 4- clínica particular)

"...Não é fácil você preconizar sacrifício em animais que aparentemente estão extremamente saudáveis é complicado..."

(Sujeito 5 – saúde pública)

"...quando a gente vai sacrificar e vê que o animal está morrendo, a gente puxa o ar, tenta respirar mais fundo para ver se tira essa angústia. Parece que é a gente que tá morrendo, porque é muito triste. Porque a nossa formação é: vou ser veterinário, vou salvar vidas! E aí você fica assim: não vou conseguir sacrificar! É

horível, dói lá dentro do meu coração..."
(Sujeito 3 - clínica particular)

Acredita-se que a prática clínica associada ao valor sentimental que o proprietário e o próprio veterinário expressam no momento do sacrifício influencia na conduta profissional do clínico. Além disso, a ausência de resultados decorrentes da eutanásia no início da doença em BH e a insegurança, sobretudo econômica, ao sacrificar seus clientes, redirecionou a conduta de alguns veterinários que resolveram abandonar o sacrifício e avançar para formas de tratamento do Calazar canino.

4.5- O abandono do sacrifício e a implantação do tratamento

Fica claro que a postura do sacrifício do animal não é um procedimento que satisfaz os médicos veterinários, seja do setor público ou privado.

Possivelmente, a formação acadêmica e o seu encaminhamento profissional prioriza a clínica, em detrimento da saúde pública, favorecendo a idéia de preservar a vida do animal na medida do possível. Desta forma, buscaram-se diversas alternativas terapêuticas para promover o bem estar animal sem colocar a sua vida em risco.

Assim, muitos veterinários do setor privado passaram a não aceitar mais aquilo que fôra sempre imputado: o sacrifício. Alguns profissionais da classe, optaram por abandonar a conduta da eutanásia e partir para a busca de formas de tratamento que garantissem a vida do animal. Discordavam do sacrifício dos cães, principalmente porque julgavam que esta medida sozinha não promovia efeitos no controle da zoonose. Nesse ínterim, pesquisas e publicações acerca do tratamento começaram a circular no meio acadêmico, e também foram veiculadas na imprensa especializada que servira de fonte de pesquisa para os veterinários.

A medida que apareciam informações sobre tratamento do Calazar, dúvidas quanto a

conduta da eutanásia começavam a surgir, principalmente porque existem ainda muitos aspectos desconhecidos do comportamento da LVA no cão e que estão sendo investigados.

Desta forma, continuar sacrificando os animais principalmente os assintomáticos, seria uma medida precipitada pelos fatores que ainda permanecem obscuros (Costa et al., 1991; Genaro, 1993; Genaro et al., 1997; Sousa et al., 2001).

Isso fica claro quando observamos os seguintes relatos:

"...No início era só matar, matar, matar, matar. Depois eu fui vendo que a coisa não era bem assim, fui lendo trabalhos..."

(Sujeito 4- clínica particular)

*"...Tudo bem eu posso até continuar fazendo eutanásia, **mas outros alguéns tem que tomar outras medidas e nesse meio tempo surgiu o tratamento.** Nesse primeiro momento, os clínicos ficavam dizendo: eu tenho um colega italiano que trata, eu tenho um amigo português que trata, um amigo espanhol que trata e a classe foi atrás. Os clínicos veterinários foram atrás e começaram a importar remédios e etc. **O tratamento virou realidade...**"*

(Sujeito 2- Instituição- Depto Clínica e Cirurgia)

"...Nunca percebi resistência de colegas veterinários por tratar uma doença que é zoonose; inclusive amigos meus e professores da escola já são a favor do tratamento, estão só esperando uma liberação para poder tratar por ser uma instituição federal. Só o sacrifício não adianta..."

(Sujeito 4- clínica particular)

"...uma pergunta que eu faço é a seguinte: Será que eu precisaria ter sacrificado a rebeca? Será que eu precisava ter feito isso com um cachorro que eu criei desde filhotinho,

que era meu, que era da minha mãe, que era louca, apaixonada por ela? Aí que eu acho que faltam estudos para responder esta questão. Poxa eu não precisava ter sacrificado, pois ficou do jeito que ficou..."

"...Cão que não tem condições de tratar deve ser sacrificado, o cão que tem condições sou a favor do tratamento desde que bem feito. Pois acho que falta muito estudo para afirmar o cão como o criminoso da história..."

(Sujeito 2- Instituição- Depto Clínica e Cirurgia)

"...Será que a eutanásia vai contribuir? Quem deve ser eutanasiado ou não?"

"...Aí eu vi que esse caminho (eutanásia dos animais) sozinho pelo menos, não estava adiantando, sabe, porque continuou a crescer até neste ponto de epidemia. Quer dizer, nós temos que fazer outras coisas também. Não só o sacrifício puro e simples do coitado do cão..."

(Sujeito 2- Instituição- Depto Clínica e Cirurgia)

De acordo com os relatos, o cão que apresentasse condições para o tratamento, não deveria ser sacrificado.

"...porque sacrificar um cão saudável? O cão que tem condições sou a favor do tratamento desde que bem feito..."

(Sujeito 2- Instituição- Depto Clínica e Cirurgia)

Essa conduta do tratamento se tornou cada vez mais crescente a medida que os clínicos veterinários aderiram ao novo procedimento.

O tratamento canino utilizado atualmente tem como precursor o tratamento realizado na Europa já há alguns anos. A droga mais utilizada no tratamento da leishmaniose canina são os antimoniais pentavalentes, registrado como Glucantime ou Pentostam (Amusatogui et al., 1995; Cardoso & Cabral, 1998; Lamonthé, 1999). Três tendências têm sido desenvolvidas nos últimos anos:

um prolongado período de tratamento, o qual pode trazer resistência a droga, a administração da droga em curtos intervalos, uma ou duas vezes ao dia, e a associação do Glucantime com o Allopurinol. Para casos de animais gestantes ou com insuficiência renal é usado a Anfotericina B (Cardoso & Cabral, 1998).

No entanto, as tentativas de tratamento em cães, utilizando drogas que tem eficácia em humanos, não tem logrado êxito. Vários ensaios terapêuticos resultaram em fracasso ou até exacerbação da doença, ou então, há apenas uma melhora do estado geral e dos sinais clínicos, mas o parasitismo permanece, continuando o animal a ser uma fonte de infecção (Sousa et al., 2001).

Nesse contexto não se observa nenhuma preocupação dos clínicos em se manter um portador da doença no meio urbano, condição responsável pela manutenção da epidemia nestes espaços, como já demonstrado por (Deane, 1956; Dietze et al., 1997; Silva et al., 1997). Pela fala destes profissionais, fica clara a opinião de que não existem registros na literatura que assegure tal perigo.

"...Então eu acho que a afirmação de alguns estudiosos que dizem que cão doente é cão morto, eu acho que isso pode ser verdade lá na Europa, seja lá onde for que tenha este potencial zoonótico bem delineado, mas aqui eu acho que não..."

"...Não há um delineamento de pesquisa que indica a importância do cão como reservatório. Então se é 1%, 2%, 10%, 50%? Não sei..."

"...Também não posso falar com você que o cão é inocente, um pobre coitado que nada fez, que tá sendo sacrificado injustamente e nem que é o maior criminoso da paróquia, porque eu não sei. Entendeu? Eu acho que faltam estudos porque cada situação é diferente..."

(Sujeito 2 Instituição- Depto Clínica e Cirurgia)

"...Então assim eu já vi experimentos na escola e em literatura que o animal em tratamento não transmite a doença, pois tem menos parasitas na pele, entendeu? Então se está sob controle veterinário pode ficar tranquilo..."

(Sujeito 4- clínica particular)

Outro fato que deve ser considerado, é que os profissionais que se posicionaram a favor do tratamento, se mostram um pouco confusos quanto ao comportamento da doença no meio urbano. Eles se baseiam em literatura estrangeira, porém os estudos realizados no Brasil ainda não foram suficientes para delinear um tratamento efetivo do Calazar canino. Desta forma, ora afirmam que o cão não é um potencial transmissor, ora expressam uma grande incerteza quanto ao potencial reservatório do animal tendo em vista a falta de pesquisas que orientem suas ações.

"...Então minha questão é essa. Será que este número tão pequeno de cães que estão sendo tratados, será que tem um impacto ambiental zoonótico tão grande assim?..."

"... Mas se por outro lado, se eu não tivesse sacrificado, será que não teria morrido mais e mais pessoas? Vamos supor, se a "rebeca" ou outro cão fosse realmente uma super-hiper fonte e se ela foi responsável por uma morte ou uma doença, um caso humano, Será que se ela tivesse viva até hoje ela não teria sido responsável por 10? Aí que eu acho que faltam estudos para responder esta questão..."

(Sujeito 2 Instituição- Depto Clínica e Cirurgia)

Diante disso pode-se observar que este profissional transita por três diferentes níveis: o clínico, que favorece o tratamento:

"...Então minha questão é essa. Será que este número tão pequeno de cães que estão sendo tratados, será que tem um impacto ambiental zoonótico tão grande assim?..."

Em segundo, o coletivo, ao indagar o provável potencial zoonótico do cão como o portador da doença, sendo responsável pelo surgimento de casos humanos e permanecendo como fonte para os mesmos.

