

O conhecimento da esquistossomose para pacientes positivos

Marcelo Henrique Otenio*
Janaína Aparecida Pereira**
Cristiane Corsini Medeiros Otenio***
Simone Cristina Castanho Sabaini de Melo****
Ana Maria Cavalcanti Lefèvre*****
Fernando Lefèvre*****

RESUMO

A esquistossomose também conhecida como “Doença do Caramujo” e “Barriga d’água” é considerada, ainda nos dias atuais, como um importante problema de saúde pública, uma vez que há uma ampla distribuição geográfica de focos de contaminação e uma larga relação de fatores ambientais e sociais que possibilitam a sua transmissão, e dificultam as ações de controle. É relevante identificar a representação da esquistossomose para pacientes positivos com o intuito de entender o processo pelo qual as pessoas constroem o conhecimento e dão significado à prevenção da doença, partindo do princípio de que a realidade vivida é uma representação e, nesta representação, os atores sociais se movem e direcionam suas vidas. Esta pesquisa foi desenvolvida no município de Santa Amélia, localizado na região norte do estado do Paraná, Brasil, e buscou conhecer o significado da esquistossomose para os pacientes positivos. Utilizou-se como estratégia metodológica em pesquisa qualitativa a construção do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que consiste numa forma qualitativa de representar o pensamento de uma coletividade, agregando em um discurso-síntese os conteúdos discursivos de sentidos semelhantes emitidos por pessoas distintas. Os discursos revelam que 56% dos sujeitos entrevistados compartilham da falta de conhecimento além do acúmulo de informações errôneas sobre esquistossomose pelos pacientes positivos desta doença. Por refletir a realidade dos próprios atores sociais, os resultados obtidos poderão subsidiar a (re) construção de práticas mais adequadas na relação homem-saúde-ambiente.

Palavras-chave: Esquistossomose mansoni. Conhecimentos, atitudes e prática em saúde. Pesquisa qualitativa.

1 INTRODUÇÃO

A esquistossomose também conhecida como “Doença do Caramujo” e “Barriga d’água” é considerada, ainda nos dias atuais, como um importante problema de saúde pública, uma vez que há uma ampla distribuição geográfica de focos de contaminação e uma larga relação de fatores ambientais e sociais que possibilitam a transmissão, e dificultam as ações de controle (OLIVEIRA et al., 2004).

Estudos revelam que a doença é endêmica em 76 países em desenvolvimento e que mais de 200 milhões de pessoas nas zonas rurais e urbanas mais carentes estão expostos aos riscos de contrair a doença. É também estimado que 120 milhões de pessoas sejam assintomáticas e 20 milhões sofrem severas consequências decorrentes da doença sendo, portanto,

uma das principais doenças parasitárias do mundo (BRUUN; AAGAARD-HANSEN, 2008).

A relevância da esquistossomose como problema de saúde pública não se restringe à sua antiguidade e à ampla distribuição geográfica mundial. Um dos fatores diz respeito à relevância econômica, expressa pelo impacto na atividade produtiva da população infectada (RESENDES; SOUZA-SANTOS; BARBOSA, 2005). No entanto, Pordeus e outros (2008) mostraram a escassez de pesquisas da comunidade científica com enfoque nas formas clínicas da esquistossomose mansônica no Brasil, como consequência, são inadequadas ou escassas as políticas de investimentos em saneamento básico e ambiental devido a pouca repercussão sobre a gravidade da doença. Tais políticas teriam o poder de minimizar a ocorrência

* Embrapa Gado de Leite - Juiz de Fora, MG. E-mail: otenio@cnpqg.embrapa.br
** Secretaria Municipal de Saúde de Santa Amélia, PR.
*** Faculdade Estácio de Sá - Juiz de Fora, MG.
**** Universidade Estadual do Norte do Paraná - Bandeirante, PR.
***** Instituto de Pesquisa do Discurso do Sujeito Coletivo - São Paulo, SP.
***** Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública - São Paulo, SP.

desse agravo, melhorando a qualidade de vida da população menos favorecida.

