

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS - GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

JARDENY DA SILVA SANTOS

CONHECIMENTO SOBRE A LEISHMANIOSE VISCERAL ELABORADOS POR
RESIDENTES EM DIFERENTES ÁREAS DE INCIDÊNCIA NO ESTADO DO
MARANHÃO, BRASIL

São Luís
2008

JARDENY DA SILVA SANTOS

**CONHECIMENTO SOBRE A LEISHMANIOSE VISCERAL ELABORADOS POR
RESIDENTES EM DIFERENTES ÁREAS DE INCIDÊNCIA NO ESTADO DO
MARANHÃO, BRASIL**

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família do LABORO - Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Mestre Maria Regiane Araujo Soares

São Luís
2008

JARDENY DA SILVA SANTOS

**CONHECIMENTO SOBRE A LEISHMANIOSE VISCERAL ELABORADOS POR
RESIDENTES EM DIFERENTES ÁREAS DE INCIDÊNCIA NO ESTADO DO
MARANHÃO, BRASIL**

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família do LABORO - Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Aprovado em / /

Profa. Maria Regiane Araujo Soares (Orientadora)
Mestre em Saúde Ambiente
Universidade Federal do Maranhão/UFMA

Profa. Cristiane Costa de Carvalho
Mestre em Saúde Ambiente
Universidade Federal do Maranhão/UFMA

SUMÁRIO

	P.
1 INTRODUÇÃO	8
2 MATERIAL E MÉTODOS.....	10
3 RESULTADOS.....	11
4 DISCUSSÃO.....	14
5 REFERÊNCIAS.....	16
APÊNDICES.....	19
ANEXO.....	25

**CONHECIMENTO SOBRE A LEISHMANIOSE VISCERAL ELABORADOS POR
RESIDENTES EM DIFERENTES ÁREAS DE INCIDÊNCIA NO ESTADO DO
MARANHÃO, BRASIL**

**KNOWLEDGE ABOUT VISCERAL LEISHMANIASIS DEMONSTRATED BY
RESIDENTS IN DIFFERENT AREAS OF INCIDENCE IN MARANHÃO STATE,
BRAZIL**

Jardeny Silva Santos¹; Maria Regiane Araujo Soares²

1 Pós-graduanda do Curso de Especialização em Saúde da Família – LABORO - Excelência
em Pós-Graduação

2 Mestre em Saúde e Ambiente - Instituto de Doenças Tropicais Natan Portela - UFPI

Correspondências:

Maria Regiane Araujo Soares

- Instituto de Doenças Tropicais Natan Portela – Laboratório de Pesquisas

Rua Artur de Vasconcelos, 151-Sul

64.001-450 Teresina-Piauí, Brasil

RESUMO

O conhecimento da população acerca das endemias que as aflige geralmente é restrito a áreas onde o número de casos são alarmantes, o que pode acarretar em um retardo no diagnóstico e tratamento em áreas de transmissão menos intensa. Constitui-se objetivo deste trabalho analisar o conhecimento sobre a leishmaniose visceral (LV) relatado por residentes em duas áreas de incidência. Trata-se de uma investigação de caráter qualitativo, realizada nos municípios de Raposa(MA) e Santa Luzia (MA). Foram sujeitos do estudo 25 chefes de família (ou responsáveis) convidados a participar voluntariamente da pesquisa, sendo respeitado o protocolo ético. O material verbal foi obtido através de entrevista em situação individual norteada por um roteiro. As falas foram organizadas em categorias: 1-Conhecimento sobre a LV e mecanismos de transmissão; 2-Principais veículos de divulgação de informações sobre a LV; 3-Ações de educação em saúde municipais e o controle das endemias. Os sujeitos revelaram conhecer alguns sintomas clínicos da LV, embora dissociados dos verdadeiros meios de infecção. Observou-se relato da associação entre a doença canina e humana, onde o cão também foi citado como agente etiológico. O papel do Agente de Saúde e dos programas PSF(Programa Saúde da Família) foi referenciado na divulgação de informações e nas ações de controle. As falas apresentam contradições, onde observou-se a efetivação das estratégias de educação em saúde municipais, apesar da escassez de informações coerentes sobre a LV. Instruções ainda técnicas, recheadas de imperativo ainda constituem o “fazer pedagógico” em Educação e Saúde.