"...Mas se por outro lado, se eu não tivesse sacrificado, será que não teria morrido mais e mais pessoas? Vamos supor, se a "rebeca" ou outro cão fosse realmente uma super-hiper fonte e se ela foi responsável por uma morte ou uma doença, um caso humano?..."

Em terceiro, o acadêmico que se refere à postura ao seguir os regimentos da instituição em que trabalha, que por sua vez, não realiza o tratamento do calazar canino. Desta forma sua posição na instituição federal é não oferecer o tratamento para seus pacientes, ainda que particularmente prefira o tratamento à eutanásia.

"...Eu não faço o tratamento. Mas sou a favor dele. Porque nós temos que concordar com o nosso patrão, que é o Governo Federal. Eu tenho certeza que até hoje o tratamento aqui não é oficializado por isso..."

(Sujeito 2 Instituição- Depto Clínica e Cirurgia)

Os profissionais ligados ao serviço de saúde pública de Belo Horizonte, têm uma firme posição quanto às medidas de controle preconizadas para a Leishmaniose Visceral Americana, a começar pelo seu caráter zoonótico e por ser uma doença grave com alto índice de letalidade para os animais, mas principalmente para os humanos (Vieira & Coelho, 1998; Silva et al., 2001).

Estes profissionais acreditam que a Leishmaniose ainda é uma doença com muitos fatores indefinidos na nossa realidade. O perfil da doença não está delineado e por isso as estratégias preconizadas pela FUNASA devem ser mantidas em ação. Considerando o cão uma fonte permanente de infecção para

outros cães e para os humanos, salientam ainda que quando se trata de uma zoonose, o médico veterinário deve pensar em termos de coletividade. Diante disso, todo fator que contribui um risco a mais para o Calazar deve ser eliminado, segundo o veterinário do serviço de saúde pública da PBH.

“...Existem particularidades que não permitem o tratamento, dentro desta perspectiva sou a favor do sacrifício mesmo...Se não fizermos ações conjuntas não vamos chegar a lugar nenhum, a doença vai sair da condição de endemia para epidemia...”

(sujeito 1 – Instituição Depto Med. Vet. Preventiva)

“...Existem vários fatores que envolvem a epidemiologia da doença que chama atenção. Em algumas situações inclusive, eu considero que existe interrogações. Porque eu não acredito que necessariamente o perfil da doença aqui tem que ser o que ocorre no norte e nordeste há décadas atrás. Com certeza existem variáveis novas neste processo...”

“...um fator de risco a mais como fonte de infecção da doença tanto para cães mas em especial para seres humanos ou não...”

“...A pessoa tem que conhecer o que o animal representa de risco para ele e seus familiares, eu particularmente acho incompatível você ter um cão com LVA e ter uma criança em casa, independente da situação sócio – econômica! Acho incompatível. Então a pessoa tem que estar ciente no caráter individual e no sentido de exercer uma ampliação de caráter coletivo...”

“...Agora se o seu cão pode ser um fator de risco **A MAIS e que pode então servir de fonte de infecção para seu vizinho no que se refere tanto ao homem como outros animais...”**

“...Eu não sei como mensurar se a simples retirada daquele animal vai resolver o problemas daquele local, eu não quero dizer isso, nós

temos apenas que tentar diminuir todos os fatores A MAIS...”
(Sujeito 5 –saúde pública)

Observa-se ainda que da mesma forma que os clínicos estão confusos quanto ao comportamento da doença no cão, no que tange a capacidade de transmissão e de portador, os veterinários do setor público também não se mostram elucidados quanto a isso, pois estes pontos ainda não foram esclarecidos e é exatamente por isso que eles indicam o sacrifício, visto que o cão representa um risco a mais para a população canina e humana, nesse sentido, todo fator que represente um risco ainda que não fôra mensurado deverá ser eliminado (Deane, 1956; Alencar, 1959; Marzochi et al.,1985; Genaro et al., 1993; Miles et al., 1999).

“...Então isso é um motivo de grande discussão pois ele permanece portador. Existem animais que respondem melhor, tem animais que não respondem tem uma oscilação muito grande, você tem animais que em determinados momentos não encontram Leishmaniose e que de repente há um aumento significativo. Então existem uma série de situações que precisam ser melhor conhecidas...”

(Sujeito 5 - Saúde Pública)

Segundo Deane (1956), 77% dos cães apresentam formas amastigotas na pele, evidenciando um parasitismo dérmico, enquanto somente 16% dos humanos demonstram isso. Estudos demonstraram que o vetor *L. longipalpis*, na sua alimentação, prefere cães a homens. Esses fatores reforçam o potencial do cão na manutenção e transmissão da doença. Contudo a necessidade em conhecer outros possíveis hospedeiros é imprescindível para o esclarecimento do comportamento desta endemia no meio urbano (Dietze et al., 1997; Costa & Vieira, 2001, Sousa et al., 2001).

Diante das circunstâncias de perda vivenciadas pelos veterinários e a insatisfação dos veterinários do setor

privado (favoráveis ao tratamento) com o resultado das eutanásias praticadas até o momento, o sacrifício dos cães como estratégia de controle da LVA foi abandonado, e como resposta aos apelos dos proprietários, os profissionais cedem ao tratamento canino.

4.6- Tratamento Canino

O tratamento canino tornou-se efetivo em algumas clínicas de Belo Horizonte e atualmente cresce o número de profissionais que passou a aderir a esta conduta. Segundo os profissionais favoráveis ao tratamento canino, o cão passível de tratamento será aquele que apresentar condições funcionais para receber a medicação adequada. Ao receber o diagnóstico positivo para Leishmaniose, o animal deve ser submetido a uma bateria de exames que envolvem hemograma completo, função hepática e renal que se repetem mensalmente para averiguar a saúde do animal durante a terapia. Além disso, o animal pode necessitar de internação e isolamento, e quando é liberado para casa, o proprietário deverá seguir várias recomendações para cuidados do ambiente e do cão (Cardoso & Cabral, 1998). Nesse sentido, a sugestão do tratamento é para animais assintomáticos, com condições clínicas compatíveis com a terapia, a fim de determinar melhor recuperação clínica, apesar de existir a possibilidade de reincidivas.

Esses procedimentos realizados durante o curso do tratamento torna o seu custo extremamente alto, o que seletivamente exclui alguns proprietários de optarem por esta conduta, o que pode ser observado na fala destes veterinários.

"...As pessoas que me procuram têm condições de tratar, têm dinheiro, mas têm pessoas que não tem condições, não adianta !..."

(Sujeito 4- clínica veterinária)

"...Há mais ou menos um ano atrás eu apresentei um seminário na disciplina do doutorado e um cálculo grosseiro, colocaria o tratamento só

com Glucantine para um cão de 10 kg assintomático em torno de R\$ 500.00. Então quer dizer que se hoje, sendo responsável pela manutenção de metade de uma casa, tendo um bebê para cuidar que consome um dinheiro danado, não sei se teria R\$500.00 para pagar o tratamento da "rebeca" não!..."

(Sujeito 2 – Instituição Depto Clínica e Cirurgia)

"...essa doença agrega valor, o tratamento é caro e o animal tem uma importância relativa muito maior para uma família que detém de recursos do que um cão de uma família pobre..."

(Sujeito 1 – Instituição Depto Med. Vet. Preventiva)

"...eu me preocupo com o animal e com o dono dele, pois não adianta nada ter o cão e não ter o dono que paga a conta. É maravilhoso tratar, mas quem trata de graça? Tudo custa e custa caro..."

(Sujeito 2 – Instituição Depto Clínica e Cirurgia)

"...Porque esta é uma doença incurável, que afeta os animais de todas as categorias sociais, mas afeta os animais de categoria social que têm posses e problemas existenciais graves que o pobre não tem tempo de ter..."

(Sujeito 1 – Instituição Depto Med. Vet. Preventiva)

A opção pelo tratamento dividiu a clientela: uma com condições para tratar e outra sem condições financeiras para o tratamento do animal, ainda que o valor afetivo seja igualmente importante.

Neste ponto, os clínicos favoráveis ao tratamento, centralizaram sua visão em firmar o tratamento dos cães, garantindo-lhes uma sobrevivência, uma qualidade de vida melhor, ainda que não o livrasse da condição de reservatório (Deane, 1956; Amusatogui et al., 1995; Dietze et al.,

1997; Silva et al., 1997; Cardoso & Cabral, 1998).

Percebe-se que tal procedimento trouxe à classe veterinária um grande alívio; a ameaça passara e agora tinha-se uma nova solução para conter o avanço da doença no meio urbano. Aqueles animais sem condições fisiológicas e aqueles cujo proprietário não pode custear o tratamento serão sacrificados, mas aqueles animais que apresentam uma função orgânica estável e cujo dono apresenta disponibilidade de recursos financeiros, passam a ser o alvo dos veterinários.

Para o veterinário do serviço público, o tratamento não promoverá um impacto no controle da LVA, visto que, somente uma pequena parcela da população terá acesso a este tipo de serviço pelas condições sócio econômicas do proprietário e pelas condições fisiológicas do próprio animal, sendo assim, ele acredita que o número de animais que recebem o tratamento para o calazar é muito pequeno e não acarreta grandes problemas na manutenção da doença no meio urbano.