Além disso, Pordeus e outros (2008) também relatam que os programas de controle das endemias não têm conseguido eficiência nas suas ações, nem mesmo estando instrumentalizados com tecnologias eficazes. A lógica clássica, intervencionista e medicalizada das ações programáticas, está centrada no ataque sistêmico ao caramujo vetor e ao parasito, numa total desatenção social para com as comunidades assistidas. Compreende-se assim, o interesse e o compromisso ético da pesquisa em saúde pública em proceder estudos onde os eventos ligados ao processo saúde/doença das comunidades fossem abordados com uma concepção estrutural de causas, integrando investigação e participação social. Dentro desta perspectiva articulada, merecem destaque como atributos causais não só os determinantes biológicos, mas também os sociais e, ainda, o componente cultural na sua dimensão histórica e em suas representações simbólicas.

É relevante identificar a representação da esquistossomose para pacientes positivos com o intuito de entender o processo pelo qual as pessoas constroem o conhecimento e dão significado à prevenção da doença, partindo do princípio que a realidade vivida é representação e, nesta representação, os atores sociais se movem, e direcionam suas vidas, explicam-na mediante seu estoque de conhecimentos e revelam a visão de mundo de determinada época.

Uma ferramenta é, segundo Minayo (2000), a pesquisa qualitativa, que aprofunda o significado e a intencionalidade e que, a rigor, qualquer investigação social deveria contemplar, uma vez que traz para o interior da análise o subjetivo, o objetivo, os atores sociais, os fatos e seus significados, trabalha o caráter de antagonismo, de conflito entre os grupos sociais, permite aprofundar o caráter social, as dificuldades de construção do conhecimento e responde a questões muito particulares de pesquisa. Ainda segundo essa autora, a pesquisa qualitativa é importante para compreender os valores culturais, as representações de determinado grupo sobre temas específicos e para formulação de políticas públicas e sociais.

Para Lefèvre e Lefèvre (2005), as representações sociais, que são entidades sociais, precisam ser descritas, explicitadas e apresentadas, tendo como base o material empírico dos pensamentos individuais. Tendo como fundamento a teoria da representação social e seus pressupostos sociológicos, o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é uma técnica destinada a tornar mais claras e expressivas as representações sociais, permitindo que um determinado grupo social seja visto como autor e emissor de discursos compartilhados entre os membros do grupo e assim possam

se expressar. Desta forma, representa o pensamento de uma coletividade e permite a realização de pesquisas de resgates das opiniões coletivas.

Esta pesquisa pretende conhecer o significado da esquistossomose para os pacientes positivos.

2 MATERIAL E MÉTODOS

O trabalho de pesquisa relatado neste artigo foi realizado conforme a seguir.

2.1 Local de estudo

Esta pesquisa foi desenvolvida no município de Santa Amélia, localizado na região norte do estado do Paraná, Brasil, com uma população estimada de 4062 habitantes; a cidade dista, aproximadamente, 420 km da capital Curitiba; ocupa uma área de 78 km² e possui as seguintes coordenadas geográficas: latitude 23° 17' Sul; longitude 50° 24' Oeste; altitude média 498; clima subtropical úmido mesotérmico, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2007. O atendimento à saúde é prestado por uma Unidade Básica de Saúde, com equipe do Programa Saúde da Família (PSF) e um hospital municipal.

2.2 Sujeitos da pesquisa

O universo de investigação era composto por 98 indivíduos segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005, 2006). No entanto, participaram da pesquisa 50 usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) positivos no exame parasitológico de fezes pelo método Kato-Katz, o qual permite a visualização e contagem de ovos por grama de fezes (SOUZA et al., 2007), para esquistossomose, todos os sujeitos foram considerados portadores da forma aguda da doença, notificados pelo Setor de Epidemiologia e tratados na Unidade Básica de Saúde de Santa Amélia no ano de 2005 e 2006.

Os critérios de inclusão adotados foram: ter mais de 18 anos de idade e ter diagnóstico positivo e ser notificado para esquistossomose e como critérios de exclusão: menores de 18 anos de idade.

2.3 Procedimentos

Neste estudo utilizou-se como estratégia metodológica em pesquisa qualitativa a construção do DSC (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003; LEFÈVRE; LEFÈVRE; TEIXEIRA, 2000) que consiste numa forma qualitativa de representar o pensamento de uma coletividade, agregando em um discurso-síntese os conteúdos discursivos de sentido semelhantes emitidos por pessoas distintas. Assim, cada indivíduo entrevistado no estudo, escolhido com base em critérios de representatividade social, contribui com sua cota

de fragmento de pensamento para o pensamento coletivo (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2004).