Palavras-chave: Leishmaniose Visceral. Educação em saúde. Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

A population's knowledge about endemics that afflict them is usually restricted to areas with an alarmingly high number of cases, which can cause a delay in the diagnosis and treatment in areas of less intense transmission. The objective of this work was to analyze the knowledge that residents in different areas of incidence had about Visceral Leishmaniasis (VL). A qualitative investigation was carried out in Raposa and Santa Luzia municipalities in Maranhão state. The subjects of the study were 23 heads of family (or guardians) invited to take part voluntarily in the research, in line with ethical protocols. Verbal material was obtained by conducting individual interviews following a script. The talks were organized into categories: 1- Knowledge about VL and mechanisms of transmission; 2- The main way knowledge about VL is spread; 3- Educational measures in municipal health and control of endemics. It was found that the subjects knew some clinical symptoms of VL, but did not associate it with the actual means of infection. The study observed that the link between the canine and human disease was known, where the dog was also cited as an etiological agent. The role of Health Agent, the Family Health Program and the Program of Community Healthcare Agents was mentioned in the spread of information and control measures. There were contradictions in the talks, where strategies of education in municipal health were observed, despite the scarcity of coherent information about VL. Educational and Health campaigns are still very technical and authoritarian.

Key-words: Visceral Leishmaniasis, Health Education, Qualitative Research.

1 INTRODUÇÃO

As leishmanioses constituem um grupo de doenças infecciosas de ampla distribuição geográfica, que envolvem várias manifestações clínicas dependendo da espécie de parasito relacionado à sua etiologia e, sobretudo, da interação parasita-hospedeiro (COSTA et al 2007). Particularmente, a forma visceral ou leishmaniose visceral americana (LVA) é causada pelo protozoário *Leishmania chagasi* e transmitida durante o repasto sanguíneo de *Lutzomyia longipalpis* (BRASIL, 2004). Alguns mamíferos domésticos e silvestres constituem fontes de infecção e disseminação da doença, tais o como canídeos domésticos (*Canis familiaris*) e silvestres (*Cerdocyon thous* e *Lycalopex vetulus*), e marsupiais (*Didelphis marsupialis* e *D. albiventris*) (ALENCAR et al 1978; TRAVI et al 1994; COURTENAY et al 2002). No Brasil, a doença representa um grave problema de saúde pública e tem sido notificada em 19 das 27 Unidades da Federação, concentrando a maioria dos casos na Região Nordeste (BRASIL, 2004).

Estudos conduzidos a parti da década de 80 têm demonstrado um novo comportamento associado à epidemiologia da LVA, visto que primariamente era descrita em localidades rurais, tendo sua distribuição ampliada para áreas urbanas e periurbanas de grandes centros. Na tentativa de explicar as variáveis associadas com este fenômeno, alguns fatores de risco têm sido investigados, no entanto, não há nenhuma explicação disponível para esta expansão e discute-se a importância de reservatórios silvestres para a manutenção do ciclo de transmissão (BRASIL, 2004; COSTA et al 1990).

Nas doenças endêmicas, o conhecimento de sua epidemiologia traz relevantes contribuições, pois, com base nesses conhecimentos, pode-se contribuir para um eventual controle das mesmas. Desta forma, os conceitos, atitudes e credices da população acerca de determinada endemia constituem-se, também, em fatores importantes para o seu controle (NETTO et al 1985).

Netto et al (1985) e Vasquez et al (1991) têm demonstrado que o conhecimento das comunidades sujeitas a endemias não é considerado, demonstrando que as populações residentes em zonas rurais e nas periferias das cidades de alguns países americanos, são carentes de informações a respeito das enfermidades que as afligem.

A contribuição dos trabalhos sobre representações e práticas da relação saúde/doença é, sem dúvida, inestimável, tendo ampliado o entendimento das matrizes culturais sobre as quais se erguem os conjuntos de significados e ações relativos à saúde e doença,

característicos de diferentes grupos sociais, e tem servido, em grande medida, aos estudos epidemiológicos. (ALVES & RABELO, 1998).

Neste trabalho, discute-se , a partir de uma investigação qualitativa, a importância do conhecimento da população em uma áreas endêmicas e uma não-endêmicas acerca dos mecanismos de profilaxia, transmissão e tratamento da leishmaniose visceral americana. Com o objetivo de averiguar o conhecimento elaborado por moradores em diferentes áreas de transmissão,além de identificar nas falas os aspectos gerais sobre a leishmaniose visceral; contribuir para a produção de conhecimentos acerca do saber popular frente às endemias, bem como para as estratégias de controle e conhecer o papel de diferentes profissionais de saúde quanto ao controle de endemias.

2 METODOLOGIA:

Abordagem: Trata-se de uma investigação de caráter qualitativo, realizado em áreas de diferentes situações de risco de infecção conforme a classificação proposta por BRASIL(2006).