“...Eu não acredito que o tratamento de um número x de cães, terá impacto significativo em termos da manutenção ou disseminação da doença...”

“...Por que isso não vai me levar a ponto nenhum, não vai resolver o problema da população canina, apenas estou resolvendo o problema de alguns indivíduos até porque grande parcela dos cães não tem acesso a tratamento algum por questões econômicas e tem também a questão de que uma parcela significativa dos cães mesmo da parcela mais privilegiada economicamente não estão em condições fisiológicas de receber tratamento nenhum então a parcela de cães que podem ser submetidos aos diversos protocolos de controle do tratamento da doença...”

(Sujeito 5 – Saúde Pública)

“...Uma parcela muito pequena que satisfazem os pré-requisitos .Eu particularmente acho que esta polêmica está sendo colocada num patamar muito acima da sua importância dentro da cadeia epidemiológica e dentro do momento que vivemos em relação a LVA...”

(Sujeito 5 – Saúde Pública)

Fica clara a idéia de que para este sujeito, um número pequeno de animais não representa um ponto significativo na manutenção da doença, embora essas colocações sejam ainda precipitadas, posto que pouco se sabe acerca do comportamento da doença em animais que estejam recebendo o tratamento. Desta forma para afirmar que o animal permanece ou não uma fonte de infecção, logo um potencial risco para a população canina e humana, seriam necessários maiores esclarecimentos dos aspectos da leishmaniose.

Deve-se considerar que apesar do número de animais que são tratados atualmente não represente um fator de risco para o controle, o medicamento utilizado pode ser um entrave ao controle sobretudo humano da leishmaniose. Segundo Costa & Vieira (2001), a droga utilizada para o tratamento canino é a droga de escolha para os casos humanos, desta forma, o uso em cães pode levar ao desenvolvimento de cepas resistentes de *Leishmania* com medicação a longo prazo, prejudicando desta forma o tratamento humano (Monteiro et al., 1994; Bevilacqua, 1999).

4.6.1- Tratamento canino: veterinários versus veterinários

A admissão do tratamento trouxe discordância dentro de uma mesma classe profissional. Os veterinários que realizam o tratamento para a LVA colocam-se em oposição a uma parte de profissionais que realizam este serviço, de uma maneira indiscriminada, desorganizada e sem padronização.

O tratamento é um fato. Proibi-lo, ainda que não existam produções científicas que demonstrem a cura do animal na nossa realidade, se tornou impossível.

Os veterinários são os responsáveis por apontar o caminho terapêutico para a cura da doença, mas até que esta etapa não seja vencida, busca-se no momento uma padronização do tratamento. Os profissionais devem seguir um mesmo protocolo, obedecendo condições mínimas de segurança, sem que exageros e desatinos sejam cometidos durante a terapia do animal.

Esta visão é compartilhada por todos os profissionais da classe, quer seja do setor público ou privado, favoráveis ou não ao tratamento. A postura não profissional e não ética assumida por muitos veterinários, deve ser repudiada, pois tem colocado em risco a própria saúde animal.

“...Eu acho que o tratamento deve ser padronizado. As pessoas estão tentando de tudo...”

(Sujeito 4- Clínica veterinária)

“...o tratamento deve ser padronizado, acompanhado. Nas clínicas que fazem isso, os animais tem que ser isolados de outros, não pode misturar esses animais. Então eu acho que se tem gente fazendo o tratamento porque não fazer um acompanhamento direito? Existir tratamento existe, mas isso não me convenceu...”

(Sujeito 3 – Clínica veterinária)

“...As pessoas que tratam tem que assumir que tratam e participar deste processo e não estar essa bagunça que está hoje...”

(Sujeito 1- Instituição. Depto Med. Vet. Preventiva)

“...Eu acho um grande problema que no tratamento que não tem regras bem definidas, não são todos que tratam seriamente. Como foi sugerido no conselho, deve haver um comunicado para a prefeitura dos

*veterinários que estão tratando e cujo animal fica sob a responsabilidade deste veterinário. Mas o que a gente vê não é isso. **Eu sou contra esta bagunça.** Não pode ser assim não! Deve haver uma padronização, um negócio bem feito...”*

(Sujeito 3 – Clínica veterinária)

*“Eu não faço o tratamento. Mas sou a favor dele. **Não da forma bagunçada e generalizada como está.** O tratamento de forma rígida e certinha eu sou a favor...”*

(Sujeito 2 - Instituição. Depto de Clínica e Cirurgia)

“Do modo que o tratamento está sendo feito eu não concordo, tem veterinário que está tratando leishmaniose com creolina!...”

(Sujeito 1- Instituição. Depto Med. Vet. Preventiva)

“...Eu trabalhei com uma veterinária que dava cápsula de creolina! (Meu Deus, que loucura!!!). Já ouvi falar também, num novo tipo de tratamento, água de côco para leishmaniose, pode ?? (risos)...”

(Sujeito 4- Clínica veterinária)

Para o profissional do serviço de saúde pública, o termo tratamento não existe, pois tratamento é aquele que promove a cura do animal. O que existe é o controle dos sintomas da doença

O comentário abaixo reflete claramente a sua posição contra esta conduta terapêutica.

“...Não vamos falar tratamento, vamos falar controle porque não existe cura deste animal, do cão. Existe controle da doença, controle da manifestação dos sintomas...”

(Sujeito 5- Saúde Pública)

Esta situação de descontrole do tratamento da Leishmaniose em Belo Horizonte tem chamado a atenção de alguns profissionais para esta questão. Formou-se uma comissão composta por veterinários, cujo objetivo, dentre outros, será propor uma

solução para o tratamento do Calazar canino. Esta tem sido uma das maneiras encontradas por estes profissionais para acabar com o tratamento indiscriminado que tem sido realizado, complicando ainda mais a situação e comprometendo a classe como um todo. É de consenso destes profissionais que o tratamento, fora dos preceitos normais, será indubitavelmente inadmissível. Devido a dificuldade de interromper o tratamento canino já instalado e em vigor em diversas clínicas em Belo Horizonte, o que se busca atualmente é padronizar este tratamento, a partir dos próprios veterinários que o realizam.

Esta idéia de resolver o problema quanto à desorganização do tratamento pode ser observada nos relatos a seguir:

"...o tratamento deve ter como objetivo a pesquisa controlada e com informações centralizadas e organizadas do tratamento para que se possa ter uma posição decente no final..."

"...É difícil? Difícilimo, mas se não fizer isso, então pára de tratar..."

(Sujeito 1 Instituição- Depto Med. Vet. Preventiva)

"...Como foi sugerido no conselho, deve haver um comunicado para a prefeitura dos veterinários que estão tratando e cujo animal fica sob a responsabilidade deste veterinário..."

"...os veterinários devem ser credenciados para tratar, devem ter o conhecimento clínico de toda a complexidade terapêutica, clínica e farmacológica, a questão da resistência, dos protocolos terapêuticos e de segurança que existem..."

(Sujeito 3- clínica particular)

"...todo veterinário poderá credenciar e tratar, mas terá requisitos mínimos para isso..."

"...Estamos buscando uma solução técnico, científica, política e profissional... a gente não tem que "meter o pau" temos que ser

conscientes. A sociedade precisa de uma posição consciente nossa..."

(Sujeito 1- Instituição- Depto Med. Vet. Preventiva)

A suspensão da obrigatoriedade do sacrifício pela FUNASA abre um enorme precedente para que o tratamento canino seja expandido, embora não seja recomendado pela fundação (Costa & Vieira, 2001). Como o sacrifício não é mais uma medida de controle obrigatória em cães, conter o avanço deste tratamento entre os médicos veterinários, provavelmente será uma tarefa difícil.

Dentro desta perspectiva, certamente surgirão obstáculos quanto ao controle e fiscalização dos veterinários envolvidos na terapia, contudo isso é uma tentativa para solucionar esta questão em Belo Horizonte, que tem por finalidade oferecer à sociedade um serviço profissional, seguro, legalizado, resguardando também a profissão do médico veterinário que, exerce também um compromisso social.

Para os profissionais que não realizam o tratamento, fica-se a espera de uma conduta terapêutica consagrada que se mostre efetivamente eficaz não só melhorando a sintomatologia do animal e oferecendo-lhe uma sobrevida, mas possibilitando o fechamento para o Calazar canino.

Permanece o relato desta classe que anseia por um tratamento, afim de dar a atenção que estes animais merecem, mas zelando pela vida humana:

"...Quem me dera poder tratar, mas tratar e poder dormir de noite com a minha consciência tranquila de que o animal está são!..."

(Sujeito 3 – Clínica particular)

4.6.2- Tratamento canino: uma questão econômica

Como já foi citado, os veterinários das clínicas optaram por não continuar com o sacrifício dos cães e iniciaram o tratamento do calazar canino. Nesse

primeiro momento, pode-se observar que apesar dos veterinários estimarem a vida animal e se empenharem em favor de sua saúde, se mostraram extremamente preocupados com o avanço da Leishmaniose em Belo Horizonte, uma vez que o sacrifício adotado como medida de controle estava interferindo em três aspectos importantes: 1) estava dizimando seus pacientes; 2) o calazar comprometia animais de expressivo valor econômico e 3) as clínicas veterinárias particulares necessitavam de um diferencial em virtude da saturação do mercado. Nota-se, a partir desses três fatores citados uma preocupação estritamente econômica que a LVA acarretou aos clínicos veterinários, sejam de clínicas ou daqueles que se destinam a compra e venda de animais.