O pensamento coletivo, em termos metodológicos, está mais validamente presente no indivíduo do que no grupo, uma vez que o pensamento coletivo é a presença internalizada no pensar de cada um dos membros da coletividade, de esquemas sócio-cognitivos ou de pensamento socialmente compartilhado. Para obter o pensamento coletivo, é preciso convocar um a um de uma amostra representativa de uma coletividade, para que cada indivíduo possa expor seu pensamento social internalizado e para que o conjunto dessas individualidades opinantes possa representar, sociológica e estatisticamente, uma coletividade (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Para analisar o conhecimento dos sujeitos sobre esquistossomose, foi realizada uma entrevista gravada com base em um roteiro estruturado contendo perguntas abertas, visando coletar depoimentos por meio da fala dos atores sociais.

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram um gravador (Minicassete Recorder RQ-L11), fitas cassetes de 60 minutos cada e um roteiro de entrevista contendo duas partes: a primeira, com dados cadastrais do entrevistado (sexo, data de nascimento e ocupação profissional) e a segunda, contendo duas perguntas abertas: “se você fosse explicar para alguém de sua família o que é esquistossomose ou barriga d’ água como você explicaria?” e “como você acha que pegou a barriga d’ água?”.

De acordo com os aspectos éticos, legais e atendendo às orientações da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996), o projeto de pesquisa deste estudo foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual Norte do Paraná (Campus - Bandeirantes), sob o protocolo nº 75/06, e com autorização da Secretaria Municipal de Saúde.

Antes de iniciar cada entrevista, os sujeitos foram informados sobre os objetivos do estudo e a importância da gravação, assegurando o sigilo de todos os depoimentos e a liberdade de recusar-se a participar da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ao entrevistado assinando um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram coletados pela pesquisadora no período de maio a julho de 2006, seguindo rigorosamente as perguntas estabelecidas no roteiro. A pesquisa foi realizada diariamente, sendo mais frequente no período noturno, devido a grande maioria dos entrevistados trabalharem o dia todo.

Para aqueles que não eram encontrados deixava-se recado combinando o dia e a hora da entrevista, se nesta segunda tentativa não fossem encontrados repetia-se a visita e após uma terceira tentativa eram considerados perdidos. Com as informações obtidas, foi construído um banco de dados inseridos no programa Qualiquantsoft®. As entrevistas duraram em média 20 minutos, sendo que a mais curta durou quatro minutos e a mais longa, 32 minutos.

3 RESULTADOS

Os resultados obtidos foram divididos em subtópicos para melhor entendimento da aplicação da metodologia da pesquisa qualitativa proposta.

3.1 Características da amostra estudada

Na Tabela 1 vê-se 98 casos notificados, destes foram excluídos os menores de 18 anos de idade e 14 pacientes foram considerados perdidos.

TABELA 1

Casos confirmados de esquistossomose no ano de 2005 e 2006 segundo a faixa etária do Município de Santa Amélia, PR.

FAIXA ETÁRIA	CASOS CONFIRMADOS	
	2005	2006
10 - 14	8	1
15 - 19	25	2
20 - 39	34	4
40 - 59	19	3
60 - 64	2	0
TOTAL	88	10

*Fonte: Brasil (2005, 2006).

Os dados a seguir referem-se ao perfil dos 50 sujeitos que aceitaram participar da pesquisa. A faixa etária dos pacientes positivos entrevistados variou entre 18 a 64 anos de idade, a atividade ocupacional predominante era agricultura, a área de moradia dos entrevistados era mista (urbana e rural) e quanto ao sexo 40 eram do sexo masculino e 10 do sexo feminino.

A prevalência de esquistossomose foi de 2,97%. No entanto, como se estudou uma amostra da população e não todos os habitantes, essa medida não representa 100% de certeza, portanto, a prevalência de esquistossomose variou de 1,01% a 4,93%, com um intervalo de confiança de 95%.

3.2 Ideias centrais do discurso do sujeito coletivo

Os resultados quali-quantitativos do DSC serão apresentados por questão, com as respectivas ideias centrais e a proporção obtida para cada uma delas.

3.2.1 Representações sobre esquistossomose ou barriga d'água

A Tabela 2 mostra o total de ideias centrais obtidas nas respostas dos depoimentos dos 50 pacientes positivos à questão: “se você fosse explicar para alguém de sua família o que é esquistossomose ou barriga d'água como você explicaria?”, podendo cada sujeito ter contribuído com mais de uma ideia central.