Área de estudo: Foram selecionadas duas áreas de estudo: o município de Raposa, caracterizada como área de transmissão intensa (> 4,4 casos) e Santa Luzia de transmissão esporádica (< 2,4 casos), ambos situados no estado do Maranhão. Santa Luzia está situada na microrregião de Pindaré a oeste do Estado, limita-se com outros municípios da seguinte forma: ao Norte, com Tufilândia e Santa Inês, ao Sul, com Arame e Buriticupu, Leste, com Altamira do Maranhão, Santa Inês e Paulo Ramos, a Oeste com Alto Alegre do Pindaré e Tufilândia. Segundo o censo demográfico de 2007, o município apresenta 69.306 habitantes, onde a atividade econômica predominante é a agricultura, pecuária e o extrativismo. O município de Raposa situa-se na ilha de São Luís, norte do Estado do Maranhão e abrange uma área de 64 km². Limita-se ao norte e a oeste com o Oceano Atlântico e ao sul e a leste com o município de Paço do Lumiar. Segundo o censo demográfico estimado pelo IBGE em 2007, o município de Raposa conta com uma população de 24.201 habitantes, concentrando 11.370 na área urbana e 9.328 na área rural, onde a atividade econômica predominante é a pesca e o artesanato.

Delineamento: O projeto de pesquisa foi apresentado aos representantes das comunidades supracitadas e posteriormente aos moradores, em reunião foi organizada pelos representantes da referidas comunidades. Os moradores que se dispuseram a participar da pesquisa após submeterem a entrevista realizada com questionário com perguntas abertas e assinado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, obedecendo ao protocolo ético.

Para obter-se o material verbal que indicasse o conhecimento sobre a LVA utilizou-se a técnica de entrevista em situação individual. As entrevistas foram registradas com o consentimento dos entrevistados (chefes de família ou responsáveis acima de 18 anos), alfabetizados, residentes nos municípios em estudo há pelo menos 10 anos. As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora no domicílio dos participantes, sendo entrevistados quinze no município de Raposa-MA e dez em Santa Luzia-MA no período de julho de 2007 a fevereiro de 2008.

3 RESULTADOS

De posse das entrevistas, as falas foram organizadas em três categorias analíticas, para maior compreensão, organizadas conforme a identificação de semelhanças no que tange aos itens relatados.

CATEGORIA 1: Conhecimento sobre a LVA e mecanismos de transmissão

Quanto ao conhecimento acerca da LVA, os entrevistados da área de transmissão intensa demonstraram conhecer alguns dos principais sintomas clínicos da doença, tais como a hepatoesplenomegalia e episódios febris, descritos nas falas:

“É porque a criança fica com a barriga grande e com febre, sem fome, ai fica toda desanimada”(RA 9)

“Ela pegou através de uma febre que deu e também uma cachorra que tinha na casa dela que tava doente” (RA.3)

Apesar de conhecer alguns itens da sintomatologia, a maioria dos entrevistados alegou que a doença no homem produz manifestações clínicas análogas ao cão (*Canis familiaris*), reservatório doméstico de grande importância epidemiológica, assim como observamos:

“(...) é de ficar a pessoa, acho que despelando, feridendo uma coisa assim” (RA.4) o que demonstra uma grande associação entre outras falas que afirmam ser a LVA típica de cães, ou o verdadeiro agente etiológico desta doença:

“Doença que dá em cachorro, o cachorro transmite a doença para as pessoas” (SL1)

“O cachorro fica pelado e a pessoa adoecer” (SL2)

“É do cachorro né? Não crio porque causa doença ” (SL4)

“É uma doença do cachorro” (SL.6)

“Acredito que seja o cachorro né? Ele adoecer de uma pirra, solta o cabelo e ai aquele pêlo penetra na pessoa” (RA.9)

“Os cachorros que transmitem esta doença” (RA.6)

“Sei que calazar é um mosquito né? Que pica o animal infectado e transmite para os seres humanos” (RA.1)

“Calazar é uma doença de cachorro né? O cachorro fica magro, cresce a barriga é só isso que eu sei” (RA.10)

“Só sei que é de cachorro, é da pulga, da pulga do cachorro” (RA. 2)

A maioria dos entrevistados da área de transmissão intensa, alegaram conhecer o mecanismo de transmissão da LVA, enfocando a participação de insetos vetores. Este fato pode ter surgido nas falas, em virtude da intensa atividade de pesquisa entomológica no município em questão:

“O mosquito vem e pica o cachorro que esta com a doença e pica agente ai é que fica com o calazar” (RA 12)

“É um mosquito que pica o cachorro e pica a criança, ai transmite calazar” (RA.3)

“É um mosquito que chupa e morde os cachorros, dos cachorros ele morde as pessoas, crianças, até os adultos ai é que causa a doença” (RA.4)

“Eu tenho pra mim que é um mosquito” (RA.5)

“Eu acho que pelo mosquito né? Porque sempre aparece aquele mosquito que chamamos de arrupiado eu tenho pra mim que é ele, por causa dele que acontece essa doença”. (RA. 9)