Mediante isso, a realização da eutanásia nos consultórios particulares promoveu uma queda significativa no movimento das clínicas veterinárias em Belo Horizonte, principalmente nas regiões onde a doença assumia proporções mais abrangentes.

A leishmaniose passou a agregar valores financeiros de relevância para os profissionais que atuam na área. A queda no movimento passou a deixar muitos clínicos ansiosos e temerosos e talvez, esse tenha sido um dos reais motivos que favoreceram a implementação do tratamento canino no nosso meio.

A ansiedade dos profissionais do setor privado centralizou-se na perda dos pacientes sacrificados em decorrência da doença, e conseqüentemente uma queda no seu rendimento. A idéia era que os animais eutanasiados representavam um cliente a menos na clínica, desta forma, sua fonte de renda estaria ameaçada, o que pode-se observar na fala dos sujeitos entrevistados.

"...Então, nessa época (quem que a Leishmaniose teve um crescimento) houve clínicos que perderam 30% de sua clientela né?..."

(Sujeito 2 – Instituição- Depto Clínica e Cirurgia)

"...A doença tem um valor econômico que para certos tipos de veterinários pesa sim. Como em qualquer outra profissão..."

(Sujeito 5 – Saúde Pública)

"...Quando eu formei comecei a fazer o tratamento, já tinha muita gente que a tratava. Mas eu via muitos veterinários reclamando por estarem perdendo seus clientes que estavam sendo sacrificado..."

(Sujeito 4 – Clínica particular)

"...Eu já trabalhei com um veterinário que dizia: meus cachorros estão morrendo, meus clientes estão morrendo e o dinheiro do meu bolso está sumindo..."

(Sujeito 3 - clínica particular)

Outro aspecto de relevância diz respeito aos médicos veterinários que são requisitados para os cuidados na compra e venda de animais de valor econômico significativos.

"...tem a questão do valor econômico. Sabemos que temos animais aí que alcançam somas significativas..."

"...A criação é uma atividade econômica expressiva com compra e venda de filhotes além de produtos"

(Sujeito 5 – Saúde Pública)

"...Sacrifiquei um fila maravilhoso.. O fila era campeão, com pedigree..."

(Sujeito 4- Clínica particular)

"...eu tenho um cão que é para vender o filhotinho, eu tenho canil..."

(Sujeito 2- Instituição- Depto Clínica e Cirurgia)

"...Como em qualquer profissão, existem aqueles que só querem lucro. Existem em todas as classes, médicos, dentistas e etc. Tem aqueles que estão interessados só no dinheiro? Deve existir..."

(Sujeito 2 – Instituição Depto. Clínica e Cirurgia)

É inegável a participação deste fator econômico na justificativa de um tratamento que impedisse a perda destes animais que muitas vezes fazem parte da fonte de renda de muitos proprietários e até mesmo de médicos veterinários.

O último aspecto condiz com o mercado saturado das clínicas na região metropolitana de Belo Horizonte, que pode ter possibilitado a admissão do tratamento para estabelecer um diferencial entre as clínicas. Assim, o tratamento é um serviço disponível aos proprietários que se interessarem, somente em algumas clínicas.

Esta visão pode ser observada na fala deste sujeito

"...Por outro lado, temos a crise. A veterinária está vivendo uma crise parecida com a dos "perueiros". Por exemplo, onde caberiam X clínicas, você tem x + y, então é uma disputa de mercado..."

"...uma doença incurável agrega valor no tratamento. Eu estou falando de mercado..."

(Sujeito 1 – Instituição- Depto de Med. Vet. Preventiva)

"...Todo mundo sabe da dificuldade que a classe veterinária encontra hoje... Pois só o lucro não dá! Eles só querem o ganho..."

(Sujeito 1- Instituição. Depto Med. Vet.Preventiva)

Além dos médicos veterinários que realizam o tratamento canino, foram ouvidos também clínicos que não oferecem este serviço em suas clínicas. Sendo assim convém avaliar a visão destes quanto ao mercado, no que tange ao movimento da clínica e a frequência com que os animais acometidos de leishmaniose surgem.

Sabe-se que a incidência de cães com leishmaniose é grande, como citado por Silva et al. (2001). Segundo o sujeito entrevistado, médico veterinário e proprietário da clínica, uma média de sete

sacrifícios é realizado mensalmente em consequência da Leishmaniose. É de se esperar que a fala deste profissional transmita alguma perda no movimento, conseqüentemente no seu rendimento mensal; contudo, sua resposta torna-se surpreendente ao falar que não se preocupa em perder a sua clientela devido ao calazar, pois o proprietário que possui e cuida dos animais, faz isso porque gosta e, desta forma, ao perder um cão, prontamente o substituirá por outro.

Nota-se que a sua percepção é diferente daqueles profissionais que se preocupam em perder seus clientes. Ela acredita que o prazer que o proprietário tem em ter um animal de estimação em casa é superior a perda que ele sofreu. E por uma questão de tempo, haverá a aquisição de outro animal, portanto um novo cliente.

Outra questão a ser avaliada é o fato de que o objeto de trabalho do veterinário de pequenos animais é uma fonte inesgotável, uma vez que a população canina tem uma renovação de 20-25% ao ano, com renovação da população canina em 4-5 anos.

Com a perda de um animal portador da LVA, o proprietário continuará procurando os serviços oferecidos pela clínica em função da aquisição de um outro animal, já que entende a gravidade da doença e o risco para a saúde de sua família e, na medida do possível, tornando estável o rendimento da clínica.

"...Não adianta achar que se vai perder o cliente porque ele morreu de leishmaniose, acho que não, cada dia que passa novos animais que nascem, são ninhadas de animais que nascem, e quem gosta de animal vai ter outro..."

(Sujeito 3 – Clínica particular)

"...Eu não concordo com isso, pois você perde um animal com LVA e ganha outro por outros motivos, vacinas e etc., então se você é bom profissional não pode ter medo de perder os clientes por leishmaniose..."

"...Eu não vou ficar pobre porque meus cachorros estão morrendo de L.V.A, pelo contrário, estamos ganhando novos clientes com isso. A gente tem uma média de três novos cliente por dia e temos sete mortes por mês de leishmaniose é muito, mas, novos clientes surgem..."

"...Eu não tenho medo de perder a clientela porque ela está sendo substituída e outra coisa, eu acho que é uma visão muito pequena achar que se o cachorro foi sacrificado com leishmaniose você vai perder aquele cliente! Não! Muito pelo contrario, você tirou aquela fonte de infecção dali e a chance dos outros continuarem vivos é muito maior, né?..."

"...Então não adianta a gente achar: "ai meu Deus e não vou tratar leishmaniose, o animal vai morrer e o proprietário não vai ter outro cão" Ele vai ter outro cão sim! Já aconteceu de proprietário perderem seu animal com leishmaniose e voltar com o filhote. Eu acho que ele voltou porque viu a minha eficiência, porque se ele não tivesse confiado e percebido que o melhor para ele no momento seria o sacrificio, ele não voltaria na minha clínica, poderia ir até em outra clínica, mas eu acho que a gente tem que ser muito transparente, porque a transparência é a alma do negócio..."
(**Sujeito 3 – Clínica particular**)

Pode-se avaliar que esta posição referente ao tratamento possui fatores econômicos, que tem como fundo questão de ética profissional, uma vez que nem todos os proprietários das clínicas veterinárias se sentem afetados por uma queda do rendimento mensal. O que faz o veterinário sugerir ao proprietário protocolos terapêuticos para a leishmaniose canina, onde é sabido também que as drogas utilizadas não eliminam a infecção por leishmanias e não havendo garantias de que o cão deixe de funcionar como reservatório (Deane, 1956; Cardoso & Cabral, 1998; Sousa et al.,

2001; Costa et al., 2001), vai muito além de aspectos econômicos.

"...a questão do tratamento está muito mais ligado a questão ética dos profissionais médicos veterinários em relação a sociedade do que a questão realmente do tratamento em si. Volto a dizer que estes animais tenham impacto na disseminação da doença, mas acho que existe uma questão ética, ou seja, como que o médico veterinário deve desenvolver seu exercício profissional..."

(**Sujeito 1- Instituição – Depto Med. Vet. Preventiva**)

Entretanto, não pode-se generalizar todos os médicos veterinários que realizam o tratamento. Nem todos tem somente uma visão econômica deste processo. Obviamente, sua conduta clínica privilegia sua atuação restaurando a saúde animal. Entretanto, ao se tratar de uma zoonose, o compromisso do veterinário como promotor da saúde coletiva além da animal, deve ficar claro, livre de qualquer interesse econômico que sobreponha aos interesses coletivos.