TABELA 2

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) – Explicação sobre Esquistossomose. Colhidas nas entrevistas com pacientes positivos para esquistossomose no ano de 2005 do Município de Santa Amélia, PR – 2006.

Ideias Centrais	Total*
A – A esquistossomose é uma doença que pega através da água	22
B - A esquistossomose é uma doença que cresce e junta água na barriga	7
C - A esquistossomose é uma doença transmitida pelo caramujo	4
D - Não sabe	28
Total de ICs	61

* corresponde ao número de sujeitos que participaram da composição de cada DSC, podendo ter contribuído com mais de uma ideia central.

Fonte: Os autores (2007).

3.2.1.1 Ideia Central A – A esquistossomose é uma doença que pega através da água

“Pra começar eu sei que a barriga d'água é um verme que pega da água. Eu sei que vem da água, não sei se é na água parada que normalmente dá. Então eu poderia dizer a minha família que é evitar entrar em lugares com água que pode ter infecção de fezes de alguém ou de animais e evitar andar descalço e beber água de certos lugares, porque a doença é transmitida sobre a água suja e contaminada quando a gente pisa e bebe. E também a gente pode pegar pela pele e pelo fio de cabelo. E eu ia falar pra eles não ir lá, porque é ruim frequentar esses lugares. Meus vizinhos jogam fezes no Ribeirão e isso provoca o verme da barriga d'água, que é um bichinho que a gente pega no rio e é muito ruim e deve ser muito horrível. A gente não sabe e daí fica em trânsito com água que pode ter infecção de esquistossomose e pega em qualquer água pra toma, e não pode usar essas águas sem ter autorização de certas pessoas que orienta na saúde. A gente ficou mais esperto de não tá em qualquer Córquinho de água a fora, porque eu antes tinha esse costume ia passar água no rosto pra refresca, pesca e agora a gente evita”.

3.2.1.2 Ideia Central B – A esquistossomose é uma doença que enche e cresce a barriga

“Eu ia explicar qui é uma doença que enche a barriga da gente e consome muita energia, e um certo tempo no caso a barriga da gente vai crescendo e vai juntando água. Eu sentia a barriga grande. A mãe disse que incha e junta água na barriga, onde a barriga cresce com o tempo tem que tirar mais isso aí depois de manifestar mesmo, acho que já não tem mais jeito. É uma doença braba que deixa marca na gente. Eu acho que é assim, é a forma que eu tenho di conhecimento que me explicaram. Eles chegaram e me perguntaram se eu sentia alguma coisa e eu disse que não, porque eles falaram que sente dor na barriga e eu não senti nada”.

3.2.1.3 Ideia Central C – A esquistossomose é uma doença transmitida pelo caramujo

“Eu ia explicar a doença que pega pela pele através do caramujo, caracol. Até inclusive o nome não é qualquer pessoa que sabe, é mais conhecido pelo caramujinho, caracol. É uma coisa assim, que me passaram, que transmite isso aí. Eu não tive sintomas nenhum, porque tinha o caramujo na mina que fui, então eu fiz o exame sabendo que ia ter, e que o resultado ia ser positivo”.

3.2.1.4 Ideia Central D - Não sabe

“Eu nunca tive informação sobre a barriga d'água. Não saberia explicar este troço, não sei muito a respeito, aí fica difícil. Sinceramente, na verdade eu num sei porque eu não sentia nada, nenhum sintoma. De fato, eu não sentia nada porque foi feito meio rápido o exame, não chegou avançar nem nada. Fiz o exame, e daí deu que eu tava com o óvulo acho que dois óvulos. A minha barriga não crescia nem nada, porque era nova tava no começo e se deu ne mim eu não tava sentindo nada, eu até admirei na hora que constatou que deu quando eu fiz o exame. Eu sei se deixar vira uma doença incurável e se não tratar é arriscado, mais eu acho que com o tempo dá inclusive à mesma doença”.

3.2.2 Representações sobre a transmissão da esquistossomose ou barriga d'água

A Tabela 3 mostra o total de ideias centrais obtidas nas respostas dos depoimentos dos 50 pacientes positivos à questão: “como você acha que pegou a barriga d'água?”, podendo cada sujeito ter contribuído com mais de uma ideia central.

TABELA 3

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) – Explicação sobre como pegou a esquistossomose, colhidas nas entrevistas com pacientes positivos para esquistossomose no ano de 2005 do município de Santa Amélia, PR – 2006.