Um elemento constante nas falas dos residentes nas duas áreas endêmicas foi a menção de animais silvestres reconhecidamente reservatórios de Leishmania:

“Mucura, mucuri, são os animais que aparecem” (RA.10)

“Só mesmo a mucura de noite que vem atrás das galinhas.” (RA.11)

“Sempre aparece mucura” (SL.1)

“Mucura, aparece de vezes enquanto rato também (SL.2)

CATEGORIA 2: Principais veículos de divulgação de informações sobre a LVA

O papel dos agentes de endemias, os agentes comunitários de saúde, profissionais de saúde, instituições de ensino, além de conversas informais entre os moradores foram descritos como os principais veículos de informação sobre a LVA pelos moradores:

“O agente de saúde passa toda semana aqui e fala sobre calazar” (RA.4)

“Ninguém não, só vejo as pessoas, os vizinhos falando” (RA.2)

“O pessoal da FUNASA falaram e os agentes de saúde” (RA.3)

“No colégio” (RA.12)

“Os vizinhos que falam” (RA.5)

“O rapaz da saúde, da SUCAM” (RA.6)

“Agente de saúde sempre falam e o da SUCAM também” (RA.7)

*“Foi através do agente comunitário de saúde, os médicos também falam”
(RA.11)*

“O agente de saúde”(SL.3)

“Porque as vezes agente vai nos hospitais e eles comentam essas doenças e porque a menina ali da vizinha ta doente e a mãe dela comenta sobre a doença”(RA.9)

CATEGORIA 3: Ações de educação em saúde municipais e o controle das endemias.

Os entrevistados de Raposa demonstraram conhecer os serviços de saúde municipais, enfatizando o papel do Agente de Controle de Endemias, os programas de Saúde da Família (PSF):

“Exatamente há um controle aqui no bairro como há um controle em toda cidade nós temos um posto médico no bairro e esse faz sua parte” (RA.1)

É bastante comum no imaginário popular a idéia de controle ou combate, expressões antes utilizada refletindo o jargão militar empregado para o controle de endemias no século XIX, conforme podemos observar:

“Ah... Não sei, mas acho que eles podem combater é... Conversando com as pessoas dizendo como evitar essas coisas assim” (RA.8)

Os entrevistados reconhecem a efetiva participação dos serviços municipais de saúde no controle das endemias e enfatizam a figura do Agente de Controle de Saúde :

*“Eles dão informação de como a gente pode... assim evitar, né, a doença”
(RA.7)*

“(...) o atendimento deles, nem é bom e nem é ruim porque eles vêm até as nossas casas, né, então. Acho que é regular” (RA.8)

Os moradores são unânimes em referenciar a importância da coleta de lixo e a borrifação de piretróides para o controle de endemias.

“Normalmente o pessoal da SUCAM, devido fazer esse trabalho da dengue, eles passam aqui e sempre estão passando também em relação a essa e outras doenças que são e... que são infectadas. A coleta do lixo começou esse ano já a passagem aqui nessa rua devido à outra rua estar calçando eles começaram a passar e agora devido que calçaram lá, de lá eles estão vindo a pé mesmo pegar pra fazer a coleta. Só esse ano está com aproximadamente 2 meses. São dois dias na semana” (RA.1)

4 DISCUSSÃO

Conhecimento sobre a LVA e mecanismos de transmissão

Para desenvolver estratégias contra uma enfermidade, deve-se conhecer o comportamento do homem diante da mesma, assim, tendo por base conceitos adequados, pode-se orientá-lo sobre como reduzir o risco de adquiri-la.

Em relação às leishmanioses, o conhecimento sobre a enfermidade restringe-se, muitas vezes, a pessoas que já tiveram a doença ou àquelas que já tiveram casos na família ou vizinhos, ocorrendo desinformação sobre a transmissão e o tratamento, o que dificulta o estabelecimento de estratégias de controle (WEIGEL et al 1994; GAMA et al 1998).

Principais veículos de divulgação de informações sobre a LVA

Segundo Motta & Teixeira (2007), para que essas ações se efetivem, assim como os cuidados e novos hábitos sejam incorporados ao cotidiano das pessoas que vivem em comunidades endêmicas, um vigoroso trabalho de educação em saúde é necessário, particularmente quando a infecção instala-se na infância. Conhecendo o que os indivíduos sabem, podemos criar meios para que ampliem seus saberes e ajam preventivamente, além da possibilidade de se tornarem agentes multiplicadores em suas famílias e comunidade.

Esteso (1984), em estudo realizado na província de Córdoba (Argentina), relatou a interferência do nível de conhecimento da comunidade na incidência da doença de Chagas, durante o período em que foram devidamente orientados sobre diversos aspectos da endemia, houve queda na incidência, tendo-se registrado aumento progressivo do número de casos logo após a suspensão da divulgação.

Ações de educação em saúde municipais e o controle das endemias.

De acordo com BRASIL (2006), a Educação em Saúde voltada para o combate e controle de doenças epidêmicas e endêmicas no Brasil, tais como a malária, a dengue, a febre amarela, a leishmaniose, cujas ações de controle são, em geral, coordenadas pelo Ministério da Saúde através da Fundação Nacional da Saúde. Assim, embora em intenção, já se detecte uma mudança paradigmática na Educação em Saúde, a concepção intervencionista voltada para endemias se mostra ainda hegemônica, uma vez que termos dos efeitos imediatos nos

comportamentos e posturas, tanto individualmente como coletivamente, esta concepção é ainda necessária e eficaz. (TEIXEIRA, 1989).

Dias (1998), afirma que sob a óptica de que as grandes endemias eram totalmente vulneráveis às clássicas ações de controle, a população era necessariamente ignorante e não-cooperativa, enfatizando que uma perspectiva vertical e centralizada obstruía o nascedouro de uma participação comunitária em virtude do regime político da época. Neste contexto, a participação comunitária e a Educação em Saúde são essenciais, envolvendo-se um ampla informação e boa epidemiologia aplicada, espírito de visão do coletivo e eficiência das ações de controle.

Cabe às pessoas, informadas sobre os riscos de adoecimento, a responsabilidade de adotar um novo estilo de vida mais saudável. Desconsidera que no processo educativo lida-se com histórias de vida, um conjunto de crenças e valores, a própria subjetividade do sujeito que requer soluções sustentadas sócio-culturalmente (SMEKE & OLIVEIRA, 2001).

Em uma intervenção em Educação e Saúde, deve se levar em conta as representações dos sujeitos, entendidas como noções e modos de pensamento construídos ao lado das trajetórias de vida dos sujeitos, influenciados, por conseguinte, pela experiência coletiva, pelos fragmentos das teorias científicas e dos saberes escolares, expressos, em parte, nas práticas sociais e modificados para servir à vida cotidiana (MOSCOVICI,1978).

5 REFERENCIAS

COSTA, C. H. N.; PEREIRA, H. F. & ARAÚJO, M. V., 1990. *Epidemia de leishmaniose visceral no Estado do Piauí, Brasil, 1980-1986*. Revista de Saúde Pública, 24:361-372.

ALENCAR JE. *Leishmaniose visceral no Brasil*. Revista de Medicina da Universidade Federal do Ceará 1978; 17/18: 129-148.

TRAVI BL, JARAMILLO C, MONTOYA-LERMA J. *Didelphis marsupialis*, na important reservoir of *Trypanosoma (schizotrypanum) cruzi* and *Leishmania (leishmania) chagasi* in Colombia American Journal Tropical and Medicine and Hygiene 1994; 50 (5): 557-565.

COURTENAY, O. QUINNEL RJ, DYE GC. *Low infectiousness of a wildlife host of Leishmania infantum: the creab-eating fox is not important for transmission*. Parasitology 2002; 125: 407-414.

BRASIL. *Manual de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006

COSTA, CHN; TAPETY, CMM; WERNECK, GL. *Controle da leishmaniose visceral em meio urbano: estudo de intervenção randomizado fatorial*. 2007. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 40 (4): 415-419.

NETTO, E.M.; TAXA, M.S.; GOLIGILTLY, L.; KALTER, D.; IAGO, E.; BARRETO, A, R. MARSDEN, P. 1985. *Conceitos de uma população a respeito da leishmaniose mucocutânea em uma área endêmica*. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 18: 33-37.

VAZQUEZM, M. L; KROEGER, A.; LIPOWSKY, R.; ALZATE, A. 1991. *Conceptos populares sobre la leishmaniasis cutânea em Colômbia y sua aplicabilidad em programas de control*. Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana, 119:192-115.

ALVES, PC; RABELO, M. C. *Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. 1998. Rio de Janeiro. Editora da Fundação Oswaldo Cruz.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa por Municípios.<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php> (acesso em 04/maio/2008).

GAMA MEA, BARBOSA JS, PIRES B, CUNHA AKB, FREITAS AR, RIBEIRO IR, et al. *Avaliação do nível de conhecimento que populações residentes em áreas endêmicas têm sobre leishmaniose visceral, estado do Maranhão, Brasil*. Cad Saúde Pública 1998; 14:381-90.

WEIGEL MM, ARMIJOS RX, RACINES RJ, ZURITA C, IZURIETA R, HERRERA E, et al. *Cutaneous leishmaniasis in subtropical Ecuador: popular perceptions, knowledge, and treatment*. Bull Pan Am Health Organ 1994; 28:142-55

MOTTA MB, TEIXEIRA MF. *Conhecendo alguns modelos mentais infantis sobre filariose linfática*. Ciência e Educação, v.13, n.3 p. 323-336, 2007

ESTESO, S. C., 1984. *Educación popular punto débil en la lucha contra la enfermedad de Chagas*. Revista da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nacional de Córdoba, 42:14-17.

TEIXEIRA, S.F. *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez, 1989

DIAS JCP. *Problemas e possibilidades de participação comunitária no controle das grandes endemias no Brasil*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14(Sup. 2): 19-37, 1998.

MOSCOVICI S. *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.

SMEKE ELM, OLIVEIRA NLS. *Educação em saúde e concepções de sujeito*. In: Vasconcelos em, organizador. *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede popular e saúde*. São Paulo: Editora Hucitec; 2001.

AUTORIA

J.S Santos participou da metodologia, e redação do artigo; MRA Soares elaborou o projeto de pesquisa, interpretação dos dados e redação do artigo.

APÊNDICE

APÊNDICE I - Instrumento de coleta de dados

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
QUESTIONÁRIO

- 1) O que o senhor(a) sabe sobre calazar?
- 2) O senhor(a) sabe quem é o causador do calazar?
- 3) Na sua opinião, calazar tem cura? E o que fazer quando alguém adoece de calazar?
- 4) O que fazer para evitar o calazar?
- 5) O senhor(a) aprendeu sobre esta doença com quem?
- 6) Que tipo de animal aparece próximo de sua casa?
- 7) Que tipo de animal o senhor(a) cria?
- 8) A sua casa já foi borrifada? Faz quanto tempo?
- 9) Como é a coleta de lixo próximo de sua casa? E quando não é feita, fazem o que com o lixo?

APÊNDICE II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Orientadora: Profa. Mestre Maria Regiane Araujo Soares
End: Quadra 266 Casa 08 Bairro: Dirceu II CEP: 64.078-290
Teresina- PI Fone: (86) 9436-4909 e-mail: regianebiologa@yahoo.com.br
Pesquisadores: Jardeny da Silva Santos.
Coordenador do Comitê de Ética: Prof. Doutor Sanatiel de Jesus Pereira.
End. do Comitê: Avenida dos Portugueses S/N Campus do Bacanga. Prédio CEB Velho
Bloco C Sala 07 CEP: 65.080-040 Tel: 2109-8708

CONHECIMENTO SOBRE A LEISHMANIOSE VISCERAL ELABORADOS POR RESIDENTES EM DIFERENTES ÁREAS DE INCIDÊNCIA NO ESTADO DO MARANHÃO, BRASIL

Prezado (a) Sr (a);

Estamos realizando uma pesquisa referente ao conhecimento sobre o calazar (leishmaniose visceral americana). Para isto, precisamos fazer uma entrevista com o Sr (a), caso concorde em participar desta pesquisa. As entrevistas serão realizadas em sua residência ou na Associação de Moradores do seu bairro, e somente com a sua permissão, utilizaremos um gravador para registrarmos todas as informações prestadas. A sua participação não terá custo algum e não haverá nada que afete a sua saúde. O (a) Sr. (a) participará da pesquisa de forma voluntária, e as entrevistas serão utilizadas simplesmente para redação de um trabalho científico. Nenhuma informação pessoal será fornecida, e asseguramos que o seu nome não será divulgado de forma alguma. O (a) Sr. (a) poderá deixar de responder a qualquer pergunta que possa causar constrangimento.

Convidamos você a participar da pesquisa acima mencionada, portanto, gostaríamos que o senhor assinasse este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para confirmar a sua participação, estando ciente que todas as informações sobre a pesquisa foram devidamente prestadas pela pesquisadora. Confirmamos que não haverá nenhum risco ou desconforto durante a entrevista e o (a) Sr. (a) poderá desistir de participar a qualquer momento.

Agradecemos sua colaboração. São Luís, 04 de agosto de 2008.

Assinatura e carimbo do
Pesquisador responsável

Participante da pesquisa.

Avenida Nilton Bello nº399 CEP: 65.390-000 Santa Luzia/MA

Tel: (98) 3654-5359

ANEXO

ANEXO I – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Alfredo Balena, 190 – Campus da Saúde - Bairro Santa Efigênia

CEP: 30130-100 - Belo Horizonte – Minas Gerais – Brasil

Tele/Fax: 55 (031)3248-9876 – www.enfermagem.ufmg.br – reme@enfermagem.ufmg.br

REME – REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

1 SOBRE A MISSÃO DA REME

A REME - Revista Mineira de Enfermagem é uma publicação da Escola de Enfermagem da UFMG em parceria com Faculdades, Escolas e Cursos de Graduação em Enfermagem de Minas Gerais: Escola de Enfermagem Wenceslau Braz; Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí; Fundação de Ensino Superior de Passos; Centro Universitário do Leste de Minas Gerais; Faculdade de Enfermagem da UFJF- Universidade Federal de Juiz de Fora. Possui periodicidade trimestral e tem por finalidade contribuir para a produção, divulgação e utilização do conhecimento produzido na enfermagem e áreas correlatas, abrangendo a educação, a pesquisa e a atenção à saúde.

2 SOBRE AS SEÇÕES DA REME

Cada fascículo, editado trimestralmente, terá a seguinte estrutura:

Editorial: refere-se a temas de relevância do contexto científico, acadêmico e político-social;

Pesquisas: incluem artigos com abordagem metodológicas qualitativas e quantitativas, originais e inéditas que contribuem para a construção do conhecimento em enfermagem e áreas correlatas;

Revisão Teórica: avaliações críticas e ordenadas da literatura em relação a temas de importância para a enfermagem e áreas correlatas;

Relatos de Experiência: descrições de intervenções e experiências abrangendo a atenção em saúde e educação;

Artigos Reflexivos: são textos de especial relevância que trazem contribuições ao pensamento em Enfermagem e Saúde;

Normas de publicação: são as instruções aos autores referentes a apresentação física dos

manuscritos, nos idiomas: português, inglês e espanhol.

3 SOBRE O JULGAMENTO DOS MANUSCRITOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Alfredo Balena, 190 – Campus da Saúde - Bairro Santa Efigênia

CEP: 30130-100 - Belo Horizonte – Minas Gerais – Brasil

Tele/Fax: 55 (031)3248-9876 – www.enfermagem.ufmg.br – reme@enfermagem.ufmg.br

Os manuscritos recebidos serão analisados pelo Conselho Editorial da

REME, que se reserva o direito de aceitar ou recusar os trabalhos submetidos. O processo de revisão –peer review – consta das etapas a seguir, nas quais os manuscritos serão:

- a) protocolados, registrados em base de dados para controle;
- b) avaliados quanto à apresentação física - revisão inicial quanto aos padrões mínimos de exigências da REME - (folha de rosto com identificação dos autores e títulos do trabalho) e a documentação; podendo ser devolvido ao autor para adequação às normas, antes do encaminhamento aos consultores;
- c) encaminhados ao Editor Geral que indica o Editor Associado que ficará responsável por indicar dois consultores em conformidade com as áreas de atuação e qualificação;
- d) remetidos a dois revisores especialistas na área pertinente, mantidos em anonimato, selecionados de um cadastro de revisores, sem identificação dos autores e o local de origem do manuscrito. Os revisores serão sempre de instituições diferentes da instituição de origem do autor do manuscrito.
- e) Após receber ambos os pareceres, o Editor Associado avalia e emite parecer final e este, é encaminhado ao Editor Geral que decide pela aceitação do artigo sem modificações, pela recusa ou pela devolução aos autores com as sugestões de modificações. Cada versão é sempre analisada pelo Editor Geral, responsável pela aprovação final.

4 SOBRE A APRESENTAÇÃO DOS MANUSCRITOS

4.1 Apresentação gráfica

Os manuscritos devem ser encaminhados gravados em disquete ou CD-ROM, utilizando programa "Word for Windows", versão 6.0 ou superior, fonte "Times New Roman", estilo normal, tamanho 12, digitados em espaço 1,5 entre linhas, em duas vias impressas em papel

padrão ISO A4 (212 x 297mm), com margens de 2,5mm, padrão A4, limitando-se a 20 laudas, incluindo as páginas preliminares, texto, agradecimentos, referências e ilustrações.

4.2 As partes dos manuscritos

Todo manuscrito deverá ter a seguinte estrutura e ordem, quando pertinente:

a) páginas preliminares:

Página 1: Título e subtítulo- nos idiomas: português, inglês, espanhol;

Autor(es) – nome completo acompanhado da profissão, titulação, cargo, função.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Alfredo Balena, 190 – Campus da Saúde - Bairro Santa Efigênia

CEP: 30130-100 - Belo Horizonte – Minas Gerais – Brasil

Tele/Fax: 55 (031)3248-9876 – www.enfermagem.ufmg.br – reme@enfermagem.ufmg.br

e instituição, endereço postal e eletrônico do autor responsável para correspondência;

Indicação da Categoria do artigo: Pesquisa, Revisão Teórica , Relato de Experiência, Artigo Reflexivo/Ensaio.

Página 2: Título do artigo em português; **Resumo** e palavras-chave; **Abstract** e

Key words; **Resumen** e Palabras clave. (As Palavras-chave (de três a seis), devem ser indicadas de acordo com o DECS – Descritores em Ciências da Saúde/BIREME), disponível em: <<http://decs.bvs.br/>>.

O resumo deve conter até 250 palavras, com espaçamento simples em fonte com tamanho 10.ja

Página 3: a partir desta pagina apresenta-se o conteúdo do manuscrito precedido pelo **título em português**, que inclui:

b) Texto: - introdução; - desenvolvimento (material e método ou descrição da metodologia, resultados, discussão e/ou comentários); - conclusões ou considerações finais;

c) Agradecimentos (opcional);

d) Referências como especificado no item 4.3;

e) Anexos, se necessário.

4.3 Sobre a normalização dos manuscritos:

Para efeito de normalização, serão adotados os Requerimentos do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (Norma de Vancouver). Esta norma poderá ser encontrada na íntegra nos endereços: em português: <<http://www.bu.ufsc.br/bccsm/vancouver.html>>

em espanhol: <<http://www.enfermeriaencardiologia.com/formacion/vancouver.htm>>

em inglês: <http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html>

As **referências** são numeradas consecutivamente, na ordem em que são mencionadas pela primeira vez no texto.

As **citações no texto** devem ser indicadas mediante número arábico, sobrescrito, correspondendo às referências no final do artigo.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Alfredo Balena, 190 – Campus da Saúde - Bairro Santa Efigênia

CEP: 30130-100 - Belo Horizonte – Minas Gerais – Brasil

Tele/Fax: 55 (031)3248-9876 – www.enfermagem.ufmg.br – reme@enfermagem.ufmg.br

Os **títulos das revistas** são abreviados de acordo com o “Journals Database”- Medline/Pubmed, disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=Journals>> ou com o CCN – Catálogo Coletivo Nacional, do IBICT- Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia, disponível em: <<http://www.ibict.br>>

As **ilustrações** devem ser apresentadas em Preto & Branco imediatamente após a referência a elas, em conformidade com a Norma de apresentação tabular do IBGE, 3ª ed. de 1993 . Dentro de cada categoria deverão ser numeradas seqüencialmente durante o texto. Exemplo: (TAB. 1, FIG. 1, GRÁF 1). Cada ilustração deve ter um título e a fonte de onde foi extraída. Cabeçalhos e legendas devem ser suficientemente claros e compreensíveis sem necessidade de consulta ao texto. As referências às ilustrações no texto deverão ser mencionadas entre parênteses, indicando a categoria e o número da ilustração. Ex. (TAB. 1).

As **abreviaturas, grandezas, símbolos e unidades** devem observar as Normas Internacionais de Publicação. Ao empregar pela primeira vez uma abreviatura, esta deve ser precedida do termo ou expressão completos, salvo quando se tratar de uma unidade de medida comum.

As **medidas de comprimento, altura, peso e volume** devem ser expressas em unidades do sistema métrico decimal (metro, quilo, litro) ou seus múltiplos e submúltiplos. As temperaturas, em graus Celsius. Os valores de pressão arterial, em milímetros de mercúrio. Abreviaturas e símbolos devem obedecer padrões internacionais.

Agradecimentos devem constar de parágrafo à parte, colocado antes das referências bibliográficas.

5 SOBRE O ENCAMINHAMENTO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos devem vir acompanhados de ofício de encaminhamento contendo nome do(s) autor(es), endereço para correspondência, e-mail, telefone e fax, e declaração de

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Alfredo Balena, 190 – Campus da Saúde - Bairro Santa Efigênia

CEP: 30130-100 - Belo Horizonte – Minas Gerais – Brasil

Tele/Fax: 55 (031)3248-9876 – www.enfermagem.ufmg.br – reme@enfermagem.ufmg.br

colaboração na realização do trabalho e autorização de transferência dos direitos autorais para a REME.

(Modelos disponíveis abaixo)

Para os manuscritos resultados de pesquisas envolvendo seres humanos, deverá ser encaminhada uma cópia de aprovação emitido pelo Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS/196/96.

Para os manuscritos resultados de pesquisas envolvendo apoios financeiros estes deverão estar claramente identificados no manuscrito e o(s) autor(es) deve(m) declarar, juntamente com a autorização de transferência de autoria, não possuir(em) interesse(s) pessoal, comercial, acadêmico, político ou financeiro no manuscrito.

Os manuscritos devem ser enviados para: At/REME- Revista Mineira de Enfermagem

Escola de Enfermagem da UFMG

Av. Alfredo Balena, 190, sala 104 Bloco Norte

CEP.: 30130-100 Belo Horizonte-MG – Brasil - Telefax.: 55(31) 3248-9876

E-mail: reme@enf.ufmg.br

6 SOBRE A RESPONSABILIZAÇÃO EDITORIAL

Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Editorial.

A REME não se responsabiliza pelas opiniões emitidas nos artigos.

(Versão de setembro de 2007).

ANEXO II – PROTOCOLO DO COMITÊ DE ÉTICA