4.6.3 Aspectos éticos do tratamento

Sobre o tratamento canino, o que mais chama a atenção não é a questão da terapia propriamente, mas sim a atitude do profissional em realizar um tratamento cuja doença é incurável oferecendo risco para a saúde de outros cães e para a saúde coletiva. É nesse sentido que se atribui a gravidade do tratamento canino. Observa-se que parte dos veterinários do setor privado não avaliam o risco que a Leishmaniose representa para a população humana e canina. Na fala do sujeito da saúde pública, percebe-se que os profissionais da clínica precisam desenvolver uma maturidade com relação a LVA, afim de somar e fortalecer as estratégias de controle para o avanço no combate do calazar.

"...O que me chama atenção é uma maior maturidade dos profissionais veterinários como um todo para

identificarmos o problema e propormos soluções conjuntas para avançarmos no controle e erradicação da doença. Este para mim é o "X" da questão..."

(Sujeito 5 – Saúde Pública)

O fato da droga utilizada no tratamento seja de escolha para o tratamento humano podendo levar a resistência da Leishmania, começa a agregar fatores éticos no seu controle, por se tratar de uma zoonose de gravidade para a população humana

Este seria um dos pontos onde o tratamento do calazar canino ainda não transmita sentido de legalidade para os profissionais, já que por este motivo, não é recomendado pela FUNASA.

Expressões como "dormir com a consciência tranquila", remete um sentido de legalização quanto ao tratamento e desta forma surgem os aspectos éticos na história da LVA.

A ética torna os profissionais responsáveis por reconhecer que são autores de uma ação, avaliando assim seus efeitos sobre si mesmos e também sobre os outros, e concomitantemente assumindo suas conseqüências e respondendo por elas. Além disso, a ética reflete a respeito das noções e princípios que fundamentam a vida moral.

"...acho que tem que ser feito pesquisa e quando resolver isso eu trato a leishmaniose, mas para mim tá tudo muito empírico e ao tratar com coisas empíricas que mexem com vidas humanas, prefiro partir para o lado mais prático e ter minha consciência tranquila. Acho que neste ponto a gente tem que ser bastante ético..."

(Sujeito 3 -Clínica particular)

"...os veterinários tratam, pois é uma doença incurável que agrega valor terapêutico e é caro o tratamento. A margem do veterinário é maior pois além de tudo, cativa o proprietário. Esse é o aspecto ético que eu não gosto nesta história. O proprietário

fica dependente do veterinário, é quase uma chantagem emocional..."

(Sujeito 1 – Instituição : Depto Med. Vet. Preventiva)

"...A ética começa pelo berço, começa em casa, depende da educação que nossos pais nos deram em não lesar as pessoas de forma alguma, a gente tem que ser honesto, custe o que custar..."

(Sujeito 3 - Clínica particular)

"...e tem uma questão ética permeando a questão do tratamento muito grave, pois nós sabemos disso..."

(Sujeito 1 – Instituição : Depto Med. Vet. Preventiva)

Além deste sentido de legalidade, para alguns profissionais da classe, os veterinários que iniciaram o tratamento para uma doença caracterizada como zoonose e de caráter epidêmico, não tinham o conhecimento das questões legais que envolvem esta situação. De acordo com um dos sujeitos entrevistados, o tratamento surgiu devido a um desconhecimento por parte da classe veterinária e dos aspectos legais que envolvem uma zoonose qualquer. Uma vez que não existia nenhuma implementação do controle da LVA estabelecida, aproveitaram esta brecha e introduziram o tratamento canino.

"...mas como não existia nenhuma regra do jogo estabelecida e uma grande ignorância dos aspectos legais, o que eu estou constatando hoje é que continuam na mesma maneira. As pessoas não sabem as leis que regem, elas foram fazendo e mais...isso se transformou num grande negócio, por que?..."

(Sujeito 1 – Instituição : Depto Med. Vet. Preventiva)

"...então pega uma doença que agrega valor terapêutico, se não tem uma regra estabelecida do que deve ser feito é o que não

aconteceu, as pessoas tomaram um rumo e seguiram em frente..."
(Sujeito 1 – Instituição Depto Med. Vet. Preventiva)

O veterinário poderá ser responsabilizado futuramente pela sua atuação referente ao controle da leishmaniose, portanto cada profissional deve agir com cautela para que exageros não sejam cometidos e a classe veterinária venha arcar com este ônus que a doença poderá acarretar.

"...A permanência de um cão estar ou não sendo submetido a um tratamento, ele é um fator de risco a mais como fonte de infecção da doença, tanto para cães mas em especial para seres humanos, ou não? Se ele é um fator de risco a mais, creio que como profissionais médico veterinários devem repensar sobre a sua atuação..."
(Sujeito 1 – Instituição Depto Med. Vet. Preventiva)

"...não temos informações científicas e conclusivas da mensuração desses fatores de risco. Mas enquanto existir interrogação sobre esses processos, eu creio que devemos agir com cautela em relação a isso, pois eu acredito que nós ficamos numa situação extremamente desfavorável perante a sociedade..."
(Sujeito 5 - Saúde Pública)

"...Isso na minha maneira de ver é uma situação grave porque é um problema ético que permeia discussão e falar para os colegas:- Olha cara, quando você trata de leishmaniose, você tem que ter consciência do que está fazendo, pois você pode ser um dos responsáveis por isso..."Eu que sou veterinário e gosto de ser , não quero que amanhã a minha profissão seja responsabilizada por um desatino sanitário social que é para onde estamos caminhando..."
(Sujeito 1 – Instituição Depto Med. Vet. Preventiva)

"...É correto eu sabendo que eu tenho um cão portador de uma doença grave e que é de uma fonte de infecção para outros cães e outras pessoas? É correto eu manter aquele animal dentro da minha residência, próximo de outras pessoas?..."
(Sujeito 5- Saúde Pública)

"...Nenhuma categoria profissional é perfeita. O clínico ideal é aquele que oferece as ferramentas necessárias de julgamento , junto com a posição e conduz o tratamento desde que assumo os riscos! Mas acredito que nem todo mundo é assim..."
(Sujeito 2 – Instituição – Depto de Clínica e Cirurgia)

Através destas falas, percebe-se uma maior preocupação dos profissionais ligados ao serviço público de saúde com a ética profissional e uma responsabilidade do veterinário com a saúde coletiva, do que aqueles profissionais ligados ao tratamento. Estes profissionais expressam através de suas falas e ações que o valor da vida humana é mais importante que a vida animal.

De acordo com o Código de Ética do médico veterinário, este profissional deve colaborar com as autoridades competentes na preservação da saúde pública, cumprindo e fazendo cumprir a legislação sanitária em vigor respeitados os correspondentes dispositivos do Código de Ética

No Código de Ética é vedado ao médico veterinário: anunciar ou insinuar cura de doenças consideradas incuráveis e emprego de métodos de tratamento infalíveis ou secretos e agravar ou deturpar diagnóstico ou prognóstico visando a auferir vantagens. Nesse sentido, percebe-se uma infração ao anunciar tratamento para a leishmaniose, quando este não existe, além de deturpar o diagnóstico, permitindo o tratamento dos animais, uma vez que o prognóstico é considerado desfavorável por se tratar de uma zoonose .

Ainda neste código, o médico veterinário deve esclarecer ao cliente sobre os riscos, incertezas e demais circunstâncias que

possam comprometer a recuperação do paciente. O profissional só indicará em seu receituário medicamentos que estejam devidamente registrados e reconhecidos pelos competentes órgãos de controle.

Assim, o veterinário deve esclarecer ao proprietário as desvantagens do tratamento do calazar canino, mantendo este animal, reservatório da doença, no convívio familiar, trazendo riscos a população humana e animal. Deve-se ressaltar que o medicamento utilizado no tratamento canino é a droga de escolha para o tratamento humano, portanto não pode ser empregada no terapia animal pelo risco do desenvolvimento de resistência à medicação a longo prazo (Cardoso & Cabral, 1998; Bevilacqua, 1999; Costa & Vieira, 2001; Sousa et al., 2001).

Mediante estes fatores, pode-se dizer que o profissional que realiza o tratamento anunciando a cura da doença quando esta não existe, que deturpa o diagnóstico do animal portador de uma doença incurável de caráter coletivo, que promove a terapia sem expor todos os riscos para o animal e para a família e que utiliza uma droga de escolha para humanos, proibida para o uso animal, tem rompido os artigos proferidos no código de ética do médico veterinário e portanto estão em falta perante ao conselho e perante a sociedade.

4.7- O compromisso do veterinário com a saúde pública

No Código de Ética consta que: o médico veterinário deve colaborar com as autoridades competentes na preservação da saúde pública, cumprindo e fazendo cumprir a legislação sanitária em vigor respeitados os correspondentes dispositivos deste Código de Ética. Nesse sentido, cabe ao veterinário, seja da iniciativa privada ou do setor público, compromisso com a saúde coletiva, pois tratando-se de uma zoonose, o veterinário perde a sua autonomia para tratar de uma doença que além do cão atinge as pessoas.