Ideias Centrais	Total*
A - Bebendo água.	7
B - Lavando a mão no rio.	3
C - No sítio, brejo, trabalhando na terra de arroz.	6
D - No rio.	24
E - Não sabe	13
Total de ICs	53

* corresponde ao número de sujeitos que participaram da composição de cada DSC, podendo ter contribuído com mais de uma ideia central.

Fonte: Autores (2007).

3.2.2.1 Ideias Centrais A - Bebendo água

“Eu não sei responder direito não, porque não sei se foi a água que bebi, a única água que tomava era de casa. Uma vez eu tava nadando e acho que tomei um gole d’ água. A água a gente vê é limpa, mais tá contaminada. Eu bebia muita água de qualquer lugar, em todo lugar que a gente trabalha, mas o local certo eu não sei. Quando eu morava lá em Limeira eu bebi água que tinha morcegos e ratos dentro, aí fica difícil responder. Como é da água não tem jeito de falar”.

3.2.2.2 Ideias Centrais B - Lavando a mão no rio

“Olha a informação que eu tive diz que é lavando a mão no rio, às vezes por um corte na mão. Acho que peguei lavando a mão em córquinho que tem muita coisa podre... Eu toquei na água pra passar veneno e peguei na água dentro do pasto, e no caso a gente pode ter pegado por isso aí”.

3.2.2.3 Ideias Centrais C - No sítio, brejo, trabalhando na terra de arroz

“Eu mexo com muito negócio de barro e ribeirão, porque lá no sítio tem que mexer com muito barro... Eu ficava mexendo na várzea de arroz que é água de brejo e a terra lá ficou muito parada e a gente foi mexer lá e depois de um tempo apareceu isso ‘barriga d’ água Esses vermes costumam ficar em lugar de brejo, lugar que é bem sujo, úmido onde tem muita lama. Quando eu era moleque brincava e andava muito descalço nesses lugares”.

3.2.2.4 Ideias Centrais D - No rio

“Eu peguei através de pescaria pescando de peneira no córgo, a gente anda em tantos lugares pescando nem sabe se foi aqui em Santa Amélia ou se foi em algum lugar fora... Eu acho que peguei no Mato Grosso. Eu também nadei muito no Rio Laranjinha, Corguinho, Rio da Ponte, Rio Água da Queixada, Ribeirão dos

Índios e no Ribeirão Grande que tem água mais parada e sujeiras, e no caso o rio é contaminado e a gente pode ter pegado por isso aí. Porque a gente brinca lá, nós ia direto, nós ia nadar e ficava bastante tempo. Nunca sai da beira dos rios, porque o médico diz que a gente pega porque entra na pele e não tomando água”.

3.2.2.5 Ideias Centrais E - Não sabe

“Eu não sei explicar. A informação que eu tive diz que não é pela boca... A gente não tem condições e nem estudo de saber, a gente trabalha direto e uma vez eu trabalhei em um lugar molhado. Então eu não tenho a mínima idéia. Quando eu fiz o exame e deu fiquei abismada porque eu nunca imaginei, nem na beira do rio eu não vou, eu devo ter ido em alguma lagoa”.

4 DISCUSSÃO

Em relação ao perfil dos pacientes, Resendes, Souza-Santos e Barbosa (2005) em contexto semelhante ressaltam que a associação entre sexo e a infecção é improvável. Em geral, atividades ocupacionais, econômicas, entre outras, são mais úteis como indicadores de risco do que simplesmente o sexo. Estes autores observaram este fato em Itapinassu e em São Joaquim, Pernambuco, onde a principal atividade ocupacional é a agricultura e a cerâmica, respectivamente, sendo verificada associação estatisticamente significativa entre a prevalência da esquistossomose e a variável sexo, maior positividade do sexo masculino, sendo que na verdade isso pode ser explicado pelas diferenças na ocupação resultando em maior exposição dos agricultores, em geral do sexo masculino, por ser um tipo de serviço que determina a ocorrência de períodos de inatividade, o que torna comum as atividades de lazer junto às coleções hídricas.

Para Gujral e Vaz (2000) as diferenças de contaminação por sexo estão ligadas a fatores culturais e comportamentais de lazer, como nadar, pescar e brincar em águas de pouca correnteza, o que poderia favorecer uma exposição mais prolongada do sexo masculino aos focos de transmissão.

