

Sumário:

Agradecimentos	ii
Resumo	iv
Abstract	v
1. Introdução	1
1.1 Apresentação do Tema	2
1.2. Sobre a Leishmaniose Humana – Revisão Bibliográfica	4
1.3. Conhecimento Médico e Não-Médico	16
1.4. Conhecer a Leishmaniose	21
2. Amostra e Metodologia	25
2.1. Dados em Estudo.....	26
2.2. Análise dos dados	28
3. Análise e Discussão dos Resultados	29
3.1. Conversando sobre Leishmaniose Humana	30
3.2. Já ouviu falar da Leishmaniose? Sobre o Inquérito <i>Online</i>	44
4. Considerações finais	53
Bibliografia	57
Glossário	a
Apêndices	d
Apêndice A	e
A primeira experiência etnográfica	f
Apêndice B	i
Protocolo de Consentimento Informado – Entrevista Semiestruturada	j
Apêndice C	l
C.1. Guião de Entrevista – Estudantes da Universidade de Coimbra	m
C.2. Guião de Entrevista – Médicos(as).....	o
C.3. Estrutura do Inquérito <i>Online</i>	p
Apêndice D	v
Frequências Calculadas	w
Apêndice E	ii
Análise de Influência de Variáveis.....	jj

Agradecimentos

Este trabalho marca o final de um capítulo crucial para o meu desenvolvimento enquanto pessoa na sociedade. E não seria possível sem o contributo de todos aqueles que por mim se cruzaram.

Um especial agradecimento à Professora Doutora Ana Luísa Santos, pela sua disponibilidade, dedicação em orientar-me, mas sobretudo pelo apoio e confiança em mim depositada durante as várias etapas da realização deste projeto.

Igualmente à Doutora Marta Maia, co-orientadora deste projeto, um especial agradecimento pela sua disponibilidade, empenho e apoio e pelas diferentes perspetivas e conselhos dados ao longo deste percurso.

Ao Dr. Luís Trindade, amigo da família, pelos conselhos, apoio e palavras amigas e sobretudo pelo entusiasmo e interesse em ajudar sempre presentes em todos os momentos deste projeto.

Ao Dr. Daniel Pereira, igualmente amigo da família, e à Dra. Sofia Ribeiro por toda a preciosa ajuda prestada na recolha de dados.

Aos Núcleos de Estudantes das licenciaturas de Electrotecnia, Antropologia, Psicologia e Direito da Universidade de Coimbra pela disponibilidade em reunir alunos para entrevistas.

A todos os entrevistados um especial obrigado pela disponibilidade e (em muitos), pelo entusiasmo em relação ao projeto e palavras de apoio.

A todos os meus amigos que nunca esquecerei os momentos bem passados e histórias para contar aos nossos netos.

Em especial às minhas queridas Isabel, Sindia e Laura, pela extrema paciência e carinho. Sempre com uma palavra positiva e de força nos momentos mais difíceis desta fase, e pelas “fugas” da rotina.

Aos meus queridos avós pelo apoio incondicional desde o meu nascimento, que sempre acreditaram nas minhas capacidades, e por sempre me darem conselhos sábios.

À minha querida tia (minha Mimi), que de forma incondicional, sábia e orientadora sempre me ajudou em tudo, nomeadamente ao longo deste projeto. Considero-a como uma segunda mãe. À Vera e à Marta, os meus tesouros, por todos os momentos verdadeiramente felizes e loucos que passamos juntas!

À minha querida mãe, a minha heroína, o meu anjo protetor. Por tudo, tudo, o que nós passamos juntas. Pelo apoio incondicional e cházinhos nas noitadas de estudo e trabalho, pelos conselhos sábios, pelo ombrinho apaziguador, pelos momentos de meninas e de pura loucura e boa disposição.

Ao meu querido pai, o meu herói, que sempre lutou para que nunca me faltasse nada, pelos momentos de pura descontração nas nossas pescarias e passeios de mota, pelas nossas pequenas “guerras” de Lego e Bilhar e pelos momentos de bailarico que demos ao resto da família. Ao seu apoio incondicional.

Aos dois pelo carinho e atenção sempre constantes, que sem eles não seria o que sou hoje.

A todos aqueles que de forma involuntária me possa ter esquecido de mencionar, um sincero agradecimento.

Resumo

A leishmaniose é uma infeção parasitária transmitida pela picada de um inseto. É endémica em pelo menos 98 países, manifestando-se em seis tipos, sendo a leishmaniose cutânea, mucocutânea e a visceral os principais. Portugal, faz parte dos países da Bacia Mediterrânea onde a doença é endémica, e tal como no resto da Europa, apesar de ser de notificação obrigatória, a subnotificação da doença humana é notória. Além disso, são diversas as referências ao desconhecimento da doença existindo estudos sobre técnicas de divulgação.

Contribuindo para o estudo da doença em Portugal, visa-se a recolha de dados sobre o conhecimento desta em diferentes grupos populacionais de modo a que se torne um ponto de partida para futuras investigações na área e/ou possíveis projetos de Educação em Saúde.

Como as doenças infecciosas se inserem num contexto biológico e social, usa-se a Educação em Saúde como ferramenta de partilha do conhecimento das doenças e mudanças de comportamentos de risco. Sendo a Educação uma prática de apropriação social de discursos, esta acaba por criar grupos de indivíduos segundo cada tipo de discurso, como o discurso médico e o discurso não-médico. Nesse sentido, foram estes dois grupos utilizados como amostra no presente estudo.

Através de entrevistas semiestruturadas, estudou-se a sensibilidade de 16 médicos sobre a doença, e o conhecimento de 16 alunos da Universidade de Coimbra. E recorrendo a um inquérito *online* analisou-se o conhecimento de 121 indivíduos a nível nacional. A partir das entrevistas concluiu-se que sete indivíduos nunca ouviram falar da doença e o conhecimento desta é pouco e depende de ser médico, ter experiência de casos e ser especialista de doenças infecciosas. Para os 121 inquiridos, 84 conheciam a doença e dos 67 que deixaram comentário sugeriam a divulgação da informação sobre a mesma.

Não só é necessária a divulgação de informação sobre a doença entre médicos e não-médicos, mas também que essa divulgação seja correspondente e abrangente aos diferentes grupos discursivos existentes, de modo a que se alterem os comportamentos de risco e que se diminua a sua subnotificação.

Palavras-Chave: leishmaniose; subnotificação; desconhecimento; Educação em Saúde; discursos

Abstract

Leishmaniasis is a parasite infection transmitted by an insect bite. It is endemic at least in 98 countries, and is expressed in 6 types, three of which are the most common: cutaneous, mucocutaneous and visceral leishmaniasis. Portugal is one of the endemic countries in the Mediterranean basin. As in the other European countries, where reporting of this (human) disease is mandatory, the underreporting is notorious. Moreover, there are several references as to the unawareness of this disease with published studies on techniques of disclosure.

To contribute for the disease research in Portugal, the aim of the present study is to collect data on disease unawareness in different population groups to have a start point for future research in this area and/or possible Health Education projects.

As infectious diseases are integrated in a biological and social context, Health Education is used as a sharing tool of disease knowledge and as catalyst for changes in risk behaviour. Being a social appropriation of discourses, Education creates individual groups according to the type of discourse, such as the medical and non-medical individuals. Therefore, the present study is based on these two different groups.

Through semi structured interviews, sensitivity of the disease was gauged from 16 physicians and the disease knowledge was studied from 16 students at the University of Coimbra. Using an online survey the knowledge of this disease was assessed through 121 individuals located nationwide. From the interviews it was concluded that seven individuals had never heard of the disease, and the knowledge of this is little and depends of being doctor, having case experience and being specialist of infectious diseases. Of the 121 enquired, 84 knew of the disease and of the 67 that left an opinion, suggested further disclosure actions about it.

Not only it is necessary to disseminate the information about this disease among medical and non-medical individuals, but also that disclosure be correspondent and extensive to different discursive groups, so that changing risk behaviour and a decrease in underreporting takes place.

Key-Words: leishmaniasis; underreporting; unawareness; Health Education; discourses

“All knowledge of society and sickness is socially determined”

Allan Young

1. Introdução

1.1 Apresentação do Tema

A Antropologia Médica é o corolário de uma relação entre o Social e o Cultural com as Ciências da Saúde, onde se procura elucidar sobre as práticas e crenças de diferentes grupos sociais e culturais quanto às alterações na Saúde e na Doença, quer a nível local, quer global (Helman, 2007:1; 7; 425). No caso específico das doenças infecciosas procura-se compreender como se moldam os processos socioculturais locais e globais em torno das mesmas (Nguyen, 2004: 383).

Das doenças infecciosas tropicaisⁱ transmitidas por insetos existentes no mundo, as duas que mais se destacam pelo número de casos e impactos sociais e culturais que causam, são a malária e a leishmaniose¹ humana (Chaves e Pascual, 2006:1321). Quanto a esta última, os dados oficiais atuais permitem afirmar que é endémica em pelo menos 98 países a nível mundial, afetando cerca de 900 mil a 1,6 milhões de indivíduos por ano (WHO a.; b.; c. 2014).

Durante décadas a leishmaniose foi endémica na Bacia Mediterrânica e recentemente a doença alastrou-se para o norte da Europa. Isto deve-se a vários fatores – alterações ambientais e climáticas, mobilidade humana, coinfeção com outras patologias – que, segundo Dujardin *et al.* (2008: 1013, 1015), poderão ter aumentado o risco de exposição humana aos insetos vetoresⁱⁱ e seus reservatóriosⁱⁱⁱ.

Tal como no resto do mundo, nem todos os tipos da doença são notificados (somente a

¹ Considera-se “leishmaniose” o conjunto das diferentes variantes da leishmaniose humana (visceral, cutânea, mucocutânea, etc.), a fim de facilitar o discurso e a leitura.

leishmaniose visceral) e está descrito que os números oficiais da Organização Mundial de Saúde (OMS), não correspondem ao que ocorre na realidade. Segundo Dujardin e coautores (2008: 1013-1015), isto deve-se à não consideração dos casos de indivíduos infetados diagnosticados noutros países fora dos de origem; à forte ligação entre a doença e a ideia de pobreza, pois é endémica em países em desenvolvimento cujo financiamento para diagnóstico e tratamento é escasso. Assim como, aos fatores de risco normalmente associados a diferentes condições económicas, higiénicas e sociais; e à baixa sensibilidade e conhecimento para a identificação e conseqüente notificação, o que também varia de país para país. Por exemplo: é de notificação obrigatória na Grécia, Itália e Portugal e, por outro lado, não consta na lista de doenças de declaração obrigatória francesa.

Concordando com Campino e Maia (2010: 859-860) e Dujardin *et al.* (2008: 1016), a relação numérica de casos de leishmaniose canina e de casos de leishmaniose humana na Europa, merece atenção por parte não só dos profissionais de medicina veterinária (que já estão sensibilizados) como também dos profissionais de saúde humana, pois os números de casos de leishmaniose canina são elevados e mais vastos em áreas endémicas que os de leishmaniose humana.

Portugal faz parte dos países da Bacia Mediterrânea onde a doença canina e humana são endémicas, com cerca de 15 a 20 casos notificados por ano de leishmaniose visceral humana até 2010 (Campino e Maia, 2010: 860) – havendo diminuição de casos infantis e, por outro lado, aumento de casos de coinfeção com o HIV (Campino, 1998 *in* Campino e Maia, 2010: 861) – e de dez casos por ano de leishmaniose cutânea. Em 2011 foram notificados oito casos de leishmaniose visceral, em 2012, 12 casos e em 2013, cinco casos (Pinto *et al.*, 2015: 16). Tal como os restantes países da Europa, apesar de ser de notificação obrigatória desde a década de 1950, a subnotificação é notória (Campino *et al.*, 2006: 1708; Serrada, 2010: 76). Além disso, são diversas as referências ao desconhecimento da doença quer canina, quer humana, – salientam-se os estudos de Coelho *et al.*, 2003 (*in* Neves *et al.*, 2007), de Pardo *et al.* de 2006, de Neves *et al.* de 2007, Kolaczinski *et al.* de 2010, Alemu *et al.* de 2013 e de Guimarães de 2013. E, por isso, já existem estudos (a maioria brasileiros) a testar técnicas de divulgação da informação sobre a doença, em especial a humana, tais como os de Luz *et al.* (2005 *in* Guimarães, 2013), de Uchôa *et al.* (2004), de Magalhães *et al.* (2009) e de Genari *et al.* (2012).

Se a leishmaniose é endémica em mais de 90 países do mundo, se existe na Europa, mas principalmente se existe no nosso país, quer em cães quer em humanos, mesmo não

havendo elevado número de casos, será que a população está sensibilizada para a leishmaniose humana? Porque é que a doença é subnotificada? Ao ler a bibliografia sobre a doença verifica-se que a mesma já foi sujeita a elevado número de investigações, quer epidemiológicas, quer na procura de novas formas de tratamento e diagnóstico, quer na avaliação do conhecimento da mesma pela população em geral. Contudo, a bibliografia portuguesa é mais restrita à área da Saúde Pública Animal – pelo elevado número de casos caninos (Neves *et al.*, 2007: 48) – e a maioria existente para o caso humano, é da área biológica.

Deste modo, de forma a contribuir para o estudo da leishmaniose em Portugal, este trabalho, visa recolher dados sobre o conhecimento da doença em diferentes grupos populacionais: profissionais de saúde, estudantes universitários da Universidade de Coimbra e população em geral. Comparando-os (e confrontando-os com outros trabalhos publicados) de modo que, quaisquer que sejam os resultados, se torne um ponto de partida para futuras investigações na área e/ou possíveis projetos de Educação em Saúde.

1.2. Sobre a Leishmaniose Humana – Revisão Bibliográfica

A leishmaniose foi descrita pela primeira vez em 1756, mas só em 1901 é que foi nomeada por William Boog Leishman, patologista do corpo médico britânico na Índia (Wilmoth e Loner, 2008: 483; Lock e Nguyen, 2010: 100).

É uma infeção parasitária, causada por um organismo protozoário do género *Leishmania*, transmitido pela picada da fêmea de um inseto do género *Phlebotomus* (no Velho Mundo) e o género *Lutromyia* (no Novo Mundo) (Wilmoth e Loner, 2008: 483; Afonso, 2011: 1)². Os principais reservatórios (e hospedeiros^{iv}) do parasita são os cães, as raposas e alguns pequenos roedores (Wilmoth e Loner, 2008: 484). É endémica em pelo menos 98 países a nível mundial, sendo estimados cerca de 200 a 400 mil novos casos de leishmaniose visceral e 700 mil a 1,9 milhões de casos de leishmaniose cutânea, com 20 000 a 30 000 óbitos anuais (WHO a.; b.; c., 2014). Contudo, estes números não são constantes, nem representam a realidade epidemiológica. Aliás, esta falta de coerência de valores de incidência e mortalidade, descritos em diversos estudos, provocam um atraso nos esforços em prevenir e controlar a doença (Ben *et al.*, 2008 *in* Prieto *et al.*, 2011: 820).

² Segundo Afonso (2011: 2), existe o erro de nomear estas espécies por “mosquitos” ou traduzir erradamente o termo inglês “sand flies” (*in* Afonso, 2011: 2) – moscas da areia – pois os flebotomos possuem características morfológicas específicas, totalmente distintas da família *Culidae* e com disposição taxonómica distinta das moscas.

Como referido anteriormente, a transmissão do parasita ocorre através da picada da fêmea do flebótomo, cujo ciclo de vida se resume em duas fases: a infecciosa – fase em que se encontra no organismo do inseto, com uma duração de cinco a nove dias – e a diagnosticável – fase em que se encontra no hospedeiro – (CDC a., 2013; Afonso, 2011: 2).