O médico veterinário precisa direcionar suas ações levando em conta a

coletividade, uma vez que ao tratar o cão, o veterinário não resolve o problema de todos os cães e sim apenas de um seletivo grupo. É de consenso que os veterinários, no exercício de sua atividade, procura curar o animal de estimação e movidos pela vontade natural de dar uma resposta aos seus pacientes ou de até mesmo pelo desafio de restaurar a saúde animal, promovem um tipo de tratamento afim de considerar a questão do cão. Entretanto, não podem colocar a saúde humana em risco. Identifica-se claramente esta posição na fala do profissional do setor público :

"...O veterinário não tem a visão do que aquilo (leishmaniose) representa para a coletividade como um todo. Na coletividade eu insiro também a própria população canina, veja bem, se eu estou tratando de um animal e esse animal continua no estado de portador ele vai constituir não só fonte de infecção para o ser humano mas para outros cães..."

"...Eu creio que temos que levar em conta este aspecto sim, em relação de que as nossas ações devem também levar em conta a questão do animal só que eu não posso colocar em questão da coletividade humana, entendeu? Por que isso não vai me levar a ponto nenhum, não vai resolver o problema da população canina, apenas estou resolvendo o problema de alguns indivíduos..."
(sujeito 5 – Saúde Pública)

O veterinário precisa desenvolver uma visão coletiva das zoonoses, principalmente quando afeta animais de estimação que estão mais próximos a ele e, portanto, mais fáceis de serem controlados. Segundo Costa & Vieira (2001), as novas diretrizes propostas para o controle da leishmaniose indicam a necessidade de educação sobre a doença para o pessoal da saúde, no sentido de alertar para o diagnóstico em humanos e outro programa educativo voltado para médicos-veterinários, com recomendação de não tratarem cães doentes com as drogas disponíveis, tanto pela ineficiência

como medida de saúde pública devido a infectividade para flebotomos de cães tratados, como pelo risco de desenvolvimento de resistência a medicação a longo prazo.

Nas execuções das estratégias de combate, observa-se que, ao invés dos veterinários somarem forças com o serviço de saúde pública, estarão dividindo e retardando a execução de uma medida eficaz para o calazar.

O profissional ligado às clínicas acham que o seu compromisso é exclusivamente com os animais. Os profissionais do serviço público assumem seu compromisso principalmente com a saúde humana, apesar de se importar com a saúde animal.

“...as pessoas não se preocupavam muito com a questão ética e principalmente a questão do profissional, a função médica do veterinário como agente social com papel bem definido. Na minha opinião ele está aqui designado pela sociedade para tratar dos animais em benefício da população humana. Na minha concepção o veterinário não trabalha por causa do animal pura e simplesmente. Essa é a formação que eu tive...”

(Sujeito 1 – Instituição. Depto Med. Vet. Preventiva)

Esta visão de coletividade, do papel do médico veterinário como agente de saúde, não é partilhada por todos os profissionais envolvidos neste campo de zoonoses, sendo assumida ou explicitada somente pelos clínicos que não aderiram ao tratamento e por profissionais da área de medicina veterinária preventiva e do serviço público. Segundo Bevilacqua (1999), neste contexto, apresenta-se claramente a existência de valores e demandas diferentes entre os atores sociais envolvidos. Por um lado os profissionais do serviço público, valores e interesses que se caracterizam por buscar resolver o problema epidêmico existente

em Belo Horizonte. De outro lado, o do clínicos veterinários, valores interesses diversos que não apenas se conformaram como antagônicos aos dos profissionais do serviço público, mas também aos de toda a coletividade.

Embasando-se nesta preposição, vale ressaltar que os clínicos que não favorecem o tratamento do Calazar canino apoiam os profissionais do serviço público ao concordarem com o sacrifício dos cães para o controle da doença, visando a saúde coletiva. Desta forma, teremos de um lado, os clínicos veterinários contra o tratamento canino e os médicos veterinários ligados ao serviço público, que possuem em diferentes níveis de trabalho, um objetivo em comum: o da coletividade e, do outro lado, os clínicos veterinários favoráveis ao tratamento.

Esta visão do veterinário como agente de saúde pública é expressada pela representante da clínica, como pode ser observado abaixo:

“...Porque eu acho que cabe a nós como veterinários, como agentes de saúde, preservar a saúde humana, antes de preservar a saúde animal...”

“...Mas eu acho também que cabe ao clínico fazer o proprietário entender que a vida humana é muito mais preciosa do que a vida animal, de um cachorro. Então se a gente comparar a morte de uma criança de um idoso com a morte de um cão, o cão a gente consegue substituir, a pessoa não...”

(Sujeito 3- clínica particular)

Assumindo a visão de coletividade, de não somente clínicos mas também promotor da saúde pública, os veterinários fazem uma parceria com os profissionais da saúde coletiva no controle da LVA.

4.7.1- Veterinário: fonte de informação

O médico veterinário no exercício de sua profissão, além de clínico é também um importante transmissor de informações

para a sociedade, principalmente para os proprietários de animais que freqüentam seu consultório. Os profissionais ligados ao ensino, também desempenham esta função de gerar o conhecimento nos centros universitários.

É possível admitir que estes profissionais tenham a obrigação de levar uma informação mais ética possível, sem ser tendencioso, colocando as questões de uma zoonose de acordo com a realidade, no caráter individual (animal) e coletivo da doença (população humana).

Percebe-se na fala dos profissionais que não utilizam nenhum tipo de terapia para leishmaniose, uma atitude clara quanto a preocupação da leishmaniose enquanto zoonose, enquanto risco para a população humana exposta. A sua postura ao receber um animal com sintomas do calazar é, em primeiro lugar, esclarecer para o proprietário as lacunas no conhecimento do modelo epidemiológico da doença conforme já demonstraram (Filho, 1994; Monteiro et al., 1994; Controle..., 1996; Galati, 1996; Shaw, 1997; Vieira & Coelho, 1998; Cardoso & Cabral, 1998; Silva et al., 2001).

Ao expor todos estes fatores, de acordo com o sujeito entrevistado o proprietário entende os riscos que a doença oferece para o cão, para a família e também para a comunidade em que vive, optando na maioria das vezes pelo sacrifício do animal.

*“...a partir do momento que você passa para o proprietário que você tem segurança naquilo que esta fazendo né? **Ele confia em você como profissional, como médica e não vai deixar de ser um cliente seu, né? Inclusive aqui na clínica vários proprietários que tiveram cães sacrificados com leishmaniose indicaram para os vizinhos para que viessem fazer o exame porque entenderam que o problema não era localizado era o bairro, a rua, o quarteirão, isso é comum de acontecer, ele percebeu que o***

problema não era só dele, então a importância da gente explicar isso é muito grande...”

(Sujeito 3- clínica particular)

“...A pessoa tem que conhecer o que o animal representa de risco para ele e seus familiares, eu particularmente acho incompatível você Ter um cão com LVA e ter uma criança em casa...”

(Sujeito 5- saúde pública)

“...A gente tem um poder nas mãos muito grande a partir da hora que você salva um animal ou faz outra coisa a pessoa te vê com outros olhos, o que você falar para ela é verdade e as pessoas não estão fazendo as vezes o uso correto disso...”

(Sujeito 3- clínica particular)

O médico veterinário, tanto dos serviços oficiais como o que se dedica à prática privada, deve ter plena consciência de seu papel na proteção da saúde humana. Como parte integrante da comunidade, ele não só tem conhecimento para difundir, mas também a missão de compartilhar, repassando informações verdadeiras, com embasamentos científicos que tragam à luz todas os riscos a saúde pública e animal que uma zoonose qualquer oferece (Rodriguez, 1997). Nesse sentido, o veterinário torna-se um difusor de informações.

“...o veterinário é um agente difusor de informações e precisa estar bem treinado...”

(Sujeito 1 – Instituição- Depto Med. Vet. Preventiva)

“...Então os clínicos, eles tem uma obrigação de levar esta informação mais ética possível, sem ser tendencioso, mas coloque as coisas como ela realmente é...”

(Sujeito 5 – Serviço Saúde Pública)

No que diz respeito a leishmaniose é responsabilidade do veterinário como promotor da saúde animal ser também

promotor da saúde pública ao expedir todas as informações da doença para o proprietário do animal. Além disso, cabe ao veterinário estar cômico dos aspectos legais e éticos que envolvem uma zoonose, sendo, portanto, coerente ao transmitir certas informações a respeito da doença que poderão afetar futuramente as formas de controle.