Os discursos revelam que 56% dos sujeitos entrevistados compartilham da falta de conhecimento sobre esquistossomose. De acordo com Schall e Diniz (2001) e Gazzinelli e outros (2002), a falta de conhecimento sobre a doença, especialmente sobre o comprometimento físico causado por ela, somado ao desconhecimento do medicamento usado, podem levar o paciente a ter um comportamento despreocupado em relação à esquistossomose. O que pode ser percebido neste estudo através destes trechos dos discursos: ‘fiz o exame, e daí deu que eu tava com o óvulo acho que dois óvulos’, ‘se não tratar é arriscado, mais eu acho que com o tempo dá inclusive à mesma doença’.

O discurso expressa também a ausência de conhecimento da doença com o fato de não apresentarem sintomas, por isso não saberiam explicar a esquistossomose, como cita um paciente: ‘sinceramente, na verdade eu não sei por que eu não sentia nada, nenhum sintoma’, ou ‘eu até admirei na hora que constatou que deu quando eu fiz o exame’. Em contexto semelhante, Ribeiro e outros (2004) citam, no que se refere à questão que abordava queixas clínicas, que a alternativa mais citada foi a de ausências de sintomas, sendo que alguns relataram ter descoberto a doença por acaso, ao fazer exames de rotinas.

Já na Ideia Central A (44%) dos entrevistados expressam informações errôneas, como: ‘eu poderia dizer a minha família que é evitar entrar em lugares com água que pode ter infecção de fezes de alguém ou de animais e evitar andar descalço e beber água de certos lugares, porque a doença é transmitida sobre a água suja e contaminada quando a gente pisa e bebe’, ‘E também a gente pode pegar pela pele e pelo fio de cabelo’. Gazzinelli e outros (2002) ressaltam que o descaso em relação à esquistossomose pode ser um fator de perigo de infecção. Seus resultados mostram ainda que em um grupo de 235 alunos, 77,7% demonstraram não conhecer o conjunto de fatores responsáveis pela infecção pelo *Schistosoma mansoni*, considerando que atribuíram a causa dessa doença à água suja e contaminada indo ao encontro das representações relatadas neste estudo.

Historicamente, segundo Schall e Diniz (2001), os materiais utilizados em educação sanitária têm enfoque dado ao hospedeiro intermediário na contaminação, fazendo com que a pessoa evite o contato do seu corpo com o molusco, desconhecendo o fato de que a larva infectante é quase imperceptível a olho nu, e pode estar na água bem afastada do perigo que visualmente ele pode reconhecer, ou seja, a presença do caramujo.

O discurso mais significativo (Ideia Central D – 48%) expressa que os entrevistados adquiriram a esquistossomose no rio, como destaque deste discurso: ‘eu peguei através de pescaria pescando de peneira no córrego, a gente anda em tantos lugares pescando nem sabe se foi aqui em Santa Amélia ou se foi em algum lugar fora...’, ou ‘Eu também nadei muito no Laranjinha, Corguinho, Rio da ponte, Rio Água da Queixada, Ribeirão dos Índios e no Ribeirão Grande que tem água mais parada e sujeiras, e no caso o rio é contaminado e a gente pode ter pegado por isso aí’, ou ainda ‘a gente brinca lá, nós ia direto, nós ia nadar e ficava bastante tempo’. A utilização relacionada ao lazer e trabalho de águas de coleções naturais como nascentes, córregos e rios determinam um aumento no risco de contaminação, na medida em que não

se utiliza nenhuma medida de segurança para este contato.

Estes dados diferem dos encontrados por Dela-Bela (2005) em estudo realizado anteriormente no mesmo município no ano de 2005 onde os resultados revelaram que 90% dos entrevistados não tinham nenhum conhecimento sobre a transmissão da doença, e onde foi verificada a presença do hospedeiro intermediário em pesquisas anteriores realizadas pela Regional de Saúde.

Em contexto semelhante, Moza e outros (1998) comprovaram em Pernambuco, que a infecção por *Schistosoma mansoni* demonstra que a qualidade da água para lazer e a falta de higiene pessoal são importantes fatores de risco na área. Enquanto Couto (2005) comprovou que em Belo Horizonte, o local de estudo não disponibilizava de áreas específicas para lazer, e alguns indivíduos menos informados utilizavam a água da lagoa para banho. Lefèvre (1980) resalta que a esquistossomose não é considerada uma doença importante, dessa forma, pescar, lavar roupa e banhar-se em rios são hábitos generalizados e tradicionais, ancorados na cultura. Sendo assim, é preciso levar em conta que, para os indivíduos que praticam, estes hábitos são valores, ou seja, comportamentos que eles consideram normais, naturais e habituais.