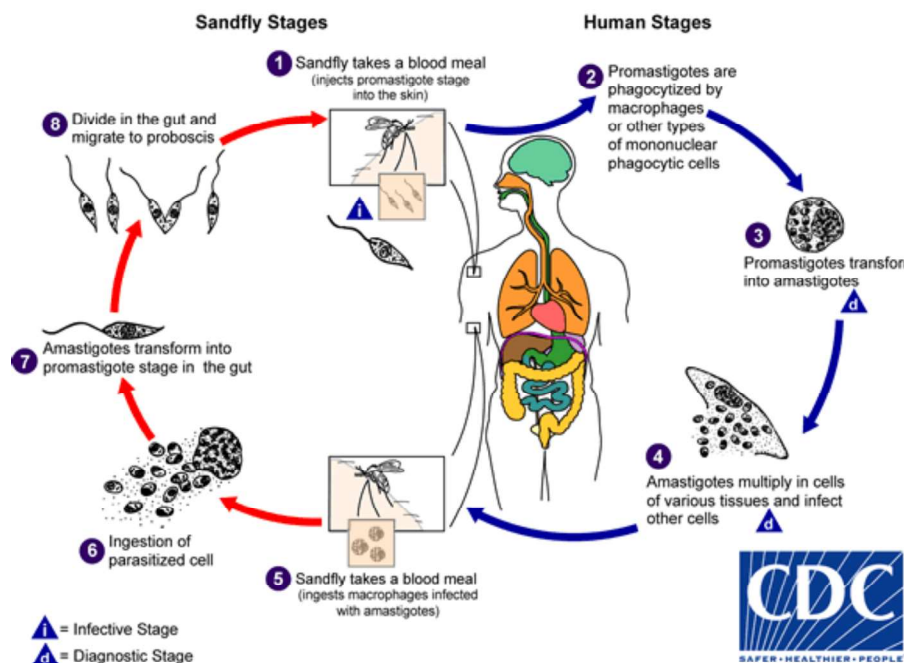


Figura 1: Ciclo de vida do parasita *Leishmania*

Esquema demonstrativo do ciclo de vida do parasita divididos em oito etapas, onde na primeira, durante a picada da fêmea do inseto flebótomo (“sandfly”) há transferência do parasita (fase infecciosa ▲); nas etapas 2, 3 e 4 o parasita sofre processos de transformação e multiplicação celular (as etapas 3 e 4 representam a fase diagnosticável, ▲)

(CDC, 2013. Parasites – Leishmaniasis: Biology. [Online]. Centers for Disease Control and Prevention [Consultado em: 2/12/2014]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/parasites/leishmaniasis/biology.html>)

A **Figura 1.**, adaptada de Centers for Disease Control and Prevention (CDC a., 2013), mostra resumidamente o processo de infeção da leishmaniose num indivíduo e as duas fases de vida do parasita.

Apesar de raramente (Beers e Berkow, 2001: 1233), a leishmaniose pode também ser transmitida entre indivíduos, incluindo transmissão vertical^{v 3} e por transfusão sanguínea. A transmissão da doença através de partilha de seringas infetadas entre indivíduos é possível e recorrente (Catorze, 2005: 238). A transmissão direta entre cães e humanos ainda é desconhecida (CFSPH, 2009: 2).

Existem seis tipos de leishmaniose humana, variando consoante os sintomas e a severidade clínica, sendo três os principais (Anker e Schaaf, 2000:121; CFSPH, 2009: 1, 3):

³ Independentemente da progenitora ser sintomática ou não, o recém-nascido pode ser infetado (CFSPH, 2009: 3)

a. Leishmaniose Cutânea

Doença que envolve a pele e, apesar de ser usualmente uma forma de leishmaniose que cura por si (cujo tempo pode variar entre meses a anos), há a possibilidade de escaras permanentes e incapacidade. A grande maioria das espécies de *Leishmania* que causam esta infeção são: complexo *L. braziliensis*⁴, *L. lainsoni*, *L. naiffi* e *L. lindenbergi* – Novo Mundo – e o complexo *L. tropica*⁵ – Velho Mundo⁶. Mesmo após a recuperação total, esta doença pode reaparecer devido ao enfraquecimento do sistema imunitário produzido na primeira infeção. Dependendo da espécie infetante, os sintomas gerais são úlceras^{vi}, nódulos^{vii} ou verrugas^{viii} e nas lesões da picada do inseto normalmente formam-se papos⁷. A maioria das infeções é localizada, mas existem casos onde o parasita se espalha pelo corpo através da linfa, produzindo lesões secundárias. Em casos de infeção por HIV, ou outras doenças imunodepressivas, a infeção é mais difícil de tratar (Anker e Schaaf, 2000:121; CFSPH, 2009: 1, 3).

a.1. Leishmaniose Cutânea Difusa ou Disseminada

É uma forma rara da leishmaniose cutânea provocada na maioria das vezes pela *L. amazonensis* e com casos de coinfeção com o HIV. Os principais sintomas são nódulos (não ulcerados) espalhados por toda a pele, podendo causar lesões nos tecidos mais profundos. É possível que persista no tempo ou se tornar incurável (CFSPH, 2009: 3).

a.2. Leishmaniose Lupóide

Uma outra forma rara de leishmaniose cutânea que se caracteriza pelo aparecimento de novas lesões nos limites das antigas já tratadas. Só se cura com tratamento e é normalmente provocada com a infeção pela *L. braziliensis* e *L. tropica* (CFSPH, 2009: 3)

b. Leishmaniose Mucocutânea

Causa lesões profundas na face, destruindo as mucosas do nariz, boca e garganta (Anker e Schaaf, 2000:121). Normalmente ocorre na América Latina, sendo veiculada pela *L. braziliensis braziliensis* e pela *L. panamensis/L. guyanensis*. Pode surgir um a cinco anos após a cura da leishmaniose cutânea ou quando as lesões cutâneas ainda estão presentes. O primeiro sinal é hemorragia nasal, fruto de eritemas^{ix} e úlceras nas narinas que mais tarde envolvem o septo nasal e a faringe ou a laringe – a inflamação pode perfurar o septo nasal ou bloquear as vias respiratórias. Há casos de infeção nos genitais (CFSPH, 2009: 3).

⁴ *L. braziliensis L. panamensis/ L. guyanensis, L. shawi L. peruviana, L. mexicana, L. amazonensis, L. venezuelensis* (CFSPH, 2009:1).

⁵ *L. tropica, L. major, L. aethiopica* (CFSPH, 2009:1).

⁶ Apenas a *L. tropica* não é zoonose (CFSPH, 2009: 1).

⁷ A maioria das espécies do Velho Mundo e do Novo Mundo apenas causam lesões na pele, contudo, há a possibilidade de infeção mucocutânea pelas espécies *L. braziliensis* e *L. panamensis* (CFSPH, 2009: 1)

c. Leishmaniose Visceral

Considerada como a forma mais severa (Anker e Schaaf, 2000:121), sendo causada por duas espécies, a *Leishmania donovani* (que inclui a *L. archibaldi*) e a *Leishmania infantum*⁸ (Velho Mundo) ou *Leishmania chagasi* (Novo Mundo)⁹. A primeira é transmitida entre humanos (hospedeiros e reservatórios da espécie) e a segunda é uma zoonose. Existem também diversas espécies de *Leishmania* que podem causar esta doença: *L. tropica* e *L. amazonensis*. Esta forma é normalmente descrita com sintomas de febre, perda de peso, inchaço do fígado e do baço, anemia, diminuição do número de glóbulos brancos e plaquetas no sangue, aumento dos linfócidos, hipergamaglobulinemia^x e hipoalbuminemia^{xi} (Anker e Schaaf, 2000: 121; Fauci, 2008 *in* Serrada, 2010: 4). Não sendo tratada, é fatal (Anker e Schaaf, 2000:121).

c.1. Leishmaniose Pós Kala-azar

É caracterizada por uma erupção maculopapular^{xii}, macular^{xiii} ou nodular^{xiv} à volta da boca, nos braços, tronco e outras zonas anatómicas (WHO b, 2014). É comum na África e ocorre seis meses após a leishmaniose visceral, acabando geralmente por desaparecer sem tratamento ao fim de um ano (CFSPH, 2009: 3).

Segundo o *Center for Food Security and Public Health* (CFSPH, 2009: 2), o período de incubação pode ser assintomático por longos períodos de tempo em algumas espécies de *Leishmania*. Para a leishmaniose cutânea, o período de incubação geralmente descrito é de uma ou duas semanas a vários meses (no caso das espécies do Novo Mundo) ou anos (no caso das espécies do Velho Mundo). Para a leishmaniose visceral, o tempo de incubação pode variar de dez dias a vários anos – a maioria dos casos varia entre dois e seis meses (CFSPH, 2009: 2).

Segundo a OMS (WHO b., 2014), o diagnóstico da leishmaniose visceral efetua-se através de observação clínica aliada com testes laboratoriais parasitológicos e serológicos. Enquanto que, o da leishmaniose cutânea é baseado na observação clínica com testes parasitológicos.

Apesar de, geralmente, ser uma doença com cura, o tratamento varia de acordo com a espécie do parasita e a localização geográfica do mesmo (WHO b., 2014). Contudo, já surgiram casos de resistência do parasita ao tratamento administrado em determinadas zonas

⁸ Nalguns casos a *L. infantum* provoca apenas leishmaniose cutânea, sem afetar os órgãos internos (CFSPH, 2009: 1)

⁹ Inicialmente considerava-se que eram duas espécies distintas, sendo a *L. infantum* do Velho Mundo e a *L. chagasi* do Novo Mundo. Segundo CFSPH (2009), a partir de estudos genéticos, houve uma reclassificação taxonómica – *L. infantum*. Contudo, esta é controversa, pois há quem defenda que a *L. chagasi* seja uma sub-espécie da *L. infantum*, sendo ainda muito referida na América do Sul (CFSPH, 2009: 1).

do mundo, incitando a procura de novas abordagens terapêuticas para a leishmaniose visceral (Wilmoth e Loner, 2008: 484).

O tratamento de primeira-linha mais utilizado para a leishmaniose ainda é o antimónio pentavalente. Embora com a preocupação de possível resistência parasitária (CFSPH, 2009: 4), e de ser potencialmente tóxico e doloroso (Sundar e Chakravarty, 2010). Os outros tratamentos utilizados são o alopurinol, a anfotericina B, a miltefosina e a pentaminida. Existe um novo tipo de tratamento para a leishmaniose visceral, muito eficaz e com poucos efeitos adversos, a anfotericina lipossomal B. Mas, ainda não foi utilizado em países em desenvolvimento por ser muito dispendioso (WHO/CDS/NTD, 2007 *in* Savioli e Daumerie, 2010: 95). Em casos de coinfeção de leishmaniose visceral e HIV, o tratamento, geralmente, não tem sucesso, levando à morte (Savioli e Daumerie, 2010: 95; CFSPH, 2009: 4).

A administração do tratamento para a leishmaniose cutânea é utilizado para o aceleração do processo de auto-cura e como meio preventivo da doença mucocutânea e de possíveis recidivas. Dependendo da espécie do parasita e do tipo de complicações que possam surgir, há também a administração de medicamentos tópicos (CFSPH, 2009: 4).

Segundo a OMS (Savioli e Daumerie, 2010: 95), a leishmaniose visceral não deveria ser tratada por uma única terapia devido ao seu risco de resistência terapêutica. Sendo preferível uma medicina combinada com o fim de diminuir o tempo de tratamento, o risco de resistência terapêutica e a quantidade de efeitos adversos, tornando-se, assim, menos dispendiosa (Sundar *et al.*, 2010 *in* Savioli e Daumerie, 2010: 95).

Dada a crescente utilização de terapêuticas alternativas nos últimos 20 anos (WHO, 2001: 3), segundo Tiunan e coautores (2011), têm surgido investigações sobre novos tratamentos baseados em compostos sintéticos e compostos retirados de plantas. De modo a criar tratamentos mais económicos e com menos ou sem os efeitos secundários dos tratamentos químicos usualmente utilizados. Destacam-se dois estudos laboratoriais sobre as propriedades anti-leishmaniose visceral do óleo de copaíba (Santos *et al.*, 2011: 1) e sobre as propriedades anti-leishmaniose cutânea de duas espécies de pimenta – *Piper duckei* e *Piper demeraramum* – (Carmo, *et al.*, 2012: 1819). Ambos provaram que estas espécies podem ser utilizadas como tratamento auxiliares.

A nível preventivo, ainda não surgiu uma vacina capaz para os humanos¹⁰ (Wilmoth e Loner, 2008: 484), mas, segundo o Center for Food Security and Public Health (CFSPH, 2009: 4) e o Centers for Disease Control and Prevention (CDC b., 2013), existem diversas

¹⁰ Em 2011 foi lançada para o mercado europeu a vacina contra a leishmaniose canina criada pelo laboratório Virbac (Madeira, 2011).

medidas de atuação para controlar o contacto humano com os vetores. Sendo as mais aconselhadas: a utilização de inseticidas e repelentes; a diminuição da exposição cutânea pelo uso de calças e camisolas de manga comprida, permanecendo em andares mais elevados nos edifícios durante a noite¹¹; e o uso de redes mosquiteiras com inseticidas nas camas e janelas. De acordo com CFSPH (2009: 4), alguns estudos têm provado que as coleiras inseticidas protegem os cães e conseqüentemente as crianças (por estarem em contacto direto com animais), acabando por serem bons meios de diminuição da incidência dos parasitas *L. infantum*. Recentemente, no dia da Saúde Mundial, a OMS lançou vários posters informativos sobre conselhos preventivos, entre eles encontra-se o folheto informativo (cf. **Figura 2**) para o caso de doenças transmitidas por vetores (Vassallo, 2014).



Figura 2: Folheto informativo com medidas gerais de prevenção da transmissão de doenças infecciosas (Vassallo, S. 2014. World Health Day 2014: Vector-Borne Diseases. [Online], *archive* [Consultado em: 9/12/2014], Disponível em: <http://archiveglobal.org/world-health-day-2014-vector-borne-diseases/>)

¹¹ Os insetos não voam muito alto (CFSPH, 2009: 4).

Segundo Wilmoth e Loner (2008: 484) e Afonso (2011: 2), a distribuição geográfica dos focos de doença em animais e/ou humanos está delimitada consoante a capacidade do vetor de transmitir os parasitas aos hospedeiros, a existência de hospedeiros vertebrados infetados e as condições climáticas e ambientais. A **Figura 3** representa os mapas que mostram a distribuição mundial da leishmaniose visceral e da leishmaniose cutânea em 2012. Onde se observa o registo das doenças nos quatro continentes, destacando-se com mais de mil novos casos reportados de leishmaniose visceral no Brasil, Etiópia, Bangladesh, Índia, Sudão do Sul e Sudão (Figura 3.b). Os países com mais de cinco mil novos casos reportados de leishmaniose cutânea (Figura 3.a) são os seguintes: Afeganistão, Argélia, Brasil, Colômbia, Costa Rica, Etiópia, Irão, Perú, Sudão e Síria (WHO c., 2014).

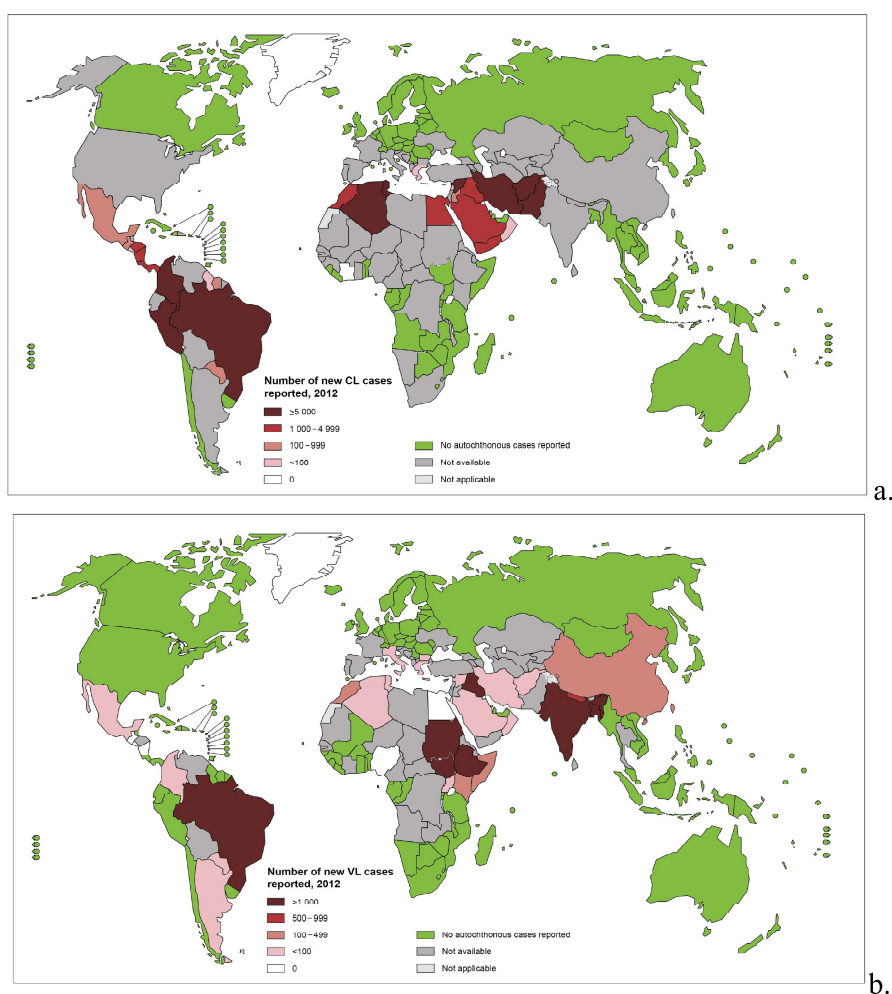


Figura 3: Distribuição Geográfica Mundial da Leishmaniose Cutânea (a.) e da Leishmaniose Visceral (b.) em 2012 (WHO.c. 2014. Global Health Observatory (GHO) – Leishmaniasis, Situation and trends. [Online], World Health Organization. [Consultado em: 17/11/2014], Disponível em: http://www.who.int/gho/neglected_diseases/leishmaniasis/en/) Em 2012, o número de novos casos notificados de leishmaniose cutânea foi superior ao número de novos casos de leishmaniose visceral

O mapa interativo *online* que a OMS nos fornece (WHO, 2013), permite observar,

para além do número de países endémicos de leishmaniose cutânea e visceral, em 2012, a evolução geográfica das doenças notificadas. Confirmando a informação fornecida pela CDC (c. 2013): que a leishmaniose existe em algumas zonas da Ásia, no Médio Oriente, na zona tropical africana, no norte de África, no sul da Europa, no México, na América Central e na América do Sul. Já surgiram casos de leishmaniose cutânea em algumas zonas dos Estados Unidos (CDC. c, 2013).

Segundo a OMS (Savioli e Daumerie, 2010: 92), desde 1993, o número de casos registados de leishmaniose aumentou a nível mundial. Na maioria dos casos, esta expansão deve-se ao movimento populacional (voluntário e/ou forçado) entre as áreas rurais e as áreas urbanas. Criando novas oportunidades de contacto dos vetores da doença, permitindo consequentemente, uma adaptação ambiental do parasita – inicialmente caracterizado por permanecer em áreas rurais – a zonas urbanas, onde o risco de epidemia é maior (Savioli e Daumerie, 2010: 92; Wilmoth e Loner, 2008: 485). Sendo as doenças transmitidas por vetores provenientes dos trópicos e sub-trópicos (como a leishmaniose), estima-se também que apareçam e re-apareçam doenças em zonas mais temperadas. A resistência farmacológica e inseticida e a diminuição dos sistemas de vigilância dos serviços de Saúde Pública também influenciam o aumento de casos de leishmaniose (Gubler, 1997 *in* Abrantes e Silveira, 2009: 77).

Todavia, apesar de ser uma doença de declaração obrigatória, segundo Desjeaux (2001 *in* Savioli e Daumerie, 2010: 92), e analisando o mapa interativo da OMS (WHO, 2013), o número de países onde não existe conhecimento factual da quantidade de casos, existentes ao longo dos anos, é elevado.

Por outro lado, a proporção de casos entre sexos difere entre culturas – a maioria dos casos regista-se em indivíduos do sexo masculino, devido ao tempo de exposição ao vetor (com atividades no exterior). Mas, é possível que, em algumas zonas do globo, o número de casos em mulheres seja subestimado, pelo limitado acesso aos serviços de saúde (Savioli e Daumerie, 2010: 95). De acordo com Wilmoth e Loner (2008: 485), são significativos e diversos os impactos da leishmaniose a nível mundial. Tanto a leishmaniose cutânea, como a leishmaniose mucocutânea – que são doenças desfigurantes – podem levar a exclusões sociais pela falta de conhecimento. Existem situações, em especial no Afeganistão (Reithinger *et al.*, 2003), em que mães com leishmaniose cutânea são proibidas de estar em contacto com os seus filhos, e as mulheres com cicatrizes não são consideradas boas esposas, provocando separação entre os cônjuges (Reithinger, *et al.*, 2003 *in* Savioli e Daumerie, 2010: 94). Assim,

a procura de cuidados de saúde depende não só do conhecimento da doença (e percepção da eficácia do tratamento), como também do papel do indivíduo na família, do género, do tipo e local da lesão, do acesso e acessibilidade aos cuidados de saúde e do número de doentes na família (Savioli e Daumerie, 2010: 94).

A infeção por HIV aumenta o risco de infeção por diversos tipos de organismos, incluindo a leishmaniose, o que pode levar a um aumento considerável da distribuição da última em zonas que anteriormente não eram endémicas (Wilmoth e Loner, 2008: 485). Além disso, tal como Marques *et al.* (2007: 292) afirmam, existe uma correlação na diminuição da eficácia do sistema imunitário entre as duas patologias. Ou seja, a infeção por leishmaniose num indivíduo já infetado por HIV provoca um agravamento dos sintomas, aumentando consequentemente o risco de mortalidade. Por outro lado, a infeção por HIV compromete a eficácia do tratamento para a leishmaniose e contribui para o aumento do risco de recidivas (Guerin *et al.*, 2002 e Paredes *et al.*, 2003 in Marques *et al.*, 2007).

Como previamente mencionado, durante décadas a leishmaniose foi endémica na Bacia Mediterrânica e recentemente o número de casos alastrou-se para o norte da Europa, mais concretamente o sul da Alemanha e norte de Itália (Dujardin *et al.*, 2008: 1013). Sendo vários os fatores que influenciam estas alterações, nomeadamente alterações climatéricas e ambientais – o aumento da temperatura cria condições favoráveis para o desenvolvimento dos insetos (Abrantes e Silveira, 2009: 77) –, mobilidade humana para zonas endémicas, coinfeção com outras patologias, e resistência aos fármacos e inseticidas usados. O que permite uma maior exposição aos insetos vetores e seus reservatórios, e consequente maior risco de transmissão da doença para zonas onde nunca foi detetada (Dujardin *et al.*, 2008: 1014 -1015; Campino e Maia, 2010: 860).

No caso da coinfeção com o HIV, segundo a OMS, 85% dos primeiros 1700 casos reportados até 1998 (em 33 países) foram de Espanha, Itália, França e Portugal (Marques *et al.*, 2007). Esta relação provocou uma alteração na incidência da leishmaniose visceral na Bacia Mediterrânica (através do aumento da partilha de seringas), passando a atingir, em maior escala, adultos imunodeprimidos (Grüber *et al.*, 2003 in Catorze, 2005: 240; Wilmoth e Loner, 2008: 485).

Segundo Campino e Maia (2010: 859-860) e Dujardin *et al.* (2008:1016), embora não seja evidente uma relação entre a leishmaniose humana e canina, o elevado número de casos e a consequente expansão de zonas endémicas na Europa de leishmaniose canina que se sobrepõem às zonas endémicas de leishmaniose humana, devem ser alvo de atenção por parte

não só dos profissionais de medicina veterinária como também dos profissionais de saúde humana.

O primeiro caso português descrito de leishmaniose visceral por Dionisio Alvares, foi numa criança de nove anos de idade, residente em Lisboa, em 1910 (Alvares, 1910 *in* Campino *et al.*, 2006: 1708). Um ano depois, é apresentado o resultado de um estudo de Alvares e Silva (1911 *in* Campino e Maia, 2010: 861) onde dos 300 cães dos indivíduos inquiridos da região de Lisboa, 8 tinham leishmaniose¹². O primeiro caso de leishmaniose cutânea descrito foi em 1943 num adulto da região do Alto Douro (Tavares, 1943 *in* Campino *et al.*, 2006: 1708).

Durante o século XX, a prevalência de leishmaniose não foi constante. Segundo Cardoso (2004 *in* Serrada, 2010: 5), durante a década de 1940, o número de casos era elevado. Após este decénio, observou-se um decréscimo progressivo do número de casos de leishmaniose visceral, chegando ao registo de 20 casos em 1970. Para o autor as campanhas de erradicação da malária terão influenciado o decréscimo de insetos vetores da leishmaniose. Após este período, os números voltaram progressivamente a aumentar até 1983, ano em que foram identificados 54 casos (80% do Alto Douro). Mais tarde, foram identificados mais dois focos na região de Lisboa e Vale do Tejo e na região do Algarve. Embora a prevalência de casos não seja elevada, desde a sua descoberta foi possível definir as zonas endémicas a nível nacional: região do Alto Douro, região de Lisboa e Vale do Tejo e região do Algarve (Campino *et al.*, 1995 *in* Campino *et al.*, 2006: 1708). Podendo, existir casos nos distritos de Santarém, Coimbra, Viseu e Guarda, como observou Serrada (2010: 83) entre 1999 e 2009. Segundo este estudo, foram diagnosticados 378 indivíduos nos hospitais distribuídos pelas Administrações Regionais de Saúde a nível nacional, sendo 99,2% dos casos de leishmaniose visceral (375 casos). Por outro lado, entre 1979 e 1996, foram diagnosticados dez casos de leishmaniose cutânea na zona de Castelo Branco e, entre 1991 a 1996, surgiram 25 casos de crianças da bacia hidrográfica do rio Douro, com idades entre os 11 meses e os seis anos (Melo *et al.*, 1996 *in* Campino e Abranches, 2002: 389). Campino e Maia (2010: 862) argumentam que, apesar de não ser atualmente um tipo de leishmaniose de notificação obrigatória, estima-se que pelo menos dez casos sejam diagnosticados por ano, devendo deixar de ser observada como uma doença rara.

¹² Segundo o Observatório Nacional das Leishmanioses - criado em 2008, com o fim de estruturar dados e investigação sobre a doença canina e humana em Portugal - as zonas endémicas de leishmaniose canina são: a região de Trás-os-Montes e Alto Douro, a sub-região da Cova da Beira, o conselho da Lousã, a região de Lisboa e Setúbal, o concelho de Évora e a região do Algarve (Onleish, 2010 *in* Maia *et al.*, 2011). Supõe-se que outras zonas do Alentejo, para além de Évora, e algumas do Ribatejo, sejam endémicas (Rosa *et al.*, 2006 *in* Neves *et al.*, 2007: 48). Para Cardoso *et al.* (2006: 33), existirão mais regiões endémicas no País, como o distrito de Coimbra.

De acordo com Abrantes e Silveira (2009: 72), o risco de transmissão da doença em Portugal é médio, contudo, estima-se que futuramente se torne elevado devido ao acréscimo do número de dias favoráveis à sobrevivência dos vetores e à expansão geográfica dos mesmos.

Segundo Pinto e seus colaboradores (2015: 16), em 2013 foram notificados cinco casos de leishmaniose visceral.

No dia 1 de janeiro do presente ano, a notificação das doenças transmissíveis passou a ser obrigatoriamente realizada *online*, com o fim de os casos serem comunicados de forma mais célere às autoridades de saúde para prevenção, controlo e identificação de riscos para as populações (DGS, 2014).

À semelhança do que aconteceu no resto da Europa, com a introdução de novos tipos de terapias, a leishmaniose que era maioritariamente infantil, passou progressivamente a ser mais comum em indivíduos imunocomprometidos, sobretudo na Área Metropolitana de Lisboa (Campino e Maia, 2010: 859). Entre 2000 e 2009, dos 173 novos casos de leishmaniose visceral que a Unidade de Leishmaniose do Instituto de Higiene e Medicina Tropical laboratorialmente diagnosticou, 107 eram adultos imunocomprometidos e dos 66 restantes, 46 eram crianças imunocompetentes (Campino e Maia, 2010: 861).

Embora não se considere a existência de epidemias de leishmaniose, à semelhança do que ocorre em alguns países da Bacia Mediterrânica (Espanha, França e Itália), em Portugal, a infeção por HIV tem contribuído para o aumento do número de casos (Campino e Maia, 2010: 860), devido à correlação no decréscimo da resistência do sistema imunitário entre as duas patologias (Marques *et al.*, 2007: 292).

Como supradito inicialmente, está descrito que na Europa o número de casos oficiais não corresponde ao número de diagnósticos realizados a nível laboratorial e hospitalar, e nem todos os países notificam a doença (e nos que notificam, apenas a leishmaniose visceral é de declaração obrigatória). Por um lado, os dados de infetados no sul da Europa, mas diagnosticados noutras zonas do continente (como na Alemanha), não são levados em consideração na contagem oficial (Dujardin *et al.*, 2008: 1013). Num período de dois anos, uma base alemã de recolha voluntária de casos de leishmaniose, identificou 70 casos. Dos quais, 27 eram de leishmaniose visceral em França, Espanha, Portugal e Grécia (Myskova *et al.*, 2007 e Harms *et al.*, 2003 *in* Dujardin *et al.*, 2008: 1013 – 1014). Por outro, o número de casos assintomáticos é superior ao número de casos sintomáticos, dificultando a contagem dos casos de infeção. Para a leishmaniose visceral calcula-se a existência de 30 a 100 casos

assintomáticos para um caso clínico (Pampigliione *et al.*, 1975 in Dujardin, *et al.*, 2008: 1014). Os cães infetados representam um fator de risco para os humanos, pois o inseto vetor (*Leishmania infantum*) é comum para as duas espécies (Dujardin, *et al.*, 2008: 1014).

Como é endémica maioritariamente em países em desenvolvimento, onde há falta de incentivos financeiros para estudos, criação e aplicação de novos tratamentos, a leishmaniose é vista como uma doença dos pobres (Dujardin *et al.*, 2008: 1016). De igual modo, as condições económicas, higiénicas e sociais influenciam o risco de infeção (Dujardin *et al.*, 2008: 1015). No caso dos profissionais de saúde, está descrito que a medicina veterinária se mostra mais sensível e mais informada sobre a leishmaniose, preocupando-se em investigar novas formas terapêuticas e novos métodos de prevenção, e informação aos donos dos animais (especialmente de cães). Pois a doença canina é endémica no sul da Europa e é de difícil trato¹³ (Dujardin *et al.*, 2008: 1016). Por parte dos médicos, existe alguma falta de informação sobre o tipo de diagnósticos a solicitar e o tipo de tratamentos a aplicar. Segundo Dujardin *et al.* (2008: 1016), o Centro de Referência Nacional Francês de Leishmaniose criou, em 2006, uma linha de apoio telefónico a médicos para auxiliar no diagnóstico e tratamento da doença. Em Itália e na Alemanha fez-se uma recolha do período de tempo desde a apresentação do sintoma até ao diagnóstico, sendo que, para este último (país não endémico) o tempo médio era de 61 dias para leishmaniose cutânea e 85 dias para a leishmaniose visceral (Weitzel *et al.*, 2001 in Dujardin *et al.*, 2008: 1016). Em Itália (país endémico), o tempo médio (para os dois tipos de doença) era de 35 dias (Pagliano *et al.*, 2003 in Dujardin *et al.*, 2008: 1016), o que permitiu afirmar que no país não endémico, a doença demora mais tempo a ser identificada. Esta carência de sensibilização e de informação leva concludentemente à subnotificação da doença.

A inclusão da leishmaniose nas listas de Declaração Obrigatória de doenças infecciosas, que varia de país para país, influencia o número real de casos existentes a nível europeu, e a nível mundial. Segundo Dujardin e coautores (2008: 1016), a doença não faz parte da lista de doenças de notificação obrigatória francesa, contudo, está incluída na portuguesa, grega e italiana, e na maioria das autonomias espanholas. No entanto, mesmo em países onde é imperiosa a notificação da doença, como não há vigilância nos sistemas de Saúde Pública, a subnotificação ainda se torna mais notória (Dujardin *et al.*, 2008: 1014 e 1016).

Em Portugal, segundo Serrada (2010: 76), dos 375 casos de leishmaniose visceral

¹³ Segundo Dujardin *et al.* (2008: 1016) existem *web sites* próprios para os donos dos animais infetados discutirem e compararem os tipos de tratamentos aplicados e solicitarem informações aos médicos veterinários.

identificados a nível hospitalar entre 1999 e 2009, apenas 38,6% foram declarados e o tempo médio entre o diagnóstico e o conhecimento por parte das autoridades de saúde foi de 19 dias. Período longo, segundo Serrada, para a toma de atitudes de vigilância e controlo da doença e seu vetor. Para 74,6% dos casos notificados, não foram aplicadas medidas de Saúde Pública.

Comparando os dados do número de casos entre 1999 e 2012 enviados pela DGS para este projeto, com os relatórios oficiais da mesma organização, encontrou-se discrepância no número de casos no ano de 2006. Estes valores, à semelhança com o que acontece com o HIV (Oliveira, 2007), podem ser o resultado de atrasos nas notificações em relação ao diagnóstico e a diferentes formas de contagem, ou diferentes modos de acesso à informação. O mesmo pode ocorrer relativamente ao primeiro ano de notificação da leishmaniose visceral, no qual, (em 1950) foram notificados 440 casos (Pinto *et al.*, 2015: 44). Ou seja, dada a obrigatoriedade de notificação a partir desse ano (inclusive), todos os casos diagnosticados nesse ano e nos anos anteriores poderem ter sido declarados em conjunto (Oliveira, 2007).

Para além da referida discrepância de sensibilidade para os procedimentos a tomar entre profissionais de saúde humana e profissionais de saúde animal, são várias as referências bibliográficas sobre o desconhecimento da doença entre a população mundial. Sugerindo e/ou testando métodos de Educação em Saúde de modo a promover o conhecimento da doença. Pois, o conhecimento da doença sensibiliza a população para a procura de cuidados de saúde, levando conseqüentemente a uma alteração comportamental na vigilância da Saúde Pública.

1.3. Conhecimento Médico e Não-Médico

A definição da noção de Doença obriga à análise da de Saúde. Para Duarte (2002: 39), Saúde não é apenas um “*estado completo de bem estar físico, mental e social*” (OMS, 2009: 1), mas também, uma relação de diferentes fatores que influenciam o indivíduo internamente e externamente com o meio – o biológico, o ambiental, o pessoal, o social e o económico. Ou seja, é através de experiências pessoais e coletivas e da informação fornecida pelos profissionais de saúde e *mass media*, que se incorpora pessoal e interpessoalmente conhecimentos sobre saúde e doença e autocuidado (Duarte, 2002: 13).

A Antropologia Médica faz uma abordagem à Saúde e à Doença através da interligação das Ciências da Saúde com o Social e o Cultural, procurando dilucidar sobre as práticas e crenças dos diferentes grupos sociais e culturais quanto às alterações na Saúde e na Doença, quer a nível global, quer local (Helman, 2007:1, 7, 425). Questionando as políticas de saúde, as noções do normal e do patológico, o diagnóstico e tratamento biomédico e popular, os

sintomas orgânicos e socioculturais, a relação do indivíduo com o médico, entre outras (Maia, 2009: 55). No caso das doenças infecciosas, pretende-se entender como os processos sociais e culturais locais e globais se plasmam em torno destas (Nguyen, 2004: 383).

Segundo Nguyen (2004: 384), as doenças infecciosas não só se inserem num contexto biológico (de como surgem no corpo), como também num contexto social. Isto é, através do comportamento dos indivíduos (doentes e não-doentes) no seu quotidiano, que influenciam os meios, riscos e suscetibilidades de transmissão das mesmas. Mas também, através do comportamento entre indivíduos e animais (domésticos), pois, como a maioria das doenças infecciosas tem como reservatórios os animais, as relações sociais e culturais acabam por afetar as próprias relações humano-animal (Nguyen, 2004: 385). Além do comportamento social, as condições económicas também influenciam os meios de transmissão de doenças, pois contribuem para um aumento das desigualdades entre classes sociais. As relações de poder que surgem e atuam entre estas, impulsionam a Antropologia (Médica) a centrar-se na análise da resistência, divulgação e gestão das relações de poder, com o fim de melhorar a própria saúde individual (Nguyen, 2004: 384).

Os agentes patogénicos^{xiv} também se consideram como objetos socialmente construídos, pois a sua prova de existência é feita através da partilha de conhecimento – Discurso Científico – (oral ou documental). Esta partilha de conhecimento, embora seja orientada segundo interesses político-económicos e institucionais (Nguyen, 2004: 385)¹⁴ é um dos métodos para a tentativa de mudança de comportamentos de risco das populações (Nguyen, 2004: 386). Mas, para que isso resulte, é necessário observar as crenças e saberes de cada população, pois as informações e experiências dos indivíduos influenciam os comportamentos de risco (Duarte, 2002: 16; 18). Deste modo, a Educação em Saúde é uma ferramenta de partilha de conhecimento e mudança de atitudes utilizada por “*gestores de políticas públicas*” (Melo, 2013: 1217).

A partilha de conhecimento parte da própria produção de discursos. Foucault (1999:10, 14) afirma que a produção de discurso não se traduz nas lutas de domínio, mas nas lutas de poder e de vontade de saber. A vontade de saber, que planeia objetos “*possíveis, observáveis, mensuráveis [e] classificáveis*” (Foucault, 1999: 16), e que impõe um nível técnico onde o conhecimento se torna útil e verificável, fundamenta-se sobre uma base institucional, sendo influenciada por um conjunto de práticas pedagógicas (discursivas) e orientada em função do

¹⁴ Etnografias na área da saúde (especialmente em países em desenvolvimento) têm demonstrado que há uma rutura entre as políticas de saúde e as lutas de poder sobre os (escassos) recursos do país (Nguyen, 2004: 389).

modo como o saber é valorizado e distribuído numa sociedade (Foucault, 1999: 17); acabando por exercer poder sobre outros discursos (Foucault, 1999: 18). Estas práticas discursivas, não são somente técnicas de criação de discursos (Foucault, 1997: 12). São também ordens mutáveis, onde surgem e desaparecem objetos produzidos não no interior dos discursos, mas externamente, unindo-se a outros objetos, definindo a sua especificidade e irredutibilidade. Isto é, não se produzem, mas também, não se cerram em si mesmas (Foucault, 2010 *in* Melo, 2013: 1218), transformam-se sob o efeito de influências externas (relações sociais e instituições públicas), internas (criação de objetos, conceitos e informação) e de outras práticas discursivas (Foucault, 1997: 11-12). Em suma, incluem-se num contexto de relações que requerem delimitação e especificação dos próprios discursos (Melo, 2013: 1218).

Um exemplo é a Educação. Segundo Foucault (1999: 43-44), é uma prática de apropriação social dos discursos; uma prática de troca e comunicação¹⁵ de todo o tipo de discurso. No entanto, é influenciada de acordo com os contrastes políticos e sociais e, simultaneamente, modela o direito de apropriação dos mesmos. Acaba por criar grupos de indivíduos segundo cada tipo de discurso e cada tipo de apropriação do mesmo (Foucault, 1999: 44), como o discurso médico e o sociológico, por exemplo, que são específicos para diferentes grupos de sujeitos (Foucault, 1999: 63).

A partir do século XVIII, foram diversos os fatores que influenciaram e modelaram a medicina, e conseqüentemente o discurso médico. No final do século referido, inicia-se o abandono dos velhos sistemas e teorias de uma medicina individualista (Foucault, 1998: 80; 1977: xii-xiii) e surge uma nova abordagem médica: a experiência clínica. O médico adquire novas formas de experiência e saber na análise, através do olhar de sistemas orgânicos que antes não eram passíveis de ser observados, tornando claro e visível o obscuro e invisível. O corpo torna-se espaço-local da doença e, concludentemente, objeto e sujeito de discurso (Foucault, 1977: xii-xiii). Assim, a experiência clínica permitiu uma nova classificação e distribuição dos elementos corporais e, conseqüentemente, uma redefinição do encadeamento dos fenómenos mórbidos, assim como, a sua articulação com os sintomas e a doença (Foucault, 1977: xviii).

Segundo Winner (1987 *in* Pfoetzenreiter, 2001: 1) e Postman (1994, *in* Pfoetzenreiter, 2001: 1), com o uso da tecnologia nos meios de diagnóstico, observação, tratamento etc., o

¹⁵ As chamadas “*figuras positivas*” interiores dos sistemas de restrição dos discursos e inerentes à sua funcionalidade (Foucault, 1999: 38).

modo de pensar sobre a saúde e a doença mudou progressivamente. Surge, então, uma nova definição do médico e da forma como este vê a doença e o indivíduo doente. Contudo, apesar da tecnologia ter permitido uma maior eficiência e eficácia de diagnósticos e tratamentos, facilitando o trabalho do profissional (Postman, 1994 *in* Pfuetzenreiter, 2001: 1), o contacto entre médico e paciente diminuiu (Helman, 1994 *in* Pfuetzenreiter, 2001: 2). Isto vai ao encontro do modelo biomédico de doença, no qual há um aviltamento da experiência interpessoal e intrapessoal do indivíduo doente, analisando-se apenas a sua alteração fisiológica (Duarte, 2002: 32 e Pfuetzenreiter, 2001: 1). Segundo o estudo de Guevara (2007: 75-79), baseado em 30 entrevistas a profissionais de distintas áreas da saúde e de diferentes estados da região centro-ocidental da Venezuela, todos os inquiridos afirmaram que, na recolha de informação clínica e epidemiológica da doença há exclusão das descrições psicoafetivas (sociais e culturais) dos doentes.

Este desvio de atenção sobre o indivíduo na sua totalidade, já se inicia na educação académica do médico. Segundo Byron e Good (*in* Lindenbaum e Lock, 1993: 79), durante a formação académica, à medida que se aumenta o nível de intimidade sobre o corpo humano, o estudante sofre um processo chamado “*enculturation*” (Helman, 2007: 121), transformando a sua perspetiva sobre a doença e a sua visão do sujeito. Reduz-se o indivíduo a um “caso” patológico (Lindenbaum e Lock, 1993: 79), e observa-se a doença em casos particulares sem procurar relações entre eles (Medawar, 1993 *in* Pfuetzenreiter, 2001: 2). Entram num grupo distinto, com um modelo de discurso, valores, normas comportamentais e hierarquia próprio, e com uma abordagem que destaca a “*quantificação das informações sobre o doente*” (Pfuetzenreiter, 2001: 8). Embora seja um grupo com conhecimentos próprios, que inclui subgrupos especializados em diferentes áreas patológicas – as especialidades – o conhecimento médico resultante deste é fruto da interação entre os subgrupos (Helman, 2007: 98; 121; Serra, 2007:115). Esta interação é, por sua vez, o resultado da relação entre o conhecimento “puro” (Serra, 2007: 116), teórico e codificado, adquirido pelos manuais, com a prática profissional (adquirida através das experiências clínicas e pessoais do profissional). No entanto, não esquecendo a importância do conhecimento adquirido durante a formação, a prática profissional é a mais valorizada pelo médico (Serra, 2007: 116-120). Pois, mesmo em situações de ausência de conhecimento formal seguro, o médico intervém segundo as suas observações de casos passados. É esta experiência, que acumulada ao longo da vida do médico, se designa por “*sabedoria*” (Serra, 2007: 116).

Segundo Helman (2007: 121), embora médicos e doentes venham da mesma origem

social e cultural, o modo de ver e definir a doença e a saúde é distinto: existe uma “*anatomia do médico e [uma] anatomia do paciente*” (Pfuetzenreiter, 2001: 7). Excetuando as especialidades de Saúde Pública e Medicina Geral e Familiar, que estão em maior contacto com a vida, família e comunidade do doente (Helman, 2007: 123), a definição de doença por parte do médico é baseada nas alterações orgânicas na estrutura ou função corporal, que fogem à categoria de “normal” (não patológico) – *disease*. Enquanto que a definição do doente é subjetiva, baseada nas suas experiências (sociais e pessoais) (Helman, 2007: 123, 126) – *illness*. No entanto, a definição de doença por parte dos não-médicos depende de diversos fatores. Há uma perceção emocional da doença que varia entre indivíduos, que depende do contexto social, económico e cultural onde os sintomas surgem, e da personalidade e do conhecimento sobre a saúde de cada um (Helman, 2007: 126; Pfuetzenreiter, 2001: 7). O doente, como agente ativo (provido de sistema de valores e crenças e de liberdade de escolha), é dotado de um saber e cultura médicos que advêm de um conjunto complexo de informações oficiais (formação escolar e académica, profissionais de saúde), e não oficiais (família, amigos, vizinhos, comunidade onde vive, meios de comunicação, etc.) (Lindenbaum e Lock, 1993: 79; Helman, 2007: 83, 121; Duarte, 2002: 13-16). Segundo Duarte (2002: 17), todos os indivíduos possuem um determinado nível de “*cultura médica*”, seja esta influenciada pela representação mental da doença, seja pela própria experiência da doença, o que acaba por influenciar os comportamentos de risco (Ngyuyen, 2004: 385; Duarte, 2002: 16, 18). Com ou sem sintomatologia, são diversas as situações de risco em que os indivíduos se colocam perante as doenças infecciosas, quando não têm conhecimento suficiente sobre a doença¹⁶ (Pfuetzenreiter, 2001: 10).

Nesta pluralidade de informações, indo ao encontro do que foi exposto até então, não só, é necessário que se criem práticas discursivas como ferramentas de partilha de conhecimento, mas também, que essas sirvam de método de mudança de atitudes (e de novas vontades de saber sobre as doenças).

No entanto, para Melo (2013: 1218), os discursos produzidos pela Educação em Saúde, vão mais além do simples ato de divulgar conhecimento sobre saúde pelas populações; estes criam técnicas normativas e padronizadas. Ou seja, há uma validação de ideologias e práticas sociais criando “*leis sobre como as pessoas deverão conduzir os seus corpos*” (Lupton, 1995 in Duarte, 2002: 89), onde a liberdade comportamental de cada um choca com a necessidade

¹⁶ Apesar dos conhecimentos contribuírem para a redução dos comportamentos de risco, não garantem, por si só, que os indivíduos não corram riscos (Maia, 2012).

de controlo da sociedade. Em suma, é uma ferramenta de transmissão de conhecimento, que delimita e exclui grupos, e que, pode ser vista como uma ferramenta de poder (Foucault, 1999: 44; Melo, 2013: 1218).

Se, segundo Foucault (1999: 43-44), a Educação é uma prática de apropriação de discursos que delimita grupos segundo cada tipo de discurso, (o que se observou no discurso médico e no discurso não-médico, distintos através da definição de *disease* e *illness*), a Educação em Saúde terá que ser analisada não tanto em função do discurso médico, mas, de acordo com os grupos discursivos restantes (Duarte: 2002: 120). Embora, o médico, na sua relação com o doente, tenha que ter em conta o adaptar do seu discurso a cada doente (Pfuetzenreiter, 2001: 10, 12), além de ter em consideração a origem social, económica e cultural de ambos (Helman, 2007: 154). Por conseguinte, sendo o indivíduo o resultado de uma multiplicidade de informações e experiências, com influência sobre os comportamentos de risco, será necessário analisar as crenças e saberes de cada população (Duarte, 2002: 16; 18).

1.4. Conhecer a Leishmaniose

No caso da leishmaniose, tendo em conta o desconhecimento da doença por parte da população em geral e que dentro da comunidade médica, a mesma é ainda diagnosticada com reserva (Dujardin *et al.*, 2008: 1016; Savioli e Daumerie, 2010: 94), torna-se necessária a criação de campanhas de Educação em Saúde, para que a população (especialmente a que habita em zonas endémicas) mude o seu comportamento de risco, aplique medidas preventivas e de vigilância, e procure cuidados de saúde atempadamente. Neste sentido, surgem diversos estudos que avaliam os conhecimentos das populações sobre a leishmaniose humana e canina, assim como técnicas de partilha de conhecimento .

Em três estudos, demonstra-se a relação entre o conhecimento da doença humana e seus sintomas e/ou vetores, e as medidas preventivas e de controlo das populações estudadas. Segundo o estudo de Pardo *et al.* (2006: 167), sobre o conhecimento da leishmaniose cutânea e do seu vetor, e sobre as medidas preventivas em famílias da região de Hufla (Colômbia), cerca de 86% dos 249 indivíduos inquiridos conheciam a doença e a quase totalidade da amostra (98%) conhecia o seu vetor. Contudo, dos 244 indivíduos que conheciam o vetor, apenas 72 sabiam que este transmitia a leishmaniose cutânea (Pardo *et al.*, 2006: 167; 171-173). Cerca de 35% dos indivíduos que conheciam a doença aplicavam medidas de controlo da mesma, sendo esta prática superior em 32% nos indivíduos que conheciam a relação entre

o vetor e a doença. Dos inquiridos, 82% aplicavam medidas de controlo do vetor em função da época de maior abundância do inseto (Pardo *et al.*, 2006: 167).

O estudo de Kolaczinski e colaboradores (2010:1-6) sobre o conhecimento e as atitudes perante a leishmaniose visceral, no território de Pokot (oeste do Quênia e este do Uganda), de 93 indivíduos doentes e 226 indivíduos com diagnóstico negativo, demonstra baixo conhecimento sobre os sinais e meios de transmissão da doença. Apenas 52,9% dos que sabiam dos sintomas da doença tinham rede mosquiteira (Kolaczinski *et al.*, 2010: 1; 6). Dos doentes, 26,5% demoraram 1 mês a dirigirem-se ao hospital de Amudat (distrito de Nakapiripirit, Uganda); 40,9%, 2 meses; 20,4% 3 meses; e 11, 8% mais de 3 meses, para diagnóstico e tratamento, tendo sido previamente tratados pelo curandeiro local (Kolaczinski *et al.*, 2010: 4).

Alemu e coautores (2013: 1-6), com recurso a um questionário, avaliaram o conhecimento da leishmaniose visceral em 346 indivíduos da cidade de Addis Zemen (noroeste de Etiópia). Os resultados demonstraram que, 87,6% já tinham ouvido falar da doença, 95,7% tinham comportamentos positivos em relação aos tratamentos da doença, e 68,6% praticavam boas medidas preventivas e de controlo. Os autores concluíram que, embora reconhecendo a doença, tinham poucos conhecimentos sobre a transmissão, os sinais e sintomas e a origem infecciosa da doença.

No caso português, em 2003, no concelho de Vila Nova de Foz Côa, desenvolveu-se uma avaliação do conhecimento da leishmaniose visceral humana pela população em geral, tendo em consideração o termo utilizado para nomear a doença: Kala-azar (Coelho *et al.*, 2003 *in* Neves *et al.*, 2007: 52). Os autores do estudo concluíram que a população apresentava baixos níveis de conhecimento da doença visceral: 90,4% dos indivíduos nunca ouviram falar da doença. No entanto, 32,5% dos indivíduos conheciam a doença por kala-azar (Coelho *et al.*, 2003 *in* Neves *et al.*, 2007: 52).

Para a leishmaniose canina destacam-se dois estudos sobre o conhecimento da doença por parte dos donos de cães, sendo um deles de autores portugueses. Neves e colaboradores (2007: 47; 52), argumentavam que se os donos de cães conhecerem os principais sinais clínicos da doença animal, o inseto vetor e seu comportamento, e o risco de transmissão da doença para os humanos, recorrem atempadamente aos médicos veterinários para diagnóstico e adotam medidas preventivas de transmissão nos animais e consequentemente nos humanos. Deste modo, através de um questionário a 1477 donos de cães de 123 concelhos de Portugal Continental, concluíram que o nível de conhecimento da leishmaniose canina é baixo. Cerca

de 40% a 70% dos inquiridos não conheciam a doença; 70% a 85% desconhecia a forma de manifestação; e 55% a 80% não conheciam os resultados do tratamento (Neves *et al.*, 2007:47; 49). Segundo os autores, apenas 6% a 12% dos questionários respondidos demonstraram conhecimento suficiente sobre a leishmaniose canina (Neves *et al.*, 2007: 47).

A partir de entrevistas semiestruturadas, realizadas entre 2010 e 2011, no Município de Belo Horizonte (Minas Gerais, Brasil), a cem donos de cães, dos quais metade com diagnóstico positivo para a leishmaniose, Guimarães (2013: 11; 32-33), observou os conhecimentos sobre a leishmaniose visceral (humana e canina) e seus procedimentos preventivos e de controlo da doença. A autora concluiu que os entrevistados tinham algum conhecimento sobre a leishmaniose visceral e sua forma de transmissão (90% dos dois grupos conheciam a doença – 98% dos donos de cães seropositivos^{xv} e 89% dos donos de cães seronegativos). À exceção dos sinais clínicos de leishmaniose visceral humana e das atitudes preventivas e de controlo para o vetor e para o humano (Guimarães, 2013: 62). Apenas 34% dos donos de cães seropositivos e 38% dos donos de cães seronegativos afirmaram identificar os sinais clínicos da doença humana, e 18% e 14%, respetivamente, conheciam as medidas preventivas para os humanos (Guimarães, 2013: 36-40).

Em 2005, Luz *et al.* (2005 *in* Guimarães, 2013: 30), analisaram a utilização de panfletos informativos sobre a doença como meios de partilha de informação entre profissionais de saúde, estudantes, professores e utentes dos serviços de saúde em Belo Horizonte. Através de questionários respondidos antes e depois da distribuição dos folhetos, os autores concluíram que após a distribuição, houve um aumento de respostas certas em todos os grupos.

No Brasil, são vários os estudos (entre os quais, se destacam os de Uchôa *et al.*, 2004, Magalhães *et al.*, 2009 e Genari *et al.*, 2012) que abordam como técnica de partilha de informação a Educação em Saúde nas escolas. Responsabilizando professores e profissionais de saúde em divulgar a informação aos alunos (de diferentes idades) e, por sua vez, a cada aluno a divulgar essa informação aos seus familiares.

Em 2004, Uchôa e colaboradores, através de palestras, atividades de grupo, cartilhas, e cartazes sobre a leishmaniose cutânea dirigidos a alunos do ensino primário e professores de sete escolas do Município de Maricá (Brasil), analisaram o conhecimento da doença. Após as atividades com alunos de uma escola selecionada aleatoriamente com recurso a um questionário a 198 alunos, concluiu-se que 89,9% lembravam-se da doença e 63,1% definiram corretamente o meio de transmissão. Além do grupo selecionado, poucos

professores e alunos conheciam a leishmaniose cutânea (Uchôa *et al.*, 2004: 935-937).

Magalhães *et al.* (2009: 1642) realizaram um estudo sobre o conhecimento da leishmaniose visceral, que envolvia duas amostras de alunos do ensino básico - amostra-controlo (96 alunos) e amostra-teste (92 alunos) - e seus familiares de duas escolas do Município de Minas Gerais (Brasil). A informação foi divulgada por meio de aula expositiva e panfletos, e os 92 alunos também debateram o assunto em casa com os seus familiares. Da análise de questionários realizados antes e após a exposição, observou-se que os alunos e familiares da amostra-teste melhoraram o seu conhecimento em aproximadamente 20%. Na amostra-controlo o conhecimento aumentou cerca de 10% (Magalhães *et al.*, 2009: 1642-1645).

O estudo de Genari *et al.* (2013: 99-107) em três escolas no Município de Birigui (São Paulo, Brasil) é semelhante ao anterior. Contudo, ao grupo de alunos do ensino básico analisado, para além da aula expositiva (com cartaz, afixado mais tarde na escola, e panfletos), ministrou-se uma palestra com um profissional de saúde, e realizou-se um concurso de histórias de banda desenhada e palavras-cruzadas. Notou-se uma melhoria de conhecimentos entre os questionários realizados antes e após a divulgação da informação. Mas, 95,9% dos inquiridos já conheciam a doença humana e visceral (o que os autores explicam pelo facto de viverem numa área endémica da leishmaniose visceral) (Genari *et al.*, 2013: 104).

2. Amostra e Metodologia

2.1. Dados em Estudo

Analisa-se a sensibilidade dos médicos sobre a leishmaniose, uma vez que, dentro da comunidade médica a doença ainda é diagnosticada com reserva (Dujardin *et al.*, 2008: 1016) e existem conhecimentos e discursos médicos distintos. Também se analisa o conhecimento de alunos de ensino universitário, não só pela diversidade discursiva, mas também por se encontrarem em pleno processo de adaptação discursiva dentro de cada grupo científico. A análise do nível de conhecimento da doença por parte da população em geral também permite verificar se é considerável ou não.

Deste modo, distingue-se três amostras em estudo de dados recolhidos de forma anónima:

- **Grupo A.:** 16 alunos portugueses inscritos na Universidade de Coimbra – 8 do sexo masculino e 8 do feminino – com idades superiores a 18 anos, residentes em Portugal Continental;
- **Grupo B.:** 16 profissionais portugueses a exercer medicina – 8 do sexo masculino e restantes do sexo feminino – a residir em Portugal Continental;
- **Grupo C.:** 121 indivíduos de ambos os sexos que se identificaram como portugueses com idades superiores a 18 anos (idade adulta legal) e residentes em Portugal Continental.

Relativamente aos dados qualitativos, para os Grupos A e B foram realizadas entrevistas semiestruturadas consoante a disponibilidade dos entrevistados e adaptadas, em

algumas circunstâncias, a entrevistas de grupo de dois e três indivíduos devido à falta de disponibilidade para uma conversa individual. No grupo estudantil, apenas três tiveram possibilidade de conversa individual, outros três foram entrevistados em conjunto e, os restantes dez foram entrevistados aos pares. No grupo dos profissionais, seis foram entrevistados aos pares e os restantes foram entrevistados individualmente. Procurou-se tratar os dados de forma uniforme. Excetuando um profissional, todos consentiram a gravação das conversas. Todos os médicos foram entrevistados fora do ambiente profissional. O período das entrevistas variou de 7 a 25 minutos - consoante o conhecimento e a receptividade do entrevistado – e foram realizadas entre 8 de agosto de 2014 e 1 de janeiro de 2015.

Foram fornecidas, por escrito e oralmente a todos os inquiridos, informações sobre o estudo, seus objetivos e a utilização dos dados das entrevistas, com o fim de lhes solicitar o consentimento informado (*vide* no Apêndice B), tendo ainda sido realizada uma introdução oral sobre o tema em análise.

No grupo C o inquérito foi realizado com recurso à plataforma digital LimeSurvey, sendo o *link* enviado, em fevereiro de 2014, a diversos contactos de *email* da autora, solicitando aos inquiridos o reenvio a outros contactos eletrónicos. O inquérito permaneceu aberto até à recolha dos dados, confirmando-se ausência total de respostas em janeiro de 2015, e as mesmas foram gravadas na plataforma e posteriormente transferidas para suporte informático, para a sua organização e análise. No Apêndice C, encontram-se as estruturas das entrevistas a estudantes (C.1.) e médicos (C.2.) e do inquérito (C.3.).

Quer no inquérito *online*, quer nas entrevistas, as perguntas apresentadas eram semelhantes, no entanto, a forma como foram expostos os temas questionados sofreu adaptações. Ou seja, as perguntas para os médicos foram mais específicas por, à partida, conhecerem a doença (C.2.); e as perguntas dos estudantes mais adaptadas à possibilidade de casos com conhecimento e desconhecimento da doença (C.1.). As perguntas do inquérito foram divididas em grupos que continham questões mais gerais e mais específicas para os profissionais de saúde (C.3.).

Deste modo, o inquérito teve um total de 30 perguntas, organizadas em cinco grupos, sendo o primeiro sobre informação pessoal do inquirido, o segundo sobre a doença de um modo geral (incluindo perguntas de opinião), o terceiro sobre o diagnóstico, tratamento e prevenção da doença, o quarto sobre o conhecimento de algum caso de leishmaniose humana e o quinto sobre a opinião e sugestões acerca do estudo¹⁷. As perguntas dirigidas a quem tinha

¹⁷ A questão referente aos sintomas de leishmaniose foi baseada na grelha de recolha de dados do estudo de Serrada (2010:

conhecimentos da doença (nomeadamente os profissionais de saúde) foram dez.

2.2. Análise dos dados

Os dados foram transcritos e transferidos para suporte informático para a realização da análise.

O processo de registo das entrevistas foi realizado através da audição e transcrição direta à letra todas as respostas dos participantes para o *software* Microsoft Word for Mac 2011. Todas foram transcritas em documentos separados, incluindo as conversas de grupo. Através do *software* MAXQDA, na versão 11.0, as respostas transcritas foram categorizadas, permitindo uma análise por temas (categorias). Foi tida em atenção a disponibilidade dos inquiridos a responder às perguntas.

O tratamento e análise dos dados do inquérito foi realizado, em separado, através do *software* IBM SPSS, Versão 21.0. Deste modo, após organização dos dados, procedeu-se primeiramente à observação da amostra obtida de modo a perceber que tipo de dados foram obtidos, e sua caracterização. Devido ao facto de em algumas perguntas as respostas serem extensas, para facilitar a análise, foram agrupadas por temas.

Seguidamente, de modo a averiguar a existência de influência entre as respostas ao longo dos questionários – como por exemplo se a presença de animais de estimação influenciaria o reconhecimento da leishmaniose – procedeu-se ao teste estatístico no *software* IBM SPSS de análise da existência de diferenças estatisticamente significativas de modo a provar a dependência ou independência das variáveis a observar na amostra – o Teste Qui Quadrado (χ^2).

3. Análise e Discussão dos Resultados

3.1. Conversando sobre Leishmaniose Humana

Num total de 16 indivíduos estudantes inscritos na Universidade de Coimbra, oito do sexo feminino e restantes do sexo masculino, com idades compreendidas entre 19 e 28 anos, alunos inscritos em licenciaturas e mestrados, nas Faculdades de Ciências e Tecnologia (quatro alunos), Psicologia e Ciências da Educação (seis alunos), Direito (três alunos), Letras e Economia (um aluno respetivamente), três eram residentes na região de Lisboa e Vale do Tejo (nas cidades de Leiria, e Tomar), um na região Norte (Porto), e restantes na região Centro (Coimbra (nove indivíduos), Tondela, Aveiro e Figueira da Foz).

Dos indivíduos que tinham animais domésticos, ou que já tinham tido, nomeadamente cão (13 indivíduos, entre os quais sete tinham cão e um já tinha tido um cão, todos residentes em Coimbra, Aveiro e Leiria), apenas dois já tinham ouvido falar da leishmaniose humana e canina (residentes em Coimbra) e três apenas tinham ouvido falar da leishmaniose canina (Coimbra e Leiria), os restantes oito desconheciam totalmente a doença (destes, cinco tinham como animal doméstico o cão, entre outros). Dos que não tinham animais (três indivíduos residentes em Tondela, Figueira da Foz e Coimbra), apenas um já tinha ouvido falar da leishmaniose humana e canina, e outro reconheceu o nome mas não soube identificar onde já tinha ouvido falar.

Por outro lado, o grupo médico, constituído por 16 indivíduos residentes em Coimbra e Porto, onde 11 eram da especialidade de Medicina Interna (residentes no Porto), três de Doenças Infecciosas (Coimbra), um de Internato Geral (Mirandela), e um de Gastrenterologia

(Porto). Todos os profissionais já tinham conhecimento teórico da doença humana, no entanto, apenas dois tiveram conhecimento da doença antes da licenciatura (um pela veterinária e outro por familiar médico ter tratado alguns casos), sete tiveram experiência de pelo menos um caso de leishmaniose visceral e um (aquando a entrevista) tinha suspeita de um caso de leishmaniose visceral. Destes, apenas dois não tinham ou tiveram animais domésticos, nomeadamente cães.

Seria desejável que a recolha de entrevistas fosse alargada a outros grupos, quer diferentes grupos estudantis – representantes de todas as faculdades da Universidade de Coimbra, por estarem em processo de “*enculturation*” (Helman, 2007: 121) –, quer de diferentes especialidades médicas – incluindo a Medicina Geral e Familiar e a Saúde Pública por terem maior contacto com o doente, suas famílias e comunidades (Helman, 2007: 123) –, pois no caso das especialidades médicas, estas são subgrupos especializados dentro do conhecimento médico resultantes da relação entre o conhecimento teórico e a prática profissional (Helman, 2007: 98; Serra, 2007: 115-120). Mesmo sendo um grupo distinto com modelo de discurso e normas próprias, este grupo inclui subgrupos mais específicos. Isto acaba por se estender a outras formas de saber; a outras práticas discursivas, como por exemplo, as engenharias, a filosofia, a psicologia e até a antropologia.

Sobre a possível coexistência desta patologia com outras, todos os alunos responderam positivamente, sendo que três referiram a infeção por HIV como um possível exemplo, pelo facto do sistema imunitário estar mais debilitado. Por outro lado, nem todos os profissionais afirmaram positivamente (dois indivíduos), mas dos que afirmaram, entre as respostas sobre doenças imunodepressoras, referiram a infeção HIV, a hepatite, e a leptospirose como exemplos específicos.

Após as duas primeiras perguntas e a informação inicial, fornecida oralmente, sobre a leishmaniose (dados epidemiológicos mundiais e nacionais, principais tipos de leishmaniose humana, vetor da doença e hospedeiros) solicitou-se aos estudantes para classificarem numa escala de 1 a 5 (1 - nada grave; 5 - muito grave) o nível de gravidade da doença para a população. As respostas foram diversas, havendo até participantes que classificaram em separado os tipos de leishmaniose. Ou seja, apenas uma pessoa classificou a doença com nível 2 de gravidade, justificando-se com a falta de conhecimento que tem sobre a ela e o facto de não haver contágio direto de cão-humano. Também apenas uma pessoa atribuiu nível 5 de gravidade, justificando-se pelo facto da possibilidade da leishmaniose cutânea ser desfigurante e, de no caso da leishmaniose visceral poder ser fatal se não for detetada a

tempo. Dos restantes, cinco indivíduos classificaram com nível 4; sete classificaram com nível 3; e dois classificaram os tipos da doença individualmente – ambos consideraram a leishmaniose cutânea como a menos grave (nível 2), à visceral deram um nível de 4-5, e quanto à mucocutânea, um considerou nível 5, por ser desfigurante, e o outro deu um nível intermédio (3), pois considerou a visceral, a mais grave, por afetar os órgãos internos. As justificações comuns foram sobre: a discrepância dos poucos casos nacionais e os muitos mundiais; o risco da população por conviver com o cão; embora com tratamento, o risco de fatalidade e ser desfigurante; falta de informação; e ser uma doença pouco estudada.

Observa-se em pelo menos dois indivíduos que as suas classificações do nível de gravidade resultaram da análise do contexto em que o país se encontra, ou seja, no número de casos existentes (**a.**); e da influência dos sistemas de comunicação sobre o que define o nível de gravidade da doença, ou seja sobre o seu conhecimento da leishmaniose (**b.**) - indo ao encontro dos conhecimentos de saúde e doença influenciados pela informação fornecida pela comunicação social, segundo Duarte (2002:13). Eis duas respostas:

a. “Eu atribuiria um 4, tendo em conta que não há assim tantos casos no nosso país. Mas, ainda assim [há] aquela questão de ser ou não ser tratada [o que] aumenta a gravidade. E depois... Lá está, o número de casos influencia, porque no nosso país pode ser de nível 3, e no Brasil ser de nível 5, por exemplo [...]”
[Aluna da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação]

b. “Acho que o valor que eu daria [seria] a nível do que conheço da doença e se me dissesse “qual é que é mais grave? ébola ou leishmaniose?” Eu acho que responderia ébola, pois somos bombardeados pelos media. E a leishmaniose... ninguém fala e mesmo assim nos animais e como contágio não é através [de cão para humano] pelo que está descrito na bibliografia que referiste; eu dava um 2 ou coisa assim. Se me deres uma doença como comparação... sei lá... tipo a malária... de certo modo é parecida mas, vá lá... eu escolheria a malária, pois não há informação que me leve a considerar a leishmaniose. Que é grave é... Para alguns países é... mas para nós não é grave e pelo conhecimento que nós temos, que é quase nenhum, não é? Não é grave, para mim não é grave, nunca me afetou, não conheço ninguém que tenha sido afetado, não conheço nenhum animal que tenha sido também afetado, por isso não é grave. Mas tenho a perceção que aquelas faladas pela comunicação social tenham uma conotação muito mais grave, que é uma coisa...” [Aluna da Faculdade de Ciências e Tecnologia]

Destacam-se mais dois fatores. Primeiro, para responder à pergunta sobre o nível de gravidade da doença e sobre a coinfeção, um dos estudantes associou as suas respostas ao conhecimento que tinha da leishmaniose canina e à sua experiência de nadador-salvador (trabalho a tempo parcial) (Informante **c.**). Segundo, três dos alunos que classificaram com nível 4 de gravidade, deram, de um modo geral, as mesmas justificações que outros três que justificaram com nível 3, sendo a mais comum o facto do número de casos a nível nacional não ser elevado. Isto permite demonstrar que cada indivíduo tem um modo distinto de ver e

definir (a gravidade da) doença que depende não só da perceção da doença (das experiências pessoais e coletivas e da informação fornecida por médicos e pela comunicação social), mas também do contexto económico, social e cultural, no qual os sintomas de uma determinada doença surgem (Duarte, 2002: 13; Helman, 2007: 126; Pfuetzenreiter, 2001: 7). Deste modo observa-se a seguinte resposta do Informante **c.**:

c. “É assim, [...] um senhor que nunca bebeu, nunca fumava, detesta açúcar e tem diabetes, e tinha glaucoma também, ele tinha o corpo doente. Por isso, acredito que a pessoa possa ter outro problema. [...] como infeta o sistema imunitário pode perfeitamente contrair pneumonia, infeção bacteriológica, pode ter outra coisa para agravar mais. O meu melhor amigo, foi o único caso de gripe A em Coimbra que morreu, teve patologias ao longo da vida, um dia foi ao ESEC, apanhou uma pneumonia e embora já tivesse gripe A, foi de pneumonia que ele morreu, porque a gripe A deixou o sistema imunitário em baixo.” [Aluno da Faculdade de Ciências e Tecnologia]

Sobre os procedimentos médicos perante um caso de leishmaniose, todos os estudantes, embora tenham demonstrado dificuldade em responder, sugeriram isolamento do doente; tratamento; recolha da história familiar e de possível exposição de risco; e informação sobre a doença e apoio físico e psicológico. Apenas um indivíduo (embora com dúvidas) referiu a notificação como um possível procedimento médico – “*Não faço ideia. Será que devem notificar? Para além disso tratar?*” [Aluna da Faculdade Ciências e Tecnologia]. Relativamente à informação sobre a doença e ao apoio psicológico, de notar que foram respostas mais comuns entre os alunos da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação (e um das Faculdades de Letras e de Ciências e Tecnologia, respetivamente). Isto pode estar relacionado com a possibilidade de, durante a formação académica, terem adquirido conhecimentos que os levassem a refletir sobre a importância da informação e do apoio ao doente. E sendo assim, é possível observar (mais uma vez) a tal especialização de conhecimentos e discursos descrita anteriormente. Observam-se as seguintes justificações:

d. “*Eu acho que deve tratar e dar apoio ao doente e, tentar informar os familiares para os riscos de infeção e ajudá-los a apoiar o doente, pois, se a cutânea surge por úlceras na pele, penso que deve ser desfigurante.*” [Aluna da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação]

e. “*Não, mas atendendo ao pessoal que não conhece ou sabe, acho que a primeira coisa será explicar o que é e o que não é, e o que se pode, ou não, fazer. É assim, eu não sei nada sobre o que é a leishmaniose, por isso, essa será a primeira coisa a fazer. Não é chegar lá e “olhe tem isto”, e a pessoa fica a olhar e não sabe o que é, e [por isso é] explicar e ajudar a perceber o que é a doença.*” [Aluna da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação]

Quanto aos médicos, ao serem questionados sobre a existência de procedimentos nacionais específicos da doença, quase todos admitiram que não existem. Um deles explicou,

que a criação de protocolos depende do número de casos existentes, e argumentou, que no caso desta doença, dado o escasso número de casos, não havia justificação para a sua criação. Porém, houve quem referisse a existência de procedimentos na Direção Geral da Saúde (DGS) (exceto para diagnósticos) e nos manuais, e protocolos internacionais –um médico aquando do aparecimento do caso de leishmaniose visceral (em doente hepática), procurou por procedimentos em *sites* de organizações estrangeiras, como UpToDate^{xvi} e o Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

Ao longo das entrevistas, observou-se que apenas um médico valorizou a situação psicológica em que a doente se encontrava perante o desconhecimento da patologia – “*A doente que nós tivemos, [...], de facto, já estava desesperada: já há quatro semanas internada não se chegava a diagnóstico*” [Médico da especialidade de Medicina Interna]. O facto de a maioria dos profissionais não referir a importância do estado psicológico do doente vai ao encontro da definição biomédica da doença descrita por Duarte (2002: 32) e Pfuetzenteiter (2001: 1).

Dada a crescente utilização de terapêuticas alternativas, nos últimos 20 anos (WHO, 2001: 3), considerou-se solicitar aos inquiridos, opinião sobre a utilização das medicinas alternativas para tratamento da doença (isolado ou em conjunto com a terapia química). Entre os médicos, pelo menos oito admitiram ter poucos conhecimentos ou experiência das medicinas alternativas. No entanto, alguns consideraram que utilizando em conjunto com os tratamentos químicos poderia atenuar os efeitos secundários provocados com a quimioterapia e, assim melhorar a qualidade de vida do doente (quatro indivíduos), outros argumentaram que os resultados dependiam do tipo de terapia alternativa e da resposta do organismo doente. Pelo menos três eram totalmente contra a sua utilização, sendo que, para um deles, era uma perda de tempo, e outro, argumentou, que ainda não se tinha comprovado os resultados das medicinas alternativas. Seguem-se algumas respostas referentes ao exposto:

f. “*Penso que desde que façam a terapêutica também. Agora só a medicina alternativa, os resultados... ainda não foram comprovados os verdadeiros efeitos das medicinas alternativas e para uma doença que no organismo tem um desenvolvimento rápido não concordo de todo com a utilização dessa terapia.*” [Médica da especialidade de Medicina Interna]

g. “*Eu não tenho grande experiência no uso de medicinas alternativas, a não ser que seja em simultâneo com a toma do medicamento. Mas, para isso era preciso que mostrassem eficácia. É que o uso da medicação é comprovado cientificamente, ou seja, foi submetido a testes, ensaios, etc. As medicinas alternativas, por outro lado, dependem muito da resposta individual... de cada doente. É uma questão de princípio, o impacto que as medicinas alternativas têm sobre as pessoas doentes.*” [Médico da especialidade de Medicina Interna]

h. “*Teria que se ter uma justificação forte para [que a terapia alternativa] complementasse [o tratamento]. Mesmo com fármacos potentes, as taxas de sucesso de tratamento não são 100%; estar a sugerir*

terapias complementares, não me parece... Na literatura há umas formas assintomáticas e umas coisas subagudas e aí talvez, mas, não me parece que seja fácil tratar com medicinas alternativas. As duas juntas sendo as medicinas alternativas para melhorar a qualidade de vida do doente, aí sim, numa neoplasia [em caso de] HIV, como complementar. Mas, numa situação semi-aguda aí temos que ir aos fármacos que dão logo uma resposta rápida. Agora em meio hospitalar aliar o tratamento a uma boa alimentação, etc. ... mesmo assim, a acupuntura, por exemplo, e a homeopatia, não tenho conhecimento disso.” [Médico da especialidade de Doenças Infeciosas]

i. “Lá está, as medicinas alternativas ... é preciso conhecer outros métodos. Como uma terapia extra, dado que o[s] efeito[s] secundário[s] mais comum[s] são as náuseas e vômitos. É o que os doentes descrevem mais. Se há alguma das medicinas alternativas que poderá ajudar no controlo desses sintomas, acho que assim tem lógica ajudar. Agora em curar uma infeção em si não estou a ver como, até porque, lá está, quando são coisas de problemas neurológicos, problemas vasculares em que eu acredito que haja alguma ajuda, pode ser usada. Mas, quando temos um “bicharoco” que está a dar uma infeção não estou a ver como é que... não... nós quando temos que eliminar mesmo aquele “bicharoco” temos que recorrer à química, uma coisa que o elimine.” [Médico da especialidade de Medicina Interna]

Os estudantes, apesar de admitirem poucos conhecimentos sobre as medicinas alternativas, consideraram possível a utilização desta terapia no caso de a medicação ser dolorosa; como medida preventiva; e para melhorar psicologicamente a qualidade de vida do doente. Sugeriram a criação de ensaios clínicos para testar a eficácia das medicinas alternativas (Informante **j.**), e também a utilização de canabinóides para a diminuição das dores (Informante **k.**):

j. “Mas já testaram? [...] O tratamento químico tem muitos efeitos nocivos, presumo. Eu concordo com isso, a questão é isso de testar nos animais, mas de facto se trouxer benefícios, porque não? Peço menos, surgirem ensaios clínicos numa primeira fase, para testar se realmente funciona. Os químicos têm outros efeitos, e pelo menos se outras medicinas forem aplicadas para melhorar a qualidade de vida do doente, sim acho que sim.” [Aluno da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação]

k. “Se for acupuntura, sou totalmente a favor [por]que eu já fiz acupuntura, só fiz uma vez e adorei. Não tive oportunidade de fazer mais, mas pelo menos melhora a vida de uma pessoa e bastante. [...] qualquer tratamento para humano concordo tanto a química para tratar, como para ajudar sou mesmo a favor (não digo voltar a fumar erva), mas fumar uns canabinóides para diminuir as dores. Já há vários tipos de terapias que são através de fumar charros, mas que pode melhorar a qualidade de vida do doente, mesmo que vá para lá do ponto de vista legal. Mas o que interessa é melhorar a qualidade de vida da pessoa. Ainda me lembro de uma notícia que vi esta semana (passada nos EUA), que uma criança que tinha cancro e o pai lhe dava óleo de cannabis. O que é certo é que ele está preso e a criança que estava melhor, está agora a piorar e provavelmente vai morrer.” [Aluno da faculdade de Ciências e Tecnologia]

No que diz respeito ao Informante **k.**, nota-se que a experiência vivida relativamente à medicina alternativa influencia a total concordância da utilização da mesma, chegando mesmo a valorizar os benefícios de substâncias ilegais para melhorar a qualidade de vida do doente. Este exemplo vai ao encontro da definição subjetiva da doença, baseada nas

experiências sociais e pessoais do indivíduo (*illness*) (Helman, 2007: 126) e que, conseqüentemente, determina o seu nível de cultura médica (Duarte 2002: 15-16).

Os alunos que não concordaram com o uso das medicinas alternativas, argumentaram que a sua utilização não iria trazer benefícios, que dependia da resposta do organismo e da gravidade da doença, e também que, em Portugal, o uso das medicinas alternativas está pouco desenvolvido.

O diagnóstico de leishmaniose, é feito através de observação clínica e de testes laboratoriais parasitológicos e serológicos (WHO b., 2014), e existem vários tratamentos. Assim sendo, considerou-se pertinente pedir opinião aos profissionais de saúde sobre o diagnóstico da doença, e sobre o tratamento a ser utilizado em Portugal. Notou-se uma discrepância de respostas, nomeadamente, para quem já esteve em contacto com doentes, em contraste com quem não tinha experiência de casos de leishmaniose. Ou seja, a maioria dos que não tinham tido contacto com a doença (um da especialidade de Doenças Infeciosas e os restantes de Medicina Interna e Gastroenterologia), admitiu não ter conhecimentos para responder sobre os temas, argumentando a necessidade de investigar sobre técnicas de diagnóstico e tratamento, sendo provável a dificuldade de diagnóstico. Um deles considerou que não é um diagnóstico difícil – *“Que me lembre não, acho que é simples. Porque através de critérios biológicos se consegue facilmente... Tem que ter uma suspeita do diagnóstico e depois teria que pedir os normais.”* [Médico da especialidade de Gastroenterologia]. Um dos médicos explicou, que a experiência em casos desta doença, permitiria a sua sensibilização, pois a doença não é descrita com sintomas típicos, sendo por isso um fator que influencia a sua identificação. Embora não tenha tido contacto com pessoas doentes, um médico da especialidade de Doenças Infeciosas, explicou que perante casos de infeção por HIV, é usual a requisição de análises para descartar a doença.

Em contraste, para quem teve experiência de casos, notou-se maior facilidade no discurso. Essa situação é observável entre os especialistas de Doenças Infeciosas, não só pela especificidade dos diagnósticos, como também nos tratamentos, como se observa na resposta do Informante I.:

I. *“O que nós fazemos sobretudo é aspiração de medula óssea; biopsia hemática também, e... raramente biopsia esplénica, mas também, esta não somos nós que as fazemos, [...]. Mas o que pessoalmente fiz foi a aspiração de medula óssea e biopsia hepática. [...] O mais utilizado é a anfotericina B, penso eu [...] Para nós das doenças infecciosas perante algumas características pensamos sempre nela. Uma pancitopenia febril, um doente com heptosplenomegália, com febre, é sempre uma hipótese a colocar. Agora isso depende das outras especialidades, se calhar não pensam logo primariamente... A que ocorre mais necessariamente, também, isto tudo da parte visceral, que é mais em imunodeprimidos embora possa ocorrer também em pessoas imunocompetentes, pois há a leishmaniose cutânea e aqui temos comum em crianças e depois, em contexto de viagem, aí também temos porque há zonas do mundo onde têm grande prevalência quer a*

leishmaniose cutânea ou mucocutânea ou visceral. Porque a visceral é endêmica em Portugal, nas bacias hidrográficas do Douro, no Baixo Mondego. [...] Muitos dos casos, às vezes, que são diagnosticados até em dermatologia, há pessoas que vão fazer uma aspiração de medula óssea por suspeita dermatológica e depois quem vai ver a lâmina vê as formas amastigotas da medula e depois vêm falar conosco. Portanto há situações em que o diagnóstico é acidental.” [Médico da Especialidade de Doenças Infeciosas]

As exceções foram: um médico de Medicina Interna, que tinha, na memória a experiência do caso que seguiu, e outro, da mesma especialidade, que tinha suspeita de um caso aquando da entrevista. Todos afirmaram, que o diagnóstico é geralmente difícil – faz-se geralmente por exclusão (Informante **m.**) –, alegando o pouco conhecimento da doença, e da importância da suspeita (Informante **n.**), dos problemas da fiabilidade dos testes utilizados (falsos positivos e falsos negativos), e o facto da prevalência de casos, ser baixa:

m. *“Sim é uma doença por exclusão. [...] nós procuramos pelas mais frequentes e depois é que levamos à doença. O quadro típico que eles [UptoDate e CDC] descrevem sempre que é a chamada pancitopenia, [...] fígado e baço grande e hepatomegalias, mas isso dão para muitas patologias. No caso desta doente surge um quadro de pancitopenia, tinha anemia, trombocitopenia, mas o fígado era transplantado e por isso tinha o fígado normal e o baço também estava normal. Ou seja, andamos à volta de causas de pancitopenia. E [há todo um] conjunto de infeções que são mais frequentes do que propriamente a leishmania e foi mesmo um diagnóstico de última linha. Só ao fim de quatro semanas [...] Eu utilizei a anfotericina B lipossómica e depois... é o mais recente até, aliás é atualmente o que eles recomendam em primeira linha. O esquema dela é que é diferente porque sendo uma doença imunossupressora... Eu não quero errar, mas as recomendações da CDC que nós seguimos, para os doentes imunocompetentes [...] Os esquemas mudam consoante o tipo de doente.” [Médico da especialidade de Medicina Interna]*

n. *“Acho, até porque o conhecimento não é muito. Como não temos muitos casos, temos que ter de certo modo uma suspeita para chegar ao diagnóstico. Temos que investigar nós próprios. Normalmente, e foi o que pedi nesta suspeita, é um diagnóstico serológico. O que sei é que é o mais prático e o mais económico. [...] O que me interessa é mais a parte inicial, depois a partir daí é tentar perceber “esta doença pode enquadrar neste género nesta patologia”, etc. A partir daí aprofundamos mais. Mesmo que soubesse mais sobre a doença, mesmo assim teria que pesquisar porque, muitas vezes a ciência evolui de tal forma que nós temos que pesquisar porque nunca conseguimos ter o conhecimento atual. Nas doenças mais comuns, é claro que temos as noções, sintomas e diagnósticos mais presentes, mas nas doenças incomuns é preferível fazer uma pesquisa bibliográfica.” [Médico da especialidade de Medicina Interna]*

O testemunho do Informante **l.**, comprova a importância, não só da especificidade de conhecimento dos subgrupos de medicina (o que acontece com a especialidade de Doenças Infeciosas, em contraste com as restantes), mas também, da prática profissional, adquirida ao longo dos casos de leishmaniose (Serra, 2007: 116-120) (tal como nos casos descritos pelos Informantes **m.** e **n.**). Assim como, da interação entre as diferentes especialidades – “às vezes, [...] há pessoas que vão fazer uma aspiração de medula óssea por suspeita dermatológica e depois quem vai ver a lâmina vê as formas amastigotas da medula e depois vêm falar conosco”, [Médico de Doenças Infeciosas]. Porém, estas opiniões sobre o diagnóstico e tratamento da doença, são concordantes com a falta de

informação e sensibilização da leishmaniose entre a população médica, como defende Dujardin *et al.* (2008: 1016).

Dada a falta de informação por parte dos médicos, seria de considerar a criação de uma linha de apoio telefónico a médicos à semelhança da que existe em França.

Ao solicitar opinião sobre a possível criação de uma vacina para humanos – tendo já sido criada uma para os cães (Madeira, 2011) – as respostas nos dois grupos (estudantil e médicos) são semelhantes. Apenas três médicos concordaram totalmente com a criação de uma vacina (um deles argumentou que o número de casos está a aumentar, devido essencialmente ao novo meio de transmissão – a partilha de seringas). Os restantes concordaram com a criação de uma vacina para países ou zonas do mundo com grande número de casos ou em casos específicos de risco: doentes em risco de infeção, trabalhadores em contacto com os reservatórios e viajantes. No entanto, quatro inquiridos, levantaram a questão dos custos e da possível indisponibilidade monetária da indústria farmacêutica em investigar e criar uma vacina para esta doença. Referiram ainda que, em determinados países endémicos, a capacidade económica não seria suficiente para a aplicação de vacinas.

No grupo estudantil, pouco mais de metade (nove indivíduos), concordaram com a criação de uma vacina para países endémicos, ou para aqueles que tivessem de se deslocar a um local endémico, mas não para Portugal, alegando a questão dos elevados custos da sua criação e os possíveis efeitos adversos que poderia provocar. Um aluno levantou a hipótese de vacinação paga só para os viajantes. Dos restantes que concordavam, um aluno sugeriu a adaptação da vacina existente dos cães para humanos.

Sobre o conhecimento de medidas preventivas para esta e outras doenças transmissíveis por vetores, nove alunos referiram impedir o contacto com os insetos através de redes mosquiteiras e sprays para afastar os insetos e o evitamento de zonas de proliferação dos insetos (em especial zonas de maior calor e águas paradas) (quatro alunos); e a proteção e vacinação animal (dois alunos). Dois alunos interligaram as medidas que referiam à malária e à dengue. Uma aluna discordou com a divulgação das medidas preventivas, pois iria causar alarmismo por parte da população. Sete alunos admitiram não conhecer medidas preventivas. Considerou-se importante mostrar o póster realizado pela OMS (**Figura 2**), solicitando opiniões sobre o mesmo. Treze alunos consideraram o póster “interessante” – um deles considerou-o útil como meio de divulgação entre as populações; outro admitiu que não conhecia algumas das medidas. Ao mostrar o póster da OMS aos entrevistados, observou-se ausência de conhecimento do mesmo.

No grupo médico, solicitou-se opinião sobre as medidas da OMS, sendo que nove consideraram que eram suficientes - embora três alertassem para a necessidade de as fazer cumprir (Informante **o.**); e um alertasse para a importância de avaliar os resultados dessas medidas de acordo com o contexto de cada população. Dois consideraram importante a divulgação dessas medidas e dos riscos de ser infetado (Informante **p.**); outro não as considerou suficientes sugerindo a criação de medidas para os animais; e dois reconheceram desconhecimento de medidas preventivas.

o. “Desde que se cumprisse o que eles mandam fazer era o suficiente [...] dos 80 e tal países em que é endêmica muitos são em via de desenvolvimento, se nós melhorássemos as condições de vida em África, de higiene, coisa tão simples como medidas idênticas à malária. Poderiam ajudar.” [Médico da especialidade de Doenças Infecciosas]

p. “[...] Mas esta preocupação nem é desta doença é de todas cujo vetor é o mosquito. Fora de Portugal a preocupação é mesmo essa de informar este tipo de medidas. Aqui em Portugal a mensagem passa por informar sobre os cuidados com os seus cães em determinadas zonas do país e, não passa muito mais por aí. Acho que a DGS deveria informar mais e passar o alerta sobre os riscos e consequências de ser infetado.” [Médica da especialidade de Medicina Interna]

O Informante **o.** ainda vai mais longe: primeiro, referindo à falha dos sistemas de vigilância dos serviços de Saúde Pública expostos por Gubler (1997 *in* Abrantes e Silveira, 2009: 77), e segundo, referindo a necessidade de alterações nas condições de vida dos países mais endêmicos – a maioria em desenvolvimento (Dujardin *et al.*, 2008: 1016). O Informante **p.**, na referência à importância da DGS de informar mais sobre a doença, comprova o reconhecimento da falta de divulgação da doença.

Antes de apresentar oralmente um trabalho bibliográfico (Serrada, 2010) que refere a existência da subnotificação nacional, a fim de instigar opiniões e sugestões sobre este assunto, tentou averiguar se os estudantes tinham conhecimento da existência desta doença na Lista Nacional de Doenças Transmissíveis de Declaração Obrigatória. Nenhum dos participantes tinha conhecimento e pelo menos sete admitiram desconhecimento da existência da própria lista.

Sobre possíveis motivos da subnotificação da doença, as respostas, no presente estudo, foram diversas. Para além de identificarem o médico como o responsável pelas notificações, as justificações dos alunos para a existência da subnotificação foram: falha de articulação da DGS com os profissionais e com a OMS; falha informática e informação; falta de conhecimento e consciencialização dos médicos quanto à obrigação de notificar a leishmaniose; existência de poucos casos; não ter a representação social que outras doenças infecciosas como a sida e a tuberculose, têm; falta de protocolo; desleixo; diagnósticos mal

realizados e intenção de criar pouco alarmismo. Por isso, sugeriram investigação dos motivos da subnotificação; criação de melhores técnicas de divulgação; sensibilização dos médicos para a obrigatoriedade de notificar determinadas doenças, mediante, por exemplo, formação em hospitais e centros de saúde; retificar os conceitos de ética; realizar mais estudos com o fim de demonstrar a sua seriedade; criar sistemas de controlo; e obrigar à confirmação desses diagnósticos de leishmaniose. A maioria dos médicos justificou a subnotificação com o problema de conciliação do tempo clínico e com a burocracia. Outros médicos alegaram o possível desconhecimento da obrigatoriedade da sua notificação; o possível esquecimento; possíveis dúvidas com o novo sistema de notificação das doenças¹⁸ (Informante **q.**); falta de preocupação dos serviços hospitalares (Informante **r.**); e descuido por considerarem a leishmaniose uma doença sem risco de transmissão interpessoal (Informante **s.**). Os seguintes excertos de entrevistas atestam algumas das questões descritas:

q. “Não querendo culparmo-nos ou desculparmo-nos, por vezes é a carga de trabalho e papéis... o atual sistema de notificação [...] é eletrónico, o que facilitou alguma coisa, mas mesmo assim, não é tão simples quanto era antes, mesmo assim aumentou mais as perguntas, o papel demoraria 5 minutos a preencher e agora 10-15 minutos, levando tudo certinho, muitas das vezes meia-hora para preencher a notificação da doença. Portanto, burocracias e o duplicado de papéis, por exemplo no caso de um doente que tivesse leishmaniose e HIV, teríamos que notificar pelo menos em dois sistemas: declaração na leishmaniose e no HIV, portanto facilitou os antigos papéis, mas apesar de tudo veio transformar um grande número de notificações.” [Médico da especialidade de Doenças Infecciosas]

r. “[...] no nosso setor, que é dirigido pelo Dr [...] e pela Dra [...], há a preocupação de imprimir a lista de doenças de declaração obrigatória para ter uma coisa sempre presente, porque as mais comuns já sabemos, mas é uma lista grande e algumas doenças que nós consideramos pouco importantes, mas que são de notificação obrigatória e são de extrema importância e portanto...acho que há sempre uma, pelo menos, no meu setor, mas entretanto tem havido pouco, também, não sei se as pessoas não se lembram ou estão demasiado ocupadas, [...]” [Médico da especialidade de Doenças Infecciosas]

s. “Sim, isso é verdade. Nós não notificamos todos os casos de leishmaniose, mas principalmente por falta de disponibilidade nossa. Pode ser uma doença de notificação obrigatória, por acaso não sei dizer com toda a certeza, mas não notificamos. Nós estamos muito motivados para notificar, por exemplo a tuberculose, que tem riscos propriamente maiores para a Saúde Pública. A leishmaniose nós não notificamos, também não existe risco de transmissão interpessoal e como não há [...], nós descuidamo-nos dessa parte e não notificamos. [...] também passa pela disponibilidade em termos de tempo, nós aqui temos outras doenças que temos obrigatoriamente que declarar, porque constituem um risco para a comunidade, de risco de transmissão interpessoal. Isto não acontece só com a leishmaniose visceral, acontece com outras doenças. Portanto as únicas que notificamos seguramente são a tuberculose e a infeção HIV. Com o trabalho que temos hoje em dia, eu não consigo estar a fazer a minha atividade assistencial, estar a fazer as consultas no meu horário

¹⁸ O atual sistema de notificação *online* que permite aos profissionais declarar as ocorrências das doenças transmissíveis de notificação obrigatória às autoridades de saúde local designa-se por SINAVE (Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica) (DGS, 2011)

normal, ver as pessoas e fazer as questões burocráticas é praticamente impossível. Daí a nossa sensibilidade de notificar as doenças que têm maior risco. Podem gerir questões muito importantes no caso de uma correlação com a medicina veterinária, teria muito interesse que notificássemos.” [Médico da especialidade de Doenças Infecciosas]

A resposta do Informante s., não só demonstra, a reflexão sobre a importância de notificar, levantando uma hipótese de análise veterinária correlacionada com a medicina humana, como é um exemplo sobre a incerteza da leishmaniose ser de declaração obrigatória. Também demonstra que a subnotificação não é única para a doença em estudo, porque o serviço onde trabalha apenas tem mais cuidado em notificar a tuberculose e o HIV, em detrimento das 60 restantes de declaração obrigatória¹⁹. A partir desta resposta, e das justificações dos médicos referidas anteriormente (sobre o desconhecimento da obrigatoriedade de notificação), teria sido importante confirmar, entre os entrevistados, se estes, tinham conhecimento da obrigatoriedade da declaração.

As soluções, na sua maioria, foram ao encontro do que alguns estudantes universitários sugeriram: alertar para a importância da sua notificação (da leishmaniose visceral e de outras de declaração obrigatória) através de divulgação da lista, por *email*, em cartazes, panfletos e redes sociais, nos locais de trabalho. Outras sugestões foram a criação de penalização para os que não notificavam; sistema de alerta realizado através dos laboratórios que fazem os diagnósticos; maior divulgação da doença, simplificação do sistema de notificação *online*; centralização da responsabilidade de inspecionar as declarações realizadas pelos diretores de serviço ou responsáveis de unidades; realização de relatórios a enviar a cada serviço hospitalar a informar o número de notificações que foram realizadas; e codificar todos os doentes – “[...] Por exemplo, todos os doentes internados são codificados mas nenhum doente que esteja a ser seguido por uma consulta externa é codificado e vale para a notificação em geral.” [Médico da especialidade de Medicina Interna].

Para a população em geral, quatro alunos não concordavam em informar a população sobre a doença, sendo que um, não considerava economicamente viável, dois consideram mais importante informar a população médica e testar a eficácia do novo sistema de notificação, e outro, considera mais importante informar dentro da área da medicina veterinária. Os restantes, concordavam com a divulgação para a população em geral, alguns dos quais sugeriram iniciar a divulgação em zonas mais endémicas; outros, iniciá-la de modo progressivo, para não causar estado de pânico na população; e outros fazê-la em conjunto com outras doenças do mesmo tipo. Houve quem concordasse mais com a divulgação da

¹⁹ Cf. *Diário da República*, 2.ª série—N.º 82—29 de abril de 2014, Parte C, Despacho N.º 5681-A/2014, Ministério da Saúde

doença do que com a vacinação, defendendo a importância da mudança de comportamentos de risco.

Quase todos os médicos concordaram com a divulgação de informação da leishmaniose para a população em geral, argumentando vantagens no diagnóstico (uma população mais desperta, ajudará o médico a suspeitar e a solicitar diagnóstico) e mudanças de comportamento – argumento comum para o estudo de Neves *et al.* (2007: 47, 52) no caso da leishmaniose canina. Dois médicos sugeriram começar pela população com animais e passar para a população em geral, e iniciar em zonas endémicas alargando para o resto do país.

No entanto, como se observou no grupo estudantil, alguns médicos sublinharam a importância de informar com cautela. A resposta do Informante **t.**, relata as consequências de uma má informação numa doente de leishmaniose:

t. “A doente que nós tivemos, alguém ter-lhe-á dito que... [...] “ai você”, não fomos nós porque ainda não tínhamos falado com a doente, creio que até foram os auxiliares que lhe disseram, “ ai você tem aquela doença que dá nos gatos e cães”, o que é lhe aconteceu: no dia seguinte descobrimos que a mulher tinha mandado o marido expulsar os cães e os gatos de casa. Por isso é que eu considero informar a população, mas é preciso informar com algum senso porque se dissermos assim, os canis podem ficar cheios de cães e gatos [...], porque é preciso ter algum bom senso. [...] De forma global, para todos, é preciso ter muito cuidado com o tipo de informação.” [Médico da especialidade de Medicina Interna]

Apenas um médico não considerou a divulgação economicamente viável.

No caso hipotético de uma campanha de Educação em Saúde, os participantes foram solicitados a sugerir medidas. As respostas foram concordantes entre os dois grupos (médico e estudantil). Ou seja, quatro alunos e três médicos consideraram importante a divulgação organizada de acordo com os estudos, mas sobretudo com a idade, sendo que os primeiros a quem deveria ser divulgada a informação seriam as crianças – através de papéis informativos de interpretação rápida e prática; formação de pessoas para informar as crianças; *powerpoints* com imagens; exibição do inseto transmissor da doença – e depois os idosos²⁰, adolescentes e adultos. Um aluno e seis médicos, consideraram importante uma definição geográfica da doença (primeiro da leishmaniose canina e depois da humana), começando pelas zonas mais endémicas do país e alargando para o resto do território. Um aluno e dois médicos consideraram a eliminação do vetor uma primeira medida a tomar, sendo o cão (segundo a aluna) o que está mais em risco. Uma médica sugeriu a vacinação do maior número de cães possível, sensibilizar os donos dos animais e eliminar as zonas de proliferação dos vetores.

²⁰ Um aluno sugeriu o oposto, argumentando que existem falhas comunicativas entre os idosos e a classe médica.

Dois médicos consideraram importante a interligação da medicina humana e a medicina veterinária para informar as populações sobre o que são as doenças canina e humana. Um aluno considerou mais importante começar a divulgação de doenças mais comuns (como a diabetes), e depois passar para as infecciosas. Dois alunos discordaram com campanha de Educação em Saúde para a população em geral, sugerindo apenas divulgação para os profissionais de saúde. Todos sugeriram várias técnicas de divulgação da informação, tais como: pósteres e panfletos (em conjunto ou não com outras doenças) em centros de saúde, hospitais, farmácias, juntas de freguesia, câmaras municipais e em serviços do Estado como as Finanças; entrevistas de rua; avisos em consultas de rotina; e comunicação social (telejornal, programas televisivos das manhãs e tardes, e anúncios publicitários). Um médico ainda sugeriu a criação de um sistema prático em serviços de medicina.

Em suma, as sugestões dos médicos, na generalidade, apontavam para a interligação médico-veterinário e a divulgação em zonas previamente definidas como endémicas. A maioria dos alunos, embora dois não concordassem com a criação de uma campanha de Educação em Saúde, apontou para a divulgação junto das crianças e idosos.

Tendo em consideração que a Educação é um exercício de apropriação de discursos que restringe grupos de acordo com cada tipo de discurso (Foucault, 1999:43-44), como o caso dos discursos médico e não-médico, e segundo a origem social, económica e cultural (Pfuetzenreiter, 2001:10,12; Helman, 2007: 154), torna-se necessária uma análise da Educação em Saúde mais focada nestes grupos discursivos (Duarte, 2002:120). E para o caso da leishmaniose, as campanhas de Educação em Saúde servirão para que a população em geral (nomeadamente a que habita em zonas endémicas) e a população médica, adaptem o modo de vida e de resposta, perante situações de possível infeção, e que tenham maior sensibilização para declarar e criar medidas de apoio aos doentes. Ao longo das perguntas sobre a subnotificação da doença, divulgação à população em geral, e, sugestões de campanha em saúde, observa-se a constante afirmação, quer dos médicos, quer dos estudantes, de informar sobre a leishmaniose – por diversos meios e com recurso a diversos métodos – e a necessidade de notificação da mesma. É interessante notar a variedade de sugestões, algumas das quais vão ao encontro de estudos descritos anteriormente, nomeadamente sobre a leishmaniose canina, em particular, na sugestão de divulgação da doença em escolas.

Conquanto a amostra seja substancialmente inferior aos estudos descritos,

comprovou-se que, o conhecimento da leishmaniose é pouco. E o conhecimento médico depende da experiência de casos e da sua especialidade – o Informante **I.** é um dos exemplos disso, pois mostra a sua capacidade de caracterizar geograficamente a doença (mais nenhum de outras especialidades identificou com total certeza). O argumento do Informante **O.**, sobre a aplicação de medidas preventivas da OMS em países em desenvolvimento, demonstra a sua experiência com a doença e o seu conhecimento sobre a leishmaniose a nível internacional.

O facto de ter animal doméstico, não influencia o conhecimento da leishmaniose humana, pois dos 13 donos de animais domésticos, apenas dois conheciam a doença.

A sua representação social, é influenciada pelos meios de comunicação social, como argumentaram os Informantes **a.** e **b.**

Por isso, e concordando com alguns dos entrevistados, será necessária a partilha de conhecimento entre a população médica – como medida de alerta – e a população em geral – como medida de alterações comportamentais - através de campanhas de Educação em Saúde. Dado que a Educação é para Melo (2013: 1218), um sistema de normalização de comportamentos (Melo, 2013: 1218), considera-se importante criar um processo discursivo geral adaptado ao grupo médico e ao grupo não-médico (população em geral).

No entanto, estas divulgações, não só dependerão de uma prévia análise das crenças e saberes de cada população (Duarte, 2002: 16), como dependerão dos contrastes políticos e sociais das mesmas (Foucault, 1999: 43-44).

3.2. Já ouviu falar da Leishmaniose? Sobre o Inquérito *Online*

Sendo a leishmaniose pouco conhecida e a sua divulgação escassa, apenas serão apresentados os dados mais importantes, deixando os restantes, organizados em tabelas de frequências, em **Apêndice D**. Também se considerou necessária a seleção de variáveis para análise – cujas tabelas de resultados se encontram no **Apêndice E**.

De uma maneira geral, os dados recolhidos permitem afirmar que dos 121 inquiridos, 84 conheciam a doença, e dos 67 que deixaram comentário, sugeriam a divulgação da informação sobre a doença (observam-se alguns dos comentários na **tabela D.45, Apêndice D**).

Num total de 121 inquiridos, 63 eram do sexo feminino e 58 do sexo masculino, sendo distribuídos por três regiões - a região Norte (28 indivíduos), a região Centro (85 indivíduos) e a região de Lisboa e Vale do Tejo (oito indivíduos). Dos 121 inquiridos, 40 eram profissionais da área da saúde [médicos (11 indivíduos), enfermeiros (14 indivíduos),

outras profissões da área da saúde (radiologia, farmácia, nutrição, etc.) (dez indivíduos) e Delegados de Informação Médica (cinco indivíduos)]. A faixa etária com maior número de inquiridos é de 35 a 39 anos.

Como se observa na tabela **D.5.** (Apêndice D.), foram mais os indivíduos com licenciatura que responderam ao inquérito (54 indivíduos), correspondendo a quase metade da amostra obtida, seguidos dos indivíduos com Mestrado (34), 3º ciclo (22), Doutoramento (nove), 2º ciclo e Secundário (um indivíduo em cada).

Dos 121 indivíduos, 84 responderam que já tinham ouvido falar da doença, e desses, destacam-se 37 indivíduos que ouviram falar em meio académico, 21 no veterinário, quatro na comunicação social, quatro através de amigos donos de animais, três no centro de saúde e três porque conheciam a leishmaniose canina. Relativamente ao facto de terem animais em casa, 60 responderam positivamente, dos quais 24 tinham cães. Do total de inquiridos, 71 admitiu que sabia que o parasita infeta humanos e outros animais e cinco só tinham conhecimento da doença nos cães. Apenas 19 inquiridos consideraram que não se deveria despendar dinheiro público para investigação no desenvolvimento de uma vacina humana, dos quais 13 justificaram que o número de casos não era significativo (sete indivíduos) e que os custos para a criação de uma vacina são elevados, não havendo, portanto motivo de pesquisa (seis indivíduos).

Quando se pediu opinião sobre a subnotificação da doença e o que sugeriam para diminuir a discrepância de casos, as respostas (de carácter longo) foram organizadas por grupos de modo a facilitar a sua análise. Como se observa na tabela **D.16.** (Apêndice D.), a falta de conhecimento e a falta de articulação entre serviços e organizações foram os motivos mais referidos nas respostas dos inquiridos (21 indivíduos respetivamente). Apenas 12 inquiridos consideraram a falta de sensibilização dos profissionais como motivo. Como solução para este problema, 33 indivíduos aconselham mais rigor, inspeção e articulação entre serviços, e 30 consideraram importante a divulgação do conhecimento (tabela **D.17.**, Apêndice D.). De notar que oito indivíduos sugeriram investigação como medida de ação, destacando-se uma resposta: “*Contratação de uma Universidade que desenvolva um projeto de investigação para atualização de dados*” (Inquirido 57).

Sobre o conhecimento de subtipos de leishmaniose, 68 indivíduos admitiram que não conheciam, mas sete identificaram a leishmaniose cutânea e visceral, e seis identificaram a leishmaniose visceral, cutânea e mucocutânea. Houve quem considerasse erradamente como subtipo a leishmaniose canina, o que pode significar que ou não entenderam a pergunta, ou

leram apressadamente e sem prestar atenção, (três indivíduos).

Relativamente ao conhecimento da coinfeção da leishmaniose com outra patologia 89 indivíduos responderam “Sim”, dos quais 12 especificaram algumas infeções como exemplos (HIV e outras).. Sobre o modo de transmissão da doença a resposta mais comum foi a picada do inseto (65 indivíduos). Dos 91 indivíduos que responderam sobre os tipos de diagnósticos, apenas 19 responderam corretamente que os diagnósticos seriam laboratoriais e observação clínica.

Sobre os procedimentos que o médico deveria tomar perante um caso de leishmaniose, dos 78 indivíduos que responderam, 27 não sabiam responder, e 67 não conheciam o tratamento da doença. Dos 69 inquiridos que responderam sobre o que achavam de aliar a terapia química a outra terapia 18 responderam positivamente e destes, oito especificaram as terapias alternativas, dois referiram terapia psicológica e um a terapia preventiva (três não especificaram). Quatro justificaram as suas respostas positivas pela importância de dar conforto ao doente. Relativamente ao conhecimento de medidas preventivas ou de controlo desta doença, dos 84 indivíduos que responderam, apenas 29 admitiram o seu desconhecimento. Entre 55 que conheciam medidas preventivas, 16 citaram o evitamento do contacto com o inseto e 19 referiram a vacinação animal e humana e a prevenção animal. Apesar da casuística da leishmaniose a nível nacional considerou-se pertinente perguntar aos inquiridos se já tinham conhecido algum doente com a doença, e quatro responderam positivamente.

Solicitou-se opinião e/ou sugestão sobre o estudo e dos 67 indivíduos que deixaram opinião, 40 sugeriram a utilização do trabalho para divulgação das características da doença à população em geral e aos profissionais de saúde, seis indivíduos aludiram o trabalho como um incentivo para outros estudos sobre o mesmo tema (e sobre outras doenças), três consideraram importante a comparação dos dados com dados de outros estudos (internacionais) e três argumentaram a importância de averiguar a subnotificação e criação de métodos para a diminuir. A tabela **D.45.** (Apêndice D.), expõe algumas respostas a esta pergunta.

A utilização de testes estatísticos permite averiguar se a diferença entre os valores observados e esperados nas variáveis a analisar, é significativamente distinta no universo (ou seja, o resultado de erros amostrais). Deste modo, o teste χ^2 permite observar se as duas variáveis são ou não independentes na população em estudo, criando-se a hipótese inicial (hipótese nula, H_0 , - que é a independência das variáveis) e sua complementar (hipótese

alternativa, H_a , - a não independência das variáveis). A aceitação ou rejeição da hipótese nula depende do valor obtido do nível de significância do teste $\chi^2 (0,05)^{21}$ (Fernandes, 2012).

É importante analisar a influência que a profissão e as habilitações literárias têm sobre as seguintes variáveis: já ter ouvido falar da doença; conhecer a patologia em outros animais; conhecer os subtipos da doença; opinar sobre uma possível coinfeção; conhecer a picada de inseto como meio de transmissão (sendo descrito como o principal meio de transmissão); opinar sobre uma associação entre a terapia química e outro tipo de terapia; e conhecer medidas de prevenção da doença. É igualmente importante averiguar, se, ter animais em casa trará influência para as variáveis antes citadas, já que a leishmaniose canina é endémica em Portugal (Neves *et al.*, 2007; Onleish, 2010 *in* Maia *et al.*, 2011).

Observando as **tabelas E.1., E.2., E.3. (Apêndice E.)**, o teste permitiu concluir que: a profissão não influencia o facto de já ter ouvido falar da doença, a opinião sobre associação entre terapias e o conhecimento das medidas preventivas ou de controlo da doença; as habilitações literárias apenas não influenciam o facto de conhecer a doença em outros animais; e ter animal doméstico não influencia ter ouvido falar da doença humana e animal, dos subtipos, coinfeção, meio de transmissão, opinião de terapias associadas e medidas preventivas.

Embora existam na amostra 40 profissionais da área da saúde, a profissão não influencia o conhecimento da doença, possivelmente por existirem 11 médicos e 14 enfermeiros na amostra [embora, todos os médicos(as) e 13 enfermeiros(as) reconheceram a doença]. Seria importante uma nova recolha de dados junto dos profissionais de saúde – em especial médicos(as) e enfermeiros(as) – para confirmar se há influência da profissão no conhecimento da doença.

No que diz respeito às habilitações literárias, embora a amostra não seja homogénea para todas as categorias da variável, calculando a percentagem dos valores observados e dos valores esperados com o total de cada categoria, é possível concluir que existem mais licenciados, mestres e doutores com respostas positivas do que nas restantes categorias – afirmaram conhecer a doença 55,5% dos doutorados (cinco em nove indivíduos); 87% dos licenciados (47 em 54 indivíduos) e 61,7% dos mestres (21 em 34 indivíduos). Significa que mais de metade da amostra (84 indivíduos em 121) corresponde a indivíduos destas três categorias. No entanto – e servindo de alerta – metade dos indivíduos com apenas o 3º ciclo

²¹ O Nível de Significância é o valor abaixo do qual se rejeita (com baixa probabilidade de erro) a Hipótese Nula. Deste modo, para um nível de confiança de 95%, o nível de significância será 5%, ou seja 0,05. Portanto, rejeita-se a hipótese nula se o nível de significância do teste for inferior a 0,05; não se rejeita a hipótese nula, se o nível de significância do teste for superior a 0,05 (Fernandes, 2012).

também respondeu positivamente, o que permite concordar com Duarte (2002: 17) sobre o facto de que todos os indivíduos possuem um determinado nível de “*cultura médica*” (Duarte, 2002: 17). Para as restantes categorias isso não ocorre porque o número de indivíduos é baixo para a análise (um indivíduo para categoria).

Porém, para a pergunta sobre o conhecimento da leishmaniose animal, os resultados do χ^2 permitem afirmar que a profissão influencia este conhecimento, ou seja, para o caso dos(as) Delegados(as) de Informação Médica, Enfermeiros(as), Médicos(as) e Outras profissões da área da