5- CONCLUSÕES

- Verificou-se que todos os entrevistados admitem o potencial zoonótico da LVA e a sua gravidade para a população humana. Entretanto, não foi observado coerência por alguns veterinários, desta afirmação com relação as aplicações em suas ações de controle.
- Através da fala dos entrevistados, observou-se que o cão possui um papel definido no convívio familiar como membro da família. Esta representação afetiva relevante do cão com relação ao seu dono e ao veterinário, criou uma resistência à realização da eutanásia.
- Notou-se através das falas do profissional do setor público, que o serviço coletivo sofre limitações relacionadas aos recursos humanos, materiais e financeiros, prejudicando seu campo de atuação. Essas deficiências no serviço geraram uma insatisfação dos médicos veterinários em relação as medidas de controle do calazar exercidas pelo serviço de saúde pública de Belo Horizonte.
- Verificou-se que o sentimentalismo criado em torno da relação homem-cão, e a insatisfação dos resultados obtidos pelo sacrifício canino no controle da LVA, levaram alguns profissionais a abandonar a prática da eutanásia e implementar outras formas de controle, entre elas, o tratamento.
- Percebeu-se através da fala dos entrevistados, que havia uma preocupação econômica no tocante a movimentação de clientes e ao rendimento mensal das clínicas com relação ao sacrifício realizado pela prefeitura. Além disso, notou-se uma preocupação e resistência em sacrificar cães de interesse econômico para o proprietário.
- Notou-se que os animais de estimação agregam valores, sejam na venda de animais ou nos serviços oferecidos pelas clínicas veterinárias, este mercado envolvendo os animais de estimação, tornou-se fonte de renda para veterinários e proprietários
- Verificou-se um embate entre os médicos veterinários que realizam o tratamento canino nas clínicas particulares em Belo Horizonte. Alguns veterinários têm se posicionado contra os protocolos e terapias utilizadas por alguns profissionais para o tratamento do calazar canino em algumas clínicas, por julgarem tais procedimentos incompatíveis com a fisiologia animal e por não terem padronização e coerência em seus procedimentos clínicos.
- Percebeu-se que os profissionais veterinários do serviço de saúde pública demonstraram uma maior preocupação com a saúde coletiva à animal, no tocante aos aspectos éticos que envolvem uma doença como a LVA. Eles possuem uma visão estritamente coletiva da LVA e suas ações se preocupam com os agravos desta doença para a população humana.
- Percebeu-se que uma parcela dos clínicos veterinários (favoráveis ao tratamento), não assumem sua postura como promotor da saúde coletiva e transmissor de informações úteis para a comunidade. Notou-se que essa atuação privilegia essencialmente a clínica, tendo o cão como seu objeto de preocupação. Para os veterinários que não são favoráveis ao tratamento, verificou-se a preocupação sobre os riscos que a LVA pode acarretar para a população e nesse sentido, suas ações como clínicos não devem colocar em risco a saúde pública.
- Verificou-se a necessidade de movimentos educativos para médicos veterinários, afim de que os limites das ações do setor público e privado sejam bem definidos e estabelecidos para que as ações em saúde pública não sejam prejudicadas.

6-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALENCAR, J.E. *Calazar canino. Contribuição para o estudo da epidemiologia do calazar no Brasil*. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, Imprensa Oficial, 1959, 342p. Tese.
- ALVAR, J.; ALMELA, C.; MOLINA, R. El perro como reservatório de la leishmaniosis. *Medicina Veterinária*, v.12; p.431-438, 1995.
- ALVES, W.A.. *Estudo Epidemiológico da Leishmaniose Canina: Inquérito Canino na área urbana do município de Viçosa Minas Gerais*. 2001. Tese (Mestrado) - Faculdade de Veterinária, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa.
- AMUSATEGUI, I.; SÁINZ, A.; RODRÍGUEZ, F.; TESOURO, M.A.. Tratamiento de la leishmaniosis canina. Parte I. *Medicina Veterinária*, v.12, n.5; p.289-298, 1995.
- ANDRADE, C. J. M. *Representações de Saúde-doença e alternativas terapêuticas em bairros de periferia de Belo Horizonte (1994-1996)*.1996. Dissertação (mestrado) – Escola de Veterinária, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- ARIAS, J.; BELTRAN, F.; DESJEUX, P.; WALTON, B. Epidemiología y Control de la Leishmaniosis en las Américas, por País o Territorio. Washington, DC. OPS, 1996. 52p. *Caderno Técnico* 44.
- ASHFORD, R.W. Leishmaniasis reservoirs and their significance in control. *Clinics in Dermatology*, v.14, p.523-532., 1996.
- ASHFORD, D.A.; DAVID, J.R.; FREIRE, M.; DAVID, R.; SHERLOCK, I.; EULÁLIO, M.C.; SAMPAIO, D.P.; BADARÓ, R. Studies on control of Visceral Leishmaniasis: Impact of dog control on canine and human Visceral Leishmaniasis in Jacobina, Bahia, Brazil. *The American Society of tropical Medicine and Hygiene*, v 59, n.1, p. 53-57, 1998.
- ASHFORD, R.W. The leishmaniasis as emerging and reemerging zoonoses. *International Journal of Parasitology*, v.30, p. 1269-1281, 2000.
- ASSIS, A.C.B.; ALVES, P.A.B.; CAETANO JUNIOR, J.; MODENA, C.M. Caracterização do perfil de proprietários e interação homem/animal de estimação. *Arquivo Brasileiro Medicina Veterinária Zootecnia*. (Trabalho enviado para publicação), 1996.
- BARATA, R. C. B. *O desafio das doenças emergentes e a revalorização da epidemiologia descritiva*. *Revista Saúde Pública*, 31 (5), p. 531-537, 1997
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70,1977.225 p.
- BARRETO, M.P., ALVES, P.C. O coletivo versus individual na epidemiologia: contradição ou síntese? In: COSTA, M.F.L., SOUSA, R.P. (Org.) *Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia*. Belo Horizonte: COOPMED, 1994. p 129-136.
- BEVILACQUA, P.D. *Leishmaniose Visceral: Interesses públicos e interesses privados na construção social de uma epidemia em Belo Horizonte*. 1999. Tese (Doutorado) – Escola de Veterinária, Universidade Federal De Minas Gerais, Belo Horizonte.
- BOCK, A.M.B. Eu caçador de mim: pensando na profissão do psicólogo. In: SPINK, M.J. (Org.) *O conhecimento do cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, p.280-291, 1999.
- BRAGA, M.D.M.; COELHO, I.C.B.; POMPEU, M.M.L.; EVANS, T.G.; MACRULLIFE, M.J.T.; LIMA, J.W.O. Controle do calazar canino: comparação dos resultados de um programa de eliminação rápida de cães sororreagentes por ensaio imuno-enzimático com outro de eliminação tardia de cães sororreagentes por teste de imunofluorescência indireta de eluto de papel filtro. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v 31, n.5, p. 419-424, 1998.
- CARDOSO, L.; CABRAL, M. Leishmaniose e Leishmaniose Canina. *Revista Portuguesa de Ciências Veterinárias*. p.122-141, 1998.

- CARMO, V.T.; MODENA, C.M. Abordagem epidemiológica do conhecimento dos clínicos veterinários de pequenos animais sobre a Leishmaniose Visceral Americana. XVI ENCONTRO DE PESQUISA DA ESCOLA DE VETERINÁRIA, anais.p.92, 1998.
- CODIGO de ética do médico veterinário. Disponível em <<http://www.crmvmg.org.br/legisla.htm>> Acesso em: 26 Ago 2001.
- CONTROLE, diagnóstico e tratamento da leishmaniose visceral (calazar). 2.ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1996, 86p. (normas técnicas).
- COSENZA, G.W. Leishmaniose visceral em Belo Horizonte. *Boletim epidemiológico*, Secretaria do Estado da Saúde, SUS, Minas Gerais, v.4, n.2, p.4-6, 1995.
- COSTA, C.A.; GENARO, O.; LANA, M.; MAGALHÃES, P.A.; DIAS, M.; MICHALICK, M.S.M.; MELO, M.N.; COSTA, R.T.; ROCHA, N.M.M.; MAYRINK, W. Leishmaniose Visceral Canina: Avaliação da metodologia sorológica utilizada em inquéritos epidemiológicos. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v.24, n.1, p.21-25, 1991.
- COSTA, C.H.N.; VIEIRA, J.B.F. Mudanças no controle da leishmaniose visceral no Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v.34, n.2, p.223-228, 2001.
- DEANE, L.M. *Leishmaniose visceral no Brasil, estudos sobre reservatórios e transmissores realizados no Estado do Ceará*. Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Educação Sanitária, 1956, 162p. Tese.
- DIETZE, R.; BARROS, G.B.; TEIXEIRA, L.; HARRIS, J.; MICHELSON, K.; FALQUETO, A.; COREY, R. Effecto of Eliminating Seropositive Canine on the transmission of Visceral Leishmaniasis in Brazil, *Clinical Infectious Diseases*, v.25, p.1240-1242, 1997.
- FILHO, A.M.O. American Visceral Leishmaniasis - a critical appraisal of control strategies. FIRST INTERNATIONAL CONGRESSE OF THE PARASITOLOGY AND TROPICAL MEDICINE, 1994. American Visceral Leishmaniasis - a critical appraisal of control strategies, Proceedings..., p-133-138, 1994.
- FOGLE, B.R. Los animales y nosotros. *Whalthan Internacional Focus*, v. 2, n. 4, p. 2-8, 1992.
- GALATI, E.A.B. Estudos de flebotômíneos (Diptera: Psychodidae) em foco de Leishmaniose visceral no estado do Mato Grosso do Sul) *Rev. Saúde Pública*, v.4, n.331, p. 370-378, 1997.
- GAMA, A.M.E.; BARBOSA, J.S; CUNHA, A.K.B. ,FREITAS, A.R.; RIBEIRO, I.R.; COSTA, J.M.L.. Avaliação do nível de conhecimento que populações residentes em áreas endêmicas têm sobre leishmaniose visceral, Estado do Maranhão, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, v. 14, n.2, p.381-390, 1998.
- GENARO, O.; HERMETO, M.V; CHAVES, K.M; MICHALICK, M.S.M. et al. Eco-epidemiological aspects of the leishmaniasis in the state of Minas Gerais, Brasil. In: 1º WORKSHOP SOBRE LEISHMANIA. Recife, 1993.
- GENARO, O. *Leishmaniose Visceral Canina Experimental*. Belo Horizonte: 1993. Tese (Doutorado) - Instituto de Ciências Biológicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- GENARO, O. Leishmaniose Visceral Americana. In: NEVES, D.P; MELO, A.L; GENARO, O; LINARDI, P.M. *Parasitologia Humana*. São Paulo, Belo Horizonte. Rio de Janeiro: Atheneu, p. 64-81, 1995.
- GENARO, O. Leishmaniose Visceral. In: NEVES, D.P. *Parasitologia humana*. 7ed. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, p. 55-72, 1997.