Já na Ideia Central E 26% dos sujeitos expressam que mesmo tendo contraído a doença e passado pelo tratamento, permanecem sem informações de como adquiriram a doença. A esse respeito, Ribeiro e outros (2004) comprovaram os mesmos resultados com relação ao desconhecimento da população sobre a doença. Segundo Coura-Filho (1998) a falta de informações impede que a população conheça os verdadeiros fatores responsáveis pela transmissão e manutenção da endemia, dificultando as mudanças de comportamento e hábitos cotidianos que podem colocar em risco sua própria saúde e provocar uma nova reinfecção. A presença destas lacunas representa um fator determinante na suscetibilidade à contaminação, seja no plano individual como no coletivo.

Para Resendes, Souza-Santos e Barbosa (2005) a experiência em diferentes estados demonstra a necessidade de definição de estratégias de controle integradas. A quimioterapia utilizada em articulação com medidas sociais, sanitárias e ações educativas é necessária e possibilitaria o aumento da efetividade do controle da transmissão da esquistossomose. Os programas de controle da endemia, mesmo instrumentalizados com novas tecnologias, não têm sido eficientes nas suas ações, porque são pensados valendo-se de uma lógica centralizada, intervencionista, medicalizada e padronizada para todas as áreas endêmicas.

5 CONCLUSÃO

Este estudo mostra que a falta de conhecimento e o acúmulo de informações errôneas sobre esquistossomose pelos pacientes positivos desta doença, constituem fruto de uma construção cultural e são empregados por um determinado grupo social para dar respostas aos desafios e situações de sua vida cotidiana. Torná-los equivalentes a uma “falta de compreensão”, “desconhecimento” ou “falta de consciência” por parte das camadas desfavorecidas, leva a se interpretar como algo inócua à ação educativa, já que absolutamente dissociada da experiência dos sujeitos com a doença. Sendo assim, as ações de educação-prevenção-promoção para esquistossomose devem ser revistas.

Tomar as representações dos pacientes positivos para esquistossomose como objeto de conhecimento é uma forma de possibilitar o desvendamento da realidade subjetiva dissimulada, e de reconstrução dos valores de acordo com novas necessidades. Contudo, deve se levar em conta que a mudança nos hábitos de um povo é o maior desafio para a Saúde Pública, mas visivelmente necessário para o controle não só

da esquistossomose, mas também de outras endemias relacionadas às condições de vida.

O controle da esquistossomose ocorre quando tarefas de controle específico são desempenhadas junto com o sistema de saúde primário. É importante que o Programa de Controle da Esquistossomose (PCE) incentive a municipalização, com a criação de programas por parte dos municípios, promovendo trabalhos de pesquisa participativa e um envolvimento e participação da população nas ações de controle, gerando assim mobilização coletiva.

As ações de educação e saúde e mobilização comunitária são importantes no controle da esquistossomose, basicamente para efetivação de atitudes e práticas que modifiquem positivamente as condições favorecedoras e mantenedoras da transmissão.

Estes resultados, por refletirem a realidade a partir do significado que os próprios atores sociais atribuem à doença, subsidiarão as ações no processo de (re) construção do conhecimento e podem contribuir de forma ativa na construção de práticas em saúde comprometidas e engajadas na relação homem-saúde-ambiente.

The role of knowledge on schistosomiasis for the positive patient

ABSTRACT

Also known as “snail disease” or as “water belly”, schistosomiasis is still considered an important public health problem in Brazil. Control of the disease is difficult given the wide geographical distribution of contamination sources, and the complex interplay of environmental and social factors that promote the transmission of the disease and impede the control actions.

As such, it becomes relevant to identify the representation and significance of schistosomiasis for patients tested as positive for the disease, aiming at a fundamental understanding of the process that leads to knowledge and give meaning to the prevention of disease, assuming that the lived reality is a representation and this representation the social actors move and direct their lives. Therefore, the present study seeks to elucidate the social meaning of schistosomiasis for disease-positive individuals, and was conducted at Santa Amélia Township, in the northern region of Parana state, Brazil.

