

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UMA FERRAMENTA IMPORTANTE AO COMBATE A LEISHMANIOSE VISCERAL HUMANA

PERFORMANCE OF STRATEGIES FAMILY HEALTH IN CANCER PREVENTION OF CERVICAL

JOSIANE MÁRCIA DE CASTRO¹, GULNARA PATRÍCIA BORJA-CABRERA^{2*}

1.Enfermeira. Mestre em Gestão Integrada do território da Universidade vale do Rio Doce (UNIVALE); 2. Medica. Pós-Doutora, Docente do programa de Mestrado em Gestão Integrada do território da Universidade vale do Rio Doce (UNIVALE).

*Faculdade Pitagoras Ipatinga-Rua Jequitibá, 401, Horto, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil.CEP:35160-036. gulnaraborja@yahoo.com.br

Recebido em 08/12/2016. Aceito para publicação em 26/01/2017

RESUMO

O Brasil enfrenta atualmente um sério problema de saúde pública quanto leishmaniose visceral humana (LVH). Têm sido registrados surtos frequentes, inicialmente, em áreas rurais, mas, hoje, devido ao processo urbanização, encontra-se em expansão para grandes centros, fazendo com o agravo encontra-se entre as seis endemias consideradas prioritárias no mundo. No leste de Minas Gerais, a macrorregião de Governador Valadares (GV), possui diversos micros territórios com casos de LVH, inclusive com ocorrência de óbitos. A dificuldade em combater a doença, dentre vários fatores, é à falta de informação da população acerca da patologia. Objetivou-se com esse estudo analisar o conhecimento dos residentes da área urbana do município citado sobre a LVH e o modelo processo saúde-doença prevalentes em suas percepções. Tratou-se de um estudo observacional, descritivo, com abordagem qualitativa, foram entrevistados 20 indivíduos, a partir de um roteiro semiestruturado, e para análise dos dados utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. O estudo revelou que a maioria dos entrevistados não possuem informações sobre a doença e focam no modelo biomédico, contribuindo para a endemicidade do agravo. O requer maior atenção das autoridades no tocante à implantação de políticas publica efetivas, por isso, vários elementos devem levados em consideração, como a educação em saúde mediante a participação popular, que visa à comunicação dialógica, capaz de preparar os indivíduos para decidirem quais as estratégias mais apropriadas de prevenção e controle do agravo, para que possam saber como agir e assim ajudar a reduzir e, posteriormente, eliminar os focos de transmissão.

PALAVRAS-CHAVE: Leishmaniose Visceral Humana, Educação em Saúde, Políticas Públicas.

ABSTRACT

Brazil faces a serious public health problem as human visceral leishmaniasis (LVH), in Minas Gerais, the macroregion of

Governador Valadares (GV), has a high incidence of the disease with the occurrence of deaths. The difficulty in combating the disease, among several factors, is the lack of information of the population about the pathology. The objective was to analyze the knowledge of the residents of the urban area of the municipality mentioned about the LVH and the health-disease process model prevalent in their perceptions. This was a descriptive, observational study with a qualitative approach. Twenty individuals were interviewed from a semi-structured script and the data analysis technique was used by Bardin's Content Analysis technique. The study revealed that most of the interviewees do not have information about the disease and focus on the biomedical model, contributing to the endemicity of the disease. It requires greater attention from the authorities regarding the implementation of effective public policies, with a focus on health education through popular participation, which aims at dialogical communication, capable of preparing individuals to decide which strategies are most appropriate for prevention and control of the So they can know how to act and thus help to reduce and subsequently eliminate the outbreaks of transmission.

KEYWORDS: Human Visceral Leishmaniasis, Health Education, Public Policies.

1. INTRODUÇÃO

A Leishmaniose Visceral Humana (LVH) é uma doença crônica, grave, potencialmente fatal para o homem quando não se institui o tratamento adequado. É causada pela *Leishmania chagasi*, cuja transmissão ocorre principalmente através da picada de fêmeas de flebotômíneos da espécie *Lutzomyia longipalpis*, onde o cão é o principal reservatório. Endêmica em cinco continentes, com casos humanos relatados em cerca de 50 países localizados em regiões tropicais e subtropicais. Mais de 90% dos casos mundiais ocorrem em Bangladesh, Índia, Sudão, Sudão do Sul, Etiópia e Brasil. A incidência anual estimada da doença é de cerca de 200.000 a 400.000

novos casos. Infelizmente, esses dados são subestimados, uma vez que a afecção não é de notificação compulsória em todos os países em que ocorre, e muitos deles não realizam vigilância ou outras investigações e não possuem um sistema de armazenamento de dados^{1,2}.

Mesmo com grande parte dos casos sendo subnotificados, o Brasil é, atualmente, responsável por cerca de 90% dos casos da América Latina. Somente no ano de 2012 foram notificados 3.038 casos da doença em humanos, com uma incidência da ordem de 1,57 casos/100.000 habitantes e uma taxa de letalidade de 7,1%. Até uma ou duas décadas atrás, essa zoonose acometia indivíduos com condições socioeconômicas reduzidas, residentes em áreas rurais ou semiáridas do Nordeste, que contava com cerca de 90% dos casos notificados no país³. Com o passar dos anos, os casos que se concentravam principalmente no Nordeste passaram a ser notificados com mais frequência nas regiões norte, centro-oeste e sudeste do Brasil, com uma expansão da doença observada em quase todo o território brasileiro, principalmente em municípios com crescente urbanização e alto índice de pobreza^{4,5}.

Estima-se que ocorra mais de 2 milhões de novos casos de leishmanioses todos os anos no planeta, e ainda que 350 milhões de pessoas vivam em territórios de risco da doença^{6,7}. Por tratar-se de doença que afeta tipicamente populações pobres e até pouco tempo quase exclusiva do meio rural, a leishmaniose não tem chamado a atenção das políticas governamentais de saúde, assim como dos programas de controle, prevenção e de tratamento⁸.

De acordo com a distribuição espacial da doença no Brasil, os casos de LVH estão distribuídos em 22 unidades federadas atingindo as cinco regiões brasileiras, e acometendo o Nordeste em 47,5% do total de casos do país em 2009⁹.

No Brasil, ao longo da década de 90, houve grande expansão da distribuição geográfica da doença decorrente do processo de urbanização, levando a ocorrência de importantes epidemias em várias cidades da região Nordeste - São Luís, Natal e Aracaju, Norte - Boa Vista e Santarém, Sudeste - Belo Horizonte e Montes Claros e Centro Oeste - Cuiabá e Campo Grande¹⁰.

Em Minas Gerais, observou-se no período de 2004 a 2008, um total de 2.374 casos de LVH, correspondendo a 68% dos casos registrados na região Sudeste e 14% do país. Minas Gerais é o segundo estado com maior número de notificações para a doença, onde a letalidade neste período foi de 8,9%¹¹.

Em 2008, foram notificados os primeiros casos autóctones da LVH no município de Governador Valadares. Segundo a Gerência de Epidemiologia, a taxa de letalidade no município, no período de junho de 2008 a junho de 2010, atingiu um índice elevado de 18,03%, medindo desta forma a patogenicidade doença¹².

Recentemente Barata *et al.* (2013)¹³ mostraram que em GV e o território da leishmaniose. Entre 2008 a 2011, aconteceram 86 casos humanos, predominante do gênero masculino, com uma letalidade de 16,2%. O grupo fez um inquérito epidemiológico em 4992 cães, mostrando 30,2% de positividade de LV Canina. Respeito ao vetor o estudo mostrou captura de 2539 flebotomíneos nas áreas peridomiciliares em 84,5% dos casos, e a *Lu. longipalpis* foi a espécie predominante em 90% dos casos, sugerindo a participação do agente vetor no ciclo da doença no reservatório canino.

O Município de Governador Valadares, área silenciosa para LVH até 2008, necessita de um conhecimento mais aprofundado sobre fatores clínico-epidemiológicos, como a procura do diagnóstico, as evoluções clínica e laboratorial, a escolha do tratamento e as comorbidades, além de intervenções na educação em saúde. Nos últimos anos, o Ministério da Saúde tem investido em pesquisas sobre diagnóstico laboratorial humano e canino, tratamento dos pacientes, avaliação da efetividade das estratégias de controle, bem como de novas tecnologias que possam contribuir na implementação das ações de vigilância e controle da LVH no Brasil¹⁴.

Isso fez com que o movimento de luta pela reforma sanitária, no Brasil, caracterizasse, pela reivindicação de outro conceito de saúde que, para além do biológico, incluísse também a dimensão social na análise do processo saúde-doença. Na atualidade, está estabelecido que para melhor entender-se o processo em qualquer comunidade, faz-se necessário entender o ser humano no seu meio físico, biológico, social e econômico. Estes meios são considerados como fatores determinantes e condicionantes deste processo, estabelecendo a ocorrência e a prevalência das doenças infectoparasitárias nas paisagens terrestres, bem como seus comportamentos que são influenciados por estes fatores. O agente infeccioso é, na verdade, apenas uma das causas para a ocorrência das endemias¹⁵.

Baseado nesse modelo, o Sistema Único de Saúde, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), organiza a gestão dos serviços de saúde, partir de uma delimitação espacial previamente determinada. Este espaço político-administrativo comporta uma dinâmica de interação entre uma população específica, que vive um determinado tempo e espaço, com suas particularidades de conhecimentos, práticas e percepções. Cada território é composto por problemas de saúde específicos, e traçar seu perfil epidemiológico é fundamental para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população¹⁶.

A Organização Mundial de saúde (OMS) como ferramentas de controle, preconiza três medidas principais como: destruição do inseto vetor, tratamento dos casos humanos e eliminação dos reservatórios (cães sintomá-

ticos e soropositivos)¹⁷. Porém, observa-se que as ESF, não tem desenvolvido campanhas sistemática de educação em saúde em relação as ferramentas preconizadas, o poder público pouco investe em educação e esclarecimento à população sobre as formas de prevenção e controle. Contentam em matar cães, não permitem o tratamento dos animais e sempre alegam questões financeiras para o investimento necessário no controle dessa endemia, gerando conflitos entre a sociedade e os gestores. Para o desenvolvimento das ações educativas, sobretudo, é preciso que a população tenha informações necessárias para que possam realizar práticas corretas que permitam esclarecer eventuais dúvidas, capazes de promover uma mudança de comportamento da população.

“Além disso, a Carta de Ottawa indica que a promoção da saúde demanda uma ação coordenada entre governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos para estabelecer estratégias que devem refletir as necessidades locais e as diferenças socioeconômicas e culturais para a construção de políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis, reforçar a ação comunitária na direção dos assuntos de saúde, desenvolver habilidades pessoais através da divulgação de informação, educação para a saúde e reorientar os serviços de saúde para a promoção da saúde com a participação da comunidade e de outros setores”¹⁸.

As mídias e as novas tecnologias de comunicação presentes na sociedade contemporânea devem atuar de maneira a suprir a necessidade social da informação, ampliando a visibilidade das questões coletivas. Quanto menor é a experiência do indivíduo em relação a um determinado assunto, maior é sua dependência dos meios de comunicação para compreender, contextualizar e posicionar-se perante informações e interpretações referentes a esse tema¹⁹. O poder de repasse de informações em grande escala, há que se observar a qualidade da informação prestada, a forma e o momento em que se veicula a notícia, pois se produzem significados variados que podem tanto concorrer para o esclarecimento e a mobilização popular ou, ao contrário, para a confusão e o alarmismo reativo²⁰.

A educação em saúde e a participação comunitária são vistas como a forma mais importante de se combater, a colaboração da população torna-se fundamental para o êxito da campanha de combate LVH. Seja através dos meios de comunicação de massa, como TV, rádio ou jornal, ou por meio dos profissionais de saúde, através de visitas domiciliares ou palestras, a população deve ter acesso às informações sobre a doença, sobre o vetor e sobre as medidas de prevenção e controle para que possam saber como agir para ajudar a reduzir e, posteriormente, eliminar os focos de transmissão⁴⁴. Portanto, objetivou-se com esse estudo analisar o conhecimento dos residentes da área urbana do município citado sobre a LVH e o modelo processo saúde-doença prevalentes em

suas percepções.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Essa pesquisa caracterizou-se como um estudo qualitativo, observacional, descritivo. Adotou-se a abordagem qualitativa devido à complexidade do campo da saúde e à natureza do objeto de estudo, uma vez que não houve preocupação, nesse estudo, de enumerar e/ou medir os eventos estudados e sim captar a realidade do fenômeno, como destaca Minayo (2007)²¹, essa modalidade de pesquisa admite averiguar os significados atribuídos pelos sujeitos ao fato de suas práticas, além de visar ao aprofundamento no mundo dos significados, conhecimentos, relações humanas, atitudes, crenças e valores. Nessa abordagem, segundo a autora, não há preocupação em quantificar, mas, sim, em compreender e explicar a dinâmica do fenômeno²².

O cenário do estudo é o município de Governador Valadares que constitui um polo econômico da mesorregião do Vale do Rio Doce e à microrregião de mesmo nome, exercendo significativa influência sobre o leste e Nordeste de Minas Gerais e municípios do estado do Espírito Santo. Situa-se a 324 quilômetros de Belo Horizonte - MG. Segundo contagem do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, possuem 260.396 habitantes e que se encontram distribuídos em bairros da região urbana e distritos em áreas da zona rural²³. Entrevistou-se um grupo de 20 indivíduos residentes em bairros endêmicos, de diversas faixas etárias, sexo, condições socioeconômicas, grau de instrução afim de obter um conjunto de informadores-chave no contexto da investigação.

Desta forma, esta população foi a mais indicada para fornecer dados exploratórios e preliminares, a fim de identificar questões importantes nessa pesquisa, e contribuísse no alcance dos objetivos propostos. A definição da amostra qualitativa não foi realizada com base em amostragem probabilística, mas delimitado pela saturação dos discursos. O fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados. Noutras palavras, as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados²⁴.

Utilizou-se de uma entrevista semiestruturada, guiada pelas seguintes perguntas: Você sabe o que é a Leishmaniose visceral humana? Como se pega essa doença? Este tipo de entrevista “se desenvolve a partir de uma relação fixa de perguntas, cuja ordem e redação

permanece invariável para todos os entrevistados”, conforme Minayo (2007, p.123)²². O estudo contou com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Rio Doce/MG, observadas todas as recomendações da Resolução 466 de 12/12/2012 – Conselho Nacional de Saúde para Pesquisa Científica em Seres Humanos. O consentimento da participação foi obtido pela leitura, esclarecimento e assinatura do termo, a fim de garantir o anonimato dos sujeitos da pesquisa, as entrevistas foram numeradas de acordo com a sequência em que ocorreram.

Para análise qualitativa das entrevistas foi realizada a Análise de Conteúdo de Bardin (2009)²⁵ agrupando os dados em categorias para avaliação, dentro dos temas identificados. Os textos não sofrerão correções linguísticas, preservando o caráter espontâneo das falas. Esta técnica consiste em um processo sistemático de avaliação de mensagens, que objetiva a descrição do conteúdo e inferências de conhecimentos sobre a produção e recepção dessas mensagens, de acordo com os seguintes passos: Os discursos coletados são, inicialmente, transcritos mantendo-se a forma original de expressão dos respondentes; Pré-análise, na qual faz-se uma leitura flutuante, a partir da qual emergem impressões e orientações, de forma a identificar as grandes categorias discursivas abordadas pelos respondentes; Leituras exaustivas dos conteúdos, para a organização e sistematização dos conteúdos, permitindo o agrupamento dos mesmos em grandes categorias; Análises dos conteúdos das falas dos sujeitos, que serão reunidas por categorias, identificando unidades de significados, estabelecendo subcategorias e procedendo-se aos agrupamentos finais; Análise e interpretação dos dados por subcategorias, possibilitando a descrição dos resultados e significados dos conteúdos que consolidam o tema. Nesta investigação, as categorias analisadas foram: verificação do conhecimento dos pesquisados sobre LVH; bem como a forma de transmissão do agravo.

3. DESENVOLVIMENTO

A LVH é uma zoonose de grande relevância na saúde coletiva devido à sua heterogeneidade epidemiológica. Acomete principalmente crianças de idade inferior a 10 anos, adultos jovens e idosos, principalmente em razão de doenças associadas, que podem ocasionar efeitos observados de forma direta pelos indicadores de morbidade e mortalidade, na educação, economia e agricultura de um país, além do impacto individual relacionado ao preconceito. Estes efeitos podem promover pobreza e subdesenvolvimento econômico, contrariando o princípio ético que corresponde à premissa de ser de direito humano fundamental o acesso à saúde. Na esfera econômica, percebe-se um impacto substancial, uma vez afetada as pessoas economicamente ativas, a produção econômica encontra-se comprometida. A infestação de

vetores local é determinada pela comunidade social e cultural, práticas e infraestrutura e urbanização crescente normalmente atrai os pobres para os assentamentos periurbanos de abastecimento de água deficiente, provocando desorganização dos serviços de saúde e consequentemente o surgimento de epidemias²⁶.

De acordo com a política de saúde vigente em nosso país, o controle das leishmanioses é de responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Vale ressaltar que a educação em saúde no contexto da descentralização administrativa e participação social, são alguns dos princípios do SUS que ainda carecem de maior instrumentalização. A definição do município como microterritório de implementação das políticas públicas no Brasil, embora possua sua lógica formal, dado que o município é a esfera de maior proximidade com os problemas sociais, acabou por reforçar as desigualdades regionais do país, por não ser acompanhada dos instrumentos necessários para garantir a efetividade desta estratégia de controle de doenças negligenciadas, como a LVH.

Diferentemente da educação sanitária que tem como concepção que o indivíduo tenha que cuidar de sua própria saúde, vista apenas como ausência de doença, a educação em saúde visava não apenas o repasse de informações, mas a transformação de saberes existentes, sem a imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas, sim, pela sua compreensão de saúde. Com isso, a educação em saúde visa a comunicação dialógica, capaz de preparar os indivíduos para decidirem quais as estratégias mais apropriadas para que ele possa promover, manter e recuperar sua saúde. Embora representem concepções totalmente diferentes, a educação sanitária e a educação em saúde continuam a coexistir, de modo simultâneo, nas ações desenvolvidas por profissionais com variadas formações²⁷.

“Com esse raciocínio, é frequente encontrarmos atitudes baseadas nas palestras prescritivas de hábitos e condutas, tratando a população usuária de forma passiva, transmitindo conhecimentos técnicos sobre as doenças e como cuidar da saúde, sem levar em conta o saber popular e as condições de vida dessas populações. Muitas vezes, a culpabilização do próprio paciente por sua doença predomina na fala do profissional de saúde, mesmo que este conscientemente até saiba dos determinantes sociais da doença e da saúde”²⁷.

Essa pesquisa caracterizou-se como um estudo qualitativo, observacional, descritivo. Adotou-se a abordagem qualitativa devido à complexidade do campo da saúde e à natureza do objeto de estudo, uma vez que não houve preocupação, nesse estudo, de enumerar e/ou medir os eventos estudados e sim captar a realidade do fenômeno, como destaca Minayo (2007)²¹, essa modalidade de pesquisa admite averiguar os significados atribuídos pelos sujeitos ao fato de suas práticas, além de visar ao aprofundamento no mundo dos significados,

conhecimentos, relações humanas, atitudes, crenças e valores. Nessa abordagem, segundo a autora, não há preocupação em quantificar, mas, sim, em compreender e explicar a dinâmica do fenômeno²².

O cenário do estudo é o município de Governador Valadares que constitui um polo econômico da mesorregião do Vale do Rio Doce e à microrregião de mesmo nome, exercendo significativa influência sobre o leste e nordeste de Minas Gerais e municípios do estado do Espírito Santo. Situa-se a 324 quilômetros de Belo Horizonte - MG. Segundo contagem do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, possuem 260.396 habitantes e que se encontram distribuídos em bairros da região urbana e distritos em áreas da zona rural²³. Entrevistou-se um grupo de 20 indivíduos residentes em bairros endêmicos, de diversas faixas etárias, sexo, condições socioeconômicas, grau de instrução afim de obter um conjunto de informadores-chave no contexto da investigação.

Desta forma, esta população foi a mais indicada para fornecer dados exploratórios e preliminares, a fim de identificar questões importantes nessa pesquisa, e contribuisse no alcance dos objetivos propostos. A definição da amostra qualitativa não foi realizada com base em amostragem probabilística, mas delimitado pela saturação dos discursos. O fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados. Noutras palavras, as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados²⁴.

Utilizou-se de uma entrevista semiestruturada, guiada pelas seguintes perguntas: Você sabe o que é a Leishmaniose visceral humana? Como se pega essa doença? Este tipo de entrevista “se desenvolve a partir de uma relação fixa de perguntas, cuja ordem e redação permanece invariável para todos os entrevistados”, conforme Minayo (2007, p.123)²¹. O estudo contou com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Rio Doce/MG, observadas todas as recomendações da Resolução 466 de 12/12/2012 – Conselho Nacional de Saúde para Pesquisa Científica em Seres Humanos. O consentimento da participação foi obtido pela leitura, esclarecimento e assinatura do termo, a fim de garantir o anonimato dos sujeitos da pesquisa, as entrevistas foram numeradas de acordo com a sequência em que ocorreram.

Para análise qualitativa das entrevistas foi realizada a Análise de Conteúdo de Bardin (2009)²⁵ agrupando os dados em categorias para avaliação, dentro dos temas

identificados. Os textos não sofrerão correções linguísticas, preservando o caráter espontâneo das falas. Esta técnica consiste em um processo sistemático de avaliação de mensagens, que objetiva a descrição do conteúdo e inferências de conhecimentos sobre a produção e recepção dessas mensagens, de acordo com os seguintes passos: Os discursos coletados são, inicialmente, transcritos mantendo-se a forma original de expressão dos respondentes; pré-análise, na qual faz-se uma leitura flutuante, a partir da qual emergem impressões e orientações, de forma a identificar as grandes categorias discursivas abordadas pelos respondentes; Leituras exaustivas dos conteúdos, para a organização e sistematização dos conteúdos, permitindo o agrupamento dos mesmos em grandes categorias; Análises dos conteúdos das falas dos sujeitos, que serão reunidas por categorias, identificando unidades de significados, estabelecendo subcategorias e procedendo-se aos agrupamentos finais; Análise e interpretação dos dados por subcategorias, possibilitando a descrição dos resultados e significados dos conteúdos que consolidam o tema. Nesta investigação, as categorias analisadas foram: verificação do conhecimento dos pesquisados sobre LVH; bem como a forma de transmissão do agravo.

Categoria Conhecimento sobre a LVH

Quando perguntado a respeito do seu conhecimento sobre a LVH, a maioria dos entrevistados demonstraram desconhecer o agravo, o que pode ser justificado pelo fato que as ações de comunicação e educação, podem estar priorizando somente informações simplistas ou de difícil entendimento²⁸, como mostram as falas:

“Ao certo não” (Entrevistado 3). “Não! Sei Não (Entrevistado 5). “Ah eu vejo falar disso daí hum mal provocado pelos animais né?” (Entrevistado 1) “A visceral que... prejudica fígado, rins, prejudica tudo, os órgãos internos todos né? Igual fiquei passei um sufoco, ofender demais o meu fígado entendeu? Graças a Deus fui atendido a tempo ainda e deu pra pra mim recuperar bem Graças a Deus se não não tava aqui pra contar história” (Entrevistado 2) “Não faço a mínima ideia” (Entrevistado 13) “Ah eles fala que é do cachorro, qualquer uma criação que tiver doente e você ficar mexendo com aquela criação é perigoso né!” (Entrevistado 9)

A falta de informação e de atitudes preventivas são alguns dos principais fatores relacionados à expansão das doenças infecciosas e parasitárias, no Brasil. No caso das leishmanioses, na maioria das áreas onde a doença é endêmica, o conhecimento restringe-se, muitas vezes, aos indivíduos que já tiveram a doença ou casos na família ou vizinhos²⁹. Mesmo em áreas com alto grau de

endemicidade, a desinformação sobre aspectos relacionados à transmissão, ao tratamento e à prevenção é alta, dificultando o estabelecimento das estratégias de controle³⁰.

A educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientadas para a prevenção de agravos e promoção da saúde. Trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado por profissionais da área, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que, a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde³¹. A efetiva participação da população como agentes multiplicadores da informação em ações de prevenção e controle de doenças, no caso específico a LVH, já foi comprovada^{29,32,33,34}.

Essa mesma educação à saúde ganharia muito mais adesão da população se explorasse os aspectos das apropriações. É notório que a capacidade de mobilização social se amplia quando envolve a comoção das pessoas em torno de uma causa porque afeta um ente querido, no caso o cachorro. O apelo emocional tão adequado para a comunicação social e para o discurso publicitário seria tomado como parte de um outro discurso que respeita o território alheio desses moradores. Tão importante quanto identificar os meios de comunicação e fontes de informação que repassam orientações à população, é a identificação sobre o que pensam os indivíduos sobre as informações que recebem.

O indivíduo não é orientado pela lógica da escolha racional resultante de informações sobre comportamentos adequados que promoverão sua saúde. Seu agir é fruto de suas concepções, crenças e valores. Contudo, a não circulação de informações ou a circulação de informações de má qualidade podem levar à inação ou a ações ineficazes. De acordo com Araújo (2009)³⁵ os meios de comunicações participam da formação dos sentidos sociais sobre saúde e doença e estes sentidos resultam da combinação de vários discursos emanados de diferentes fontes. O discurso instrutivo é reconhecido pela presença de frases no “*modo imperativo*”: Faça a sua parte! Já o discurso argumentativo aparece nas frases denominadas “*chamadas tipo manchete*”, por terem o caráter de argumentar sobre a gravidade da doença: Leishmaniose mata! Tais recomendações assemelham-se a prescrições médicas reafirmando o caráter vertical do modelo biomédico de saúde ainda presentes nas campanhas.

Atuando, dessa maneira, como forma alternativa e auxiliar ao modelo assistencial de saúde ainda vigente no Brasil, centrado no tratamento de doenças. Estudos demonstram que qualquer conhecimento sobre a LVH é considerado fator de proteção para o indivíduo exposto, uma vez que a informação é capaz de minimizar o risco de ocorrência de LVH em até 2,24 vezes³². Tal estatística

é relevante ao considerarmos o fato de que o agravo é 100% letal quando não tratado. De maneira mais abrangente, ao se tornar consciente da LVH, a população pode contribuir ativa e permanentemente na fase inicial de ocorrência da enfermidade na cidade, proporcionando a consolidação das ações de vigilância e controle locais. A própria OMS reconhece a educação em saúde como forma de intervenção e recomenda aplicação constante no sistema de atendimento da saúde³⁶.

O fundamental objetivo da participação da comunidade no controle do LVH é a redução do número de casos, além do desenvolvimento de atitudes e práticas saudáveis³⁷. Experiências demonstram que a comunidade tem um papel fundamental nos programas de controle e prevenção de epidemias, entretanto, campanhas informativas, utilizando os meios de comunicação como rádio e televisão, palestras comunitárias por agentes de saúde, demonstram limitada efetividade, se um conhecimento prévio das concepções populares não for conhecido²⁸.

Pode-se evidenciar que a educação deve ser mais do que transmissão de conhecimento e que informações não são suficientes para promover mudanças de comportamento nos indivíduos. Tais mudanças de atitude, ou seja, o despertar do interesse que resulta na ação preventiva seria fruto desse instigar das capacidades afetadas que compreendem essa territorialidade.

Para Sales (2008)³⁸, os conteúdos divulgados pelos meios de comunicação, por vezes, repassam informações imprecisas, podendo trazer má interpretação à população. Este fato pode contribuir, portanto, para que parte da população não confie nas informações repassadas por este meio. Em relação às informações fornecidas por profissionais de saúde, afirma que, estes podem perder credibilidade em suas falas, quando as informações que repassam desconsideram os interesses, os afetos e os saberes da população. Assim, as informações repassadas seriam incapazes de gerar uma mudança de comportamento proporcionando um sentimento de negatividade, desgaste e falta de credibilidade.

As atividades de educação em saúde devem ser implementadas e respaldadas na avaliação do nível de conhecimento e representação do agravo pela população local, para serem delineadas de acordo com seu contexto específico e saber prévio e serem acolhidas. Os materiais educativos disponíveis devem ser avaliados previamente à sua distribuição. Devem permitir interação entre profissionais de saúde e população para que favoreçam a participação da comunidade nas ações preventivas. É necessária uma prática educativa que promova a reelaboração dos conceitos errôneos e equivocados por outros corretos e coerentes; favorecendo ações saudáveis nos níveis individual, comunitário e ambiental. Percebe-se que a educação em saúde participativa em moldes emancipatórios pode contribuir para o empoderamento comunitário no enfrentamento das Leishmanioses³⁹.

Uma proposta de mudança de informar a sociedade sobre determinado agravo, de forma a implicar em novas práticas institucionais do campo da saúde, requer estudos de novas linguagens e vontade política para a introdução de abordagens diferenciadas, mais próximas da antropologia visual e da saúde, devendo respeitar e dialogar com as culturas, a subjetividade e a cidadania, desenvolvendo estéticas audiovisuais (narrativas e imagéticas) como práxis educativa no campo da saúde coletiva⁴⁰. Resumindo, uma comunicação que respeite os territórios e suas complexidades e não reduzam esses territórios a espaços clínicos, laboratórios a céu aberto.

As narrativas focam uma concepção de modelo assistencial reducionista evidenciando que para a construção de um novo modelo é fundamental o desenvolvimento de novas racionalidades. Dentre os princípios e diretrizes do SUS, admite-se ser o da integralidade aquele que confronta racionalidades hegemônicas no sistema, neste contexto, a assimilação da integralidade na organização dos serviços e das práticas refletiria na identificação dos problemas de saúde a serem enfrentados pelas equipes de saúde a partir do horizonte da população atendida. Esta perspectiva está de acordo com o princípio da vigilância da saúde e sustentado em três pilares básicos: o território processo, os problemas de saúde e a intersetorialidade⁴¹, o princípio da vigilância da saúde contribui para a reorientação do modelo assistencial à medida que orienta uma intervenção integral sobre momentos distintos do processo saúde-doença³¹.

Categoria Transmissão da doença

Quanto a categoria transmissão, onde se aborda como se pega a LV, alguns responderam:

“...uma doença do mosquito que pica a pessoa...” (Entrevistado 4) *“...uma doença transmitida pelo cachorro”* (Entrevistado 6) *“Talvez seja pelo contato com o animal infectado”* (Entrevistado 12).

As falas demonstram a necessidade de olhar ampliado para questões que vão além da biologia, patologia e tratamento da LV (modelo reduzido do processo saúde/doença). Desta forma, torna-se importante que se desenvolvam relações horizontais entre profissionais e usuários dos serviços de saúde para que as ações sejam efetivas no controle do agravo. Enquanto outros disseram:

“ tem que tomar cuidado com a parte higiênica, prevenir ” (Entrevistado 1) *“Assim parte higiênica da gente, alimentação e coisas velhas agente nunca deve usar ne? É só é só jogar fora, prevenir eh.”* (Entrevistado 6)

Percebe-se a preocupação com a prevenção, o que remete ao modelo processual de processo saúde/doença. Quando abordados sobre os sinais e sintomas da patolo-

gia, a maioria dos entrevistados nesta categoria, responderam:

“Eu to com 78Kg cheguei pesar 48 por isso fiquei fraco né?” (Entrevistado 2) *“a barriga tava muito inchado e a cor dele muito amarelo”* (Entrevistado 5)

O reconhecimento de sinais inespecíficos da doença não é valorizado pela população que não procura por um atendimento precoce, retardando o manejo clínico mais efetivo da doença, a notificação do caso e a possibilidade de prevenção e controle de novos casos. Vale ressaltar, que apesar do desconhecimento, há uma conscientização, por parte dos entrevistados, de que animais e a falta de medidas higiênicas transmitem doenças aos seres humanos. O que se constitui em um fator importante, pois ao saber que pode adquirir alguma doença de um animal as pessoas preocupam-se em preveni-la⁴².

Essa definição de doença remete-nos a uma outra questão, existe a consciência de que pouca higiene e animais representam risco a saúde, mas ao mesmo tempo observamos resistência a eutanásia, temos aí, um processo significativo a ser invertido. O animal receberia muitos mais cuidados se o proprietário conhecesse os sintomas. O dono passaria a vincular esse conhecimento a algo vital para o futuro da sua relação com o animal. Portanto, a informação e o conhecimento seria mais que mera instrução para se tornar parte da afetividade que unem proprietários e cães.

O modelo tradicional presente nas narrativas, foca a doença e a intervenção curativa, fundamentado no referencial biologista do processo saúde-doença. As estratégias desta prática educativa em saúde incluem informações verticalizadas que ditam e impõe comportamentos a serem adotados para a manutenção da saúde. Os usuários são tomados como indivíduos carentes de informação em saúde. Enquanto o modelo emergente de educação em saúde pode ser referido como modelo dialógico que visa à construção de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado que capacite os indivíduos a decidirem quais as estratégias mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde de uma população. Permite novos sentidos e significados individuais e coletivos sobre o processo saúde-doença-cuidado e renovação dos vínculos de compromisso e de corresponsabilidade entre os serviços e a população assistida³¹.

Atualmente, sabe-se que em várias cidades animais circulam livremente pelas ruas e praças públicas, sejam errantes ou domiciliados conduzidos por seus proprietários, e no momento da defecação, caso esteja com alguma enfermidade, pode contaminar o solo com formas evolutivas infectantes de endoparasitos, aumentando assim o risco da população adquirir alguma zoonose parasitaria³⁶.

Percebe-se que a rua, o bairro são parte do território simbólico das comunidades carentes. Isso é um fato

muito distinto de outras camadas da população com maior poder aquisitivo que não se apropriam de seu espaço, pois deslocam-se com veículos e frequentam diversos lugares de serviços e de lazer. Para o cão e seu proprietário de regiões periféricas, sua comunidade é seu microcosmo. Deste modo, torna-se evidente a realização de medidas informativas contínuas em um processo gradativo de esclarecimento e assimilação de conceitos básicos sobre a transmissão do agravo e a posse responsável de cães para a população desses locais específicos.

Pode-se dizer que é na localidade que se materializam os processos socioambientais que resultam na ocorrência de um agravo. As localidades são estruturas únicas que apresentam especificidades decorrentes de uma história singular, propagando, em cada momento, possibilidades distintas que podem ou não viabilizar a transmissão da doença. Contudo, os lugares de transmissão de uma antroponose não podem ser definidos apenas pelo número de casos, pois a incidência de uma doença como a LVH depende também de um conjunto de dados circunstanciais relacionados a fatores biológicos, sociais que influenciam diretamente a dinâmica da população de vetores e reservatórios. Desse modo, o modelo ampliado do processo saúde/doença é o que mais apropriado no controle desse agravo, pois através dele é possível o diálogo interdisciplinar, discutir acerca dos diferentes processos de produção de doenças, e pelas possibilidades de contribuir na formulação de propostas adequadas de intervenção ao controle dessa enfermidade⁴³.

Diante disso, essas representações desfavoráveis se devem as falhas dos sistemas de comunicação social e políticas públicas humanizadas, os quais, de fato, têm grande capacidade de intervenção sobre o imaginário coletivo. Tranquilizar a imaginação do doente, mediante acolhimento, para que ao menos ele não tenha de sofrer, como tem acontecido até agora, entender que os atores sociais deveriam pensar sobre a doença, prevenção e promoção, do que com a doença em si. Para contribuir com o 'inconsciente coletivo' diríamos sobre a importância de se fixar valores como a necessidade de reagir a tudo aquilo que se interpõe dentro do processo natural de vida e morte. Ou seja, os sujeitos históricos passam a ter uma reação coletiva contra a epidemia de uma maneira mais consciente da necessidade de evitar seus agravos.

A conscientização da população e a comunicação em saúde também devem ser utilizadas para auxiliar no combate ao agravo. A educação é mais do que simples transmissão de informações e sua memorização, assim como apenas a informação e o conhecimento não são suficientes para promover mudanças de comportamento. Por isso, mais do que mensagens e campanhas adequadamente planejadas e divulgadas, as ações de prevenção da doença precisam ser compartilhadas, ou seja, produzidas em conjunto com as pessoas a quem se destinam na busca da construção conjunta do conhecimento e de

uma aprendizagem mais eficaz e duradoura²⁸.

4. CONCLUSÃO

A educação em saúde e a participação comunitária são vistas como uma das ferramentas imprescindíveis ao combate a LVH. A maioria dos entrevistados não compreendem a doença e sua forma de transmissão, e por essa razão, diminui a colaboração da população no processo. Uma boa campanha de saúde deveria levar em conta o receptor como um ser humano complexo e com diferentes possibilidades de percepção da mensagem, e não admitir que a população possa ser treinada a um comportamento desejável. Há, portanto, a prova de que uma produção informativa não pode levar em conta somente as formas para atingir uma mudança de comportamento, mas também considerar o conteúdo necessário para provocar empatia e colaboração com a conjuntura, fazendo com que alcance o objetivo proposto.

No entanto, o que percebe-se é que o processo saúde/doença está cada vez mais relacionado ao que é valorizado socialmente, e não à experiência subjetiva e singular de cada ser humano, e isso tem sido enfocado pelos meios de informação. Os comportamentos de risco, a falta de conhecimento sobre a LVH em sua maioria remete à culpabilização e responsabilização exclusiva dos indivíduos por suas condições de vida, saúde e adoecimento, desresponsabilizando o Estado de suas funções. Destaca-se que a aplicação do conceito ampliado de saúde não garante a transformação das práticas de saúde no que tange ao combate ao agravo, mas é o ponto de partida para se trabalhar um problema de saúde pública como este, que se faz necessário uma articulação entre os condicionantes e os determinantes que desencadeiam essa instabilidade na saúde humana.

Acredita-se que os resultados deste estudo proporcionem reflexões, aos profissionais e gestores de saúde para que implementem as políticas públicas capaz de fortalecer as ações de promoção e prevenção à saúde da população, que busquem um maior diálogo com esses atores sociais. Processo este que visa quebrar barreiras comunicativas e instigar esses indivíduos a serem protagonistas e corresponsáveis por sua própria saúde.

REFERÊNCIAS

- [1] Alvar J, Yactayo S, Bern C. Leishmaniasis and poverty. *Trends in parasitology*, 2006; 22(12):552-557.
- [2] World Health Organization. The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life. WHO, 2012.
- [3] Alvar J, *et al.* Leishmaniasis is world wide and global estimates of its incidence. *PloSone*, 2012; 7(5):e35671.
- [4] Cesse EAP, Carvalho EF, Andrade PP, Ramalho WM, Luna LKS. Organização do espaço urbano e expansão do calazar. *Ver. Bras. S. Mat. Infan.*,2001; 1(2):167-6, 2001.

- [5] Cerbino Neto J, Werneck GL, Costa CHN. Fatores associados à incidência da leishmaniose visceral em área urbana: um estudo ecológico em Teresina, Piauí, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2009; 25(7):1543-1551.
- [6] Ahmed SBH, *et al.* DNA based vaccination with a cocktail of plasmids encoding immune dominant Leishmania (Leishmania) major antigens confers full protection in BALB/c mice. *Vaccine*, 2009; 27(1):99-106.
- [7] Corrales RM, Sereno D, Mathieu-Daudé F. Deciphering the Leishmania exoproteome: what we know and what we can learn. *FEMS Immunology & Medical Microbiology*, 2010; 58(1):27-38.
- [8] Boelaert M, *et al.* Visceral leishmaniasis control: a public health perspective. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 2000; 94(5):465-471.
- [9] Brasil. Ministério da Saúde. Relatório de Letalidade de Leishmaniose visceral. Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas. Brasília, DF, 2014.
- [10] Marcondes M, Rossi CN. Leishmaniose visceral no Brasil. *Brazilian Journal of Veterinary Research and Animal Science*, 2014; 50(5):341-352.
- [11] Brasil. Sistema Nacional de Vigilância Em Saúde. Relatório de situação Minas Gerais/secretaria de vigilância em saúde/Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2009.
- [12] Gerência De Epidemiologia /DVS/ SMS/ PMGV-GEPI-Dados internos, 2010.
- [13] Barata RA, *et al.* Epidemiology of visceral leishmaniasis in a re-emerging focus of intense transmission in Minas Gerais state, Brazil. *Bio Med Research International*, 2013.
- [14] Maia-Elkhoury ANS, Alves WA, Sousa-Gomes MLD, Sena JMD, Luna EA. Visceral leishmaniasis in Brazil: trends and challenges. *Cadernos de Saúde Pública*, 2008; 24(12):2941-2947.
- [15] Teixeira CF, *et al.* SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Fundamentos da vigilância sanitária*, 2000; 49-60.
- [16] Monken M, Barcellos C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas Health surveillance and territory: theoretical and methodological possibilities. *Cad. Saúde Pública*, 2005; 21(3):898-906.
- [17] Malaquias LCC, *et al.* Serological screening confirms the re-emergence of canine leishmaniasis in urban and rural areas in Governador Valadares, Vale do Rio Doce, Minas Gerais, Brazil. *Parasitology Research*, 2007; 100(2):233-239.
- [18] Brasil. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Coleção para entender a gestão do SUS. Volume 3. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2011.
- [19] Cavaca AG, Vasconcellos-Silva PR. Doenças midiaticamente negligenciadas: uma aproximação teórica. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19 (52):83-94.
- [20] França EAD, Siqueira M. Epidemias de dengue e divulgação de informações pela imprensa. *Cad. Saúde Pública [online]*. 2004; 20(5):1334-1341.
- [21] Minayo MCS. Técnicas de análise do material qualitativo. _____. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2007.
- [22] Goldenberg M. A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais / Mirian. – 8. ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.
- [23] IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo, 2010.
- [24] Bauer MW, Aarts B. A construção do corpus: um princípio para a coleta de dados qualitativos. In: Bauer M, Gaskell G, organizadores. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. Petrópolis: Vozes, 2002; 39-63.
- [25] Bardin L. *Análise de conteúdo*. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2009.
- [26] Santos FLA, *et al.* Pesquisa, desenvolvimento e inovação para o controle das doenças negligenciadas. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, 2012; 33(1):37-47.
- [27] Souza IPMA, Jacobina RR. Educação em Saúde e suas versões na história brasileira. *Revista baiana de Saúde Pública*. out.-dez. 2009.
- [28] Rangel SML. Dengue: educação, comunicação e mobilização na perspectiva do controle - propostas inovadoras. *Interface (Botucatu) [online]*, 2008; 12(25):433-441.
- [29] Uchoa CMA, *et al.* Educação em saúde: ensinando sobre a leishmaniose tegumentar americana. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2004; 20:935-941.
- [30] Moreira RCR, *et al.* Nível de conhecimento sobre Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) e uso de terapias alternativas por populações de uma área endêmica da Amazônia do Maranhão, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2002; 18(1):187-195.
- [31] Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface (Botucatu)*, 2005; 9(16):39-52.
- [32] Borges BKA, *et al.* Avaliação do nível de conhecimento e de atitudes preventivas da população sobre a leishmaniose visceral em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública [online]*, 2008; 24(4):777-784. ISSN 1678-4464.
- [33] Genari ICC, *et al.* Atividades de educação em saúde sobre leishmaniose visceral para escolares. *Veterinária e Zootecnia*, 2012; 19(1):99-107.
- [34] Lobo KS, *et al.* Conhecimentos de estudantes sobre Leishmaniose Visceral em escolas públicas de Caxias, Maranhão, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2013; 18(8):2295-2300.
- [35] Araújo IS. Contextos, mediações e produção de sentidos: uma abordagem conceitual e metodológica em comunicação e saúde. *RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação Informação e Inovação em Saúde*, 2009; 3(3):42-50.
- [36] Brito JÁ, *et al.* Avaliação do conhecimento sobre a leishmaniose visceral antes e depois de intervenção educacional em proprietários de cães da cidade de Cruz das Almas, Recôncavo da Bahia. *Revista Ciência em Extensão*, 2015; 11(2):104-114.
- [37] Cavalcante KRJL, Porto VT, Tauil PL. Avaliação dos conhecimentos, atitudes, e práticas em relação à prevenção de dengue na população de São Sebastião-DF, Brasil, 2006. *Comun. Ciênc. Saúde*, 2007; 18(2):141-146.
- [38] Sales FMS. Ações de educação em saúde para prevenção e controle da dengue: um estudo em Icarai, Caucaia, Ceará. *Ciênc. Saúde coletiva [online]*, 2008; 13(1):175-184.
- [39] França VH, Silva CLA, Souza CM. Análise de materiais educativos sobre leishmanioses, do nível de conhecimento e representação social da doença pela população

brasileira: revisão de Literatura. 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Transformação social e sustentabilidade ambiental. Fortaleza, 2009.

- [40] Pimenta DN, *et al.* A estética do grotesco e a produção audiovisual para a educação em saúde: segregação ou empatia? O caso das leishmanioses no Brasil. *Cad Saúde Pública*, 2007; 23(5):1161-71.
- [41] Mendes EV. O Sistema Único de Saúde: um processo social em construção. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec, 1996; 57-98.
- [42] Lima, AMA, Alves LC, Faustino MAG, Lira NMS. Percepção sobre o conhecimento e profilaxia das zoonoses e posse responsável em pais de alunos do pré-escolar de escolas situadas na comunidade localizada no bairro de Dois Irmãos na cidade do Recife (PE). *Ciênc. Saúde coletiva [online]*. 2010; 15(Supl.1):1457-1464. ISSN 1413-8123.
- [43] Kawa H, Sabroza PC, Oliveira RM, Barcellos C. A produção do lugar de transmissão da leishmaniose tegumentar: o caso da Localidade Pau da Fome na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública [online]*, 2010; 26(8):1495-1507. ISSN 0102-311X.
- [44] Bueno WC. A cobertura de saúde na mídia brasileira: os sintomas e uma doença anunciada. *Comunicação & Sociedade*. São Bernardo do Campo: PósCom-Umesp, 2001; 35:187-210.