- KENDRICK, R.K.; FOCHEAUX, C.; DEREURE, J.; PUECH, M.P.; CADIERGURS, M.C. Protection of dogs from bites of phlebotomine sandflies by deltamethrin collars for control of canine leishmaniasis. *Medical and Veterinary Entomology*, v.11, p.105-111, 1997.
- LAMONTHE, J. Treatment of canine leishmaniasis from A (Amphotericin B) to z (Ziloric). IN: INTERNATIONAL CANINE LEISHMANIASIS FORUM, 1999, Barcelona. Treatment of canine leishmaniasis from A (Amphotericin B) to z (Ziloric). Proceedings ... Barcelona Hoechst Roussel Vet., 1999. p.12-18, 1999.
- LANE, S.T.M. Usos e abusos do conceito de Representação Social. In: SPINK, M.J. (Org.) *O conhecimento do cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, 1999. p.58-72.
- LEME, M.A.V.S. O impacto da teoria das Representações Sociais. In: SPINK, M.J. (Org.) *O conhecimento do cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, 1999. p.46-57.
- MAGALHÃES, P.A.; MAYRINK, W; COSTA, C.A.; MELO, M.N. et al. Calazar na zona do Rio Doce - Minas Gerais: Resultado de medidas profiláticas. *Rev. Inst. Med. Trop. São Paulo*. v. 22, n. 4, p. 197-202, 1980.
- MARZOCHI, M.C.A.; SABROZA, P.C.; TOLEDO, L.M; MARZOCHI, K.B.F. et al. Leishmaniose visceral na cidade do Rio de Janeiro - Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 1, n. 1, p. 5-17, 1985^a.
- MARZOCHI, M.C.A; COUTINHO, S.G.; SABROZA, P.C.; SOUZA, M.A. et al. Leishmaniose visceral canina no Rio de Janeiro - Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 1, n. 4, p. 432-446, 1985.
- MILES, M.A.; VEXENAT, J.H.; FURTADO CAMPOS, FONSECA DE CASTRO, J.A. Canine leishmaniasis in Latin America: control strategies for visceral leishmaniasis. In: INTERNATIONAL CANINE LEISHMANIASIS FORUM, 1999, Barcelona. Canine Leishmaniasis: an update. Proceeding....Barcelona: Hoechst Roussel Vet., 1999.p. 46-53, 1999
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento - Pesquisa qualitativa em saúde*. 3 ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1994. 269p.
- MINAYO, M.C.S., *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 2000.p. 89-104.
- MOHAMMED, A.R.; WRIGHT, E.P.; ABDEL RAHMAN, A.M.; KOLK, A.; LAARMAN, J.J.; PONDMAN, K.W. Serodignosis of Sudanese visceral and mucosal leishmaniasis: comparison of ELISA - imunofluorescence and indirect haemagglutination. *Trans. Royal.Soc. Trop.Med. Hyg.*, v.80, p. 271-274, 1986.
- MONTEIRO, P.S.; LACERDA, M.M.; ARIAS, J.R. Controle da Leishmaniose Visceral no Brasil. *Revista Brasileira de Medicina Tropical*, v.27(Supl III), p.67-72, 1994.
- MOSCOVICI, S. Notes towards a description of Social Representations. *European Journal of Social Psychology*, 18:211-50, 1988.
- NASCIMENTO, M.D.S.B.; COSTA, J.M.L.; FIORI, B.I.P.; VIANA, G.M.C.; FILHO, M.S.G.; ALVIM, A.C.; BASTOS, O.; NAKATANI, M; REED, S.; BADARÓ, R.; SILVA, A.R.; BUTATTINI, M. Aspectos epidemiológicos determinantes na manutenção da Leishmaniose Visceral no Estado do Maranhão - Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v.29, p.233-240, 1996.
- NEVES, D.P. *Parasitologia Humana*, São Paulo: Atheneu, 1988. 524p.

OLIVEIRA, C.D.L.; PESSANHA, J.E.; COSTA, I.O. Histórico das ações e metodologias propostas e adotadas no controle da leishmaniose visceral no município de Belo Horizonte, 1993-1998. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, Departamemtno de Ações de Saúde, Serviço de Controle de Zoonoses, 1998. 46p. (Relatório).

OMS Information on the epidemiology and control of the leishmaniasis by country or territory. Geneva:OMS, 1991.

PERINI, E. *O abandono do tratamento da tuberculose: transgredindo regras, banalizando conceitos.* 1998. Tese (Doutorado) - Escola de Veterinária, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

RODRIGUEZ, J.G.T. Epidemiologia das zoonoses: impotância em saúde pública. *Revista Brasileira de Medicina Veterinária*, v.19, n5, p.185-187, 1997.

SÁ, C.P. Representações Sociais: o conceito e o Estado atual da teoria. In: SPINK, M.J. (Org.) *O conhecimento do cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social.* São Paulo: Brasiliense, 1999.p. 1-46.

SABROZA, P.C.; KAWA, H.; CAMPOS, W.S.Q. Doenças transmissíveis: ainda um desafio. In: MINAYO, M.C.S. (Org.) *Os muitos brasis: saúde e população na década de 80.* São Paulo/ Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1995. p.177-244.

SANTA ROSA, I.D.C.A.; OLIVEIRA, I.C.S. Leishmaniose Visceral: breve revisão de uma zoonose reemergente. *Clínica Veterinária*, v.11, p.24-28, 1997.

SANTOS, S.R. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa biomédica. *Jornal de Pediatria*, v.75, n.6, p.401-406., 1999.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA, SERVIÇO DE CONTROLE DE ZOOSES. Leishmaniose Visceral. Boletim Epidemiológico, número extra, Outubro, 1994.

SHAW, J.J. The relationship of sand fly ecology to the transmission of leishmaniasis in South America with particular reference Brazil. Contributions to the knowledge of Diptera. ^{2nd} INTERNATIONAL CONGRESS OF VECTOR ECOLOGY. p.502-517, 1997.

SILVA, E.S.; GONTIJO, C.M.F.; PACHECO, R.S.; FIUZA, V.O.P.; BRAZIL, R.P. Visceral Leishmaniasis in the Metropolitan region of Belo Horizonte, State of Minas Gerais, Brazil. *Mémoires do Instituto Oswaldo Cruz*, v.96, n.3, p.285-291, 2001.

SILVA, M.P.; NASCIMENTO, E.G.; MELRO, M.C.B.F.; OLIVEIRA, G.G.S.; SANTOS, W.L.C.; PONTES-DE-CARVALHO, L.C.; OLIVEIRA-DOS-SANTOS, A.J. Cohort study on canine emigration and leishmania infection in na endemic area for american visceral leishmaniasis. Impications for the disease control. *Acta tropica*, v.69, p.75-83, 1997.

SILVA, A.R.; VIANA, G.M.C.; VARONIL, C.; PIRES, B.; NASCIMENTO, M.D.S.D.; COSTA, J.M.L. Leishmaniose visceral (calazar) na ilha de São Luís, Maranhão, Brasil; evolução e perspectivas. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v.30, p.359-368, 1997.

SOUSA, C.B.P.; SANTOS, W.R; SILVA, J.C.F.; COSTA, R.T.; REIS, A.B.; PALATINIK, M.; MAYRINK, W.; GENARO, O. .Imapct of canine control on the epidemiology if canine and human visceral leishmaniasis in Brazil. *Tropical Medicine*, v.65, n.5, p.86-93, 2001.

SOUTO, S.O. O jogo de papéis e Representações Sociais na universidade: o estudo de um caso particular. In: SPINK, M.J. (Org.) *O conhecimento do cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, 1999. p.292-300.

SPINK, M.J.P. O estudo das representações Sociais. In: SPINK, M.J. (Org.) *O conhecimento do cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, 1999. p. 85-108.

VIEIRA, J.B.F.; COELHO, G.E. Leishmaniose Visceral ou calazar: aspectos epidemiológicos e de controle. *Revista da Sociedade de Medicina Tropical*, v.31(Supl. II), p.85-92, 1998.

WOLDAY, D.; BERHE, N.; AKUFFO, H. & BRITTON, S. Leishmania-HIV Interation: Immunopathogenic mechanisms. *Parasitol. Today*, v.15, p.182-187, 1999.