This research adopted the Discourse of the Collective Subject (DCS) technique, which consists of a qualitative way to represent the thoughts of a group by merging similar speech contents uttered by interviewed individuals into a single synthetic declaration.

The resulting declarations show that 56% of the DCS-interviewed individuals share a lack of knowledge beyond the accumulation of wrong information on schistosomiasis. Because they reflect the reality of the social actors themselves may help the (re) construction of best practices in human-health-environment.

Keywords: Schistosomiasis mansoni. Health knowledge, aptitudes, practice. Qualitative research.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **Esquistossomose**: casos conformados notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Brasília, DF, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **Esquistossomose**: casos conformados notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Brasília, DF, 2006.
- BRUUN, B.; AAGAARD-HANSEN, J. **The social context of schistosomiasis and its control**: an introduction and annotated bibliography. Geneva: UNICEF/UNDP/World Bank/WHO Special program for research and training in tropical diseases, 2008.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/reso196.doc>> Acesso em: out. 2009.
- COURA-FILHO P. Participação popular no controle da esquistossomose através do Sistema Único de Saúde (SUS), em Taquaraçu de Minas, (Minas Gerais, Brasil), entre 1985-1995: construção de um modelo alternativo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2 p. 111-122, 1998.
- COUTO, J. L. A. Esquistossomose mansoni em duas mesorregiões do Estado de Alagoas. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 38, n. 4, p. 301-304, 2005.
- DELA-BELA, L. R. F. **Proposta de um programa educativo para a prevenção da esquistossomose no município de Santa Amélia - PR**. 2005. (Trabalho de Conclusão de Curso em Ciências Biológicas)—Faculdades Luiz Meneghel, Bandeirantes, 2005.
- GAZZINELLI, M. F. et al. A interdição da doença: uma construção cultural da esquistossomose em área endêmica, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1629-1638, 2002.
- GUJRAL, L.; VAZ, R. G. Prevalência, comportamentos de risco e níveis de informação sobre a esquistossomose urinária em escolares da Área de Saúde 1º de Junho, na Cidade de Maputo, Moçambique. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 43-50, 2000.
- IBGE. **Contagem populacional**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/protabl.asp?c=793&z=cd&o=17&i=P>>. Acesso em: out. 2009.
- LEFÈVRE, F. Análises de cartazes sobre esquistossomose elaborados por escolares. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 396-403, 1980.
- LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O pensamento coletivo como soma qualitativa**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 2003. Disponível em: <<http://hygeia.fsp.usp.br/quali-saude/soma%20qualitativa%209%20de%20fevereiro%20de%202004.htm>>. Acesso em: out. 2009.
- LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. Saúde, empoderamento e triangulação. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 32-38, 2004.
- LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **Depoimentos e discursos**: uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília, DF: Líber Livro, 2005.
- LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C.; TEIXEIRA, J. J. V. T. **O discurso do sujeito coletivo**: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.
- MOZA, P. G. et al. Fatores sócios demográficos e comportamentais relacionados à esquistossomose em uma agrovila da zona canavieira de Pernambuco, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1 p. 107-115, 1998.
- OLIVEIRA, G. et al. Genome and genomics of schistosomes. **Canadian Journal of Zoology**, Toronto, v. 82, n. 2, p. 375-390, 2004.
- PORDEUS, L. C. et al. A ocorrência das formas aguda e crônica da esquistossomose mansônica no Brasil período de 1997 a 2006: uma revisão de literatura. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, Brasília, DF, v. 17, n. 3, p. 163-175, 2008.
- RESENDES, A. P. C.; SOUZA-SANTOS, R.; BARBOSA, C. S. Internação hospitalar e mortalidade por esquistossomose mansônica no Estado de Pernambuco, Brasil, 1992/2000. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1392-1401, 2005.
- RIBEIRO, P. J. et al. Programa educativo em esquistossomose: modelo de abordagem metodológica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 415-421, 2004.
- SCHALL, V. T.; DINIZ, M. C. P. Information and education in schistosomiasis control: an analysis of the Minas Gerais State, Brazil. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 96, Suppl. I, p. 35-44, 2001.
- SOUZA, D. et al. **Vigilância epidemiológica e controle da esquistossomose**: normas e instruções. São Paulo: Centro de Vigilância Epidemiológica Prof. Alexandre Vranjac, 2007.

Enviado em 21/2/2010

Aprovado em 15/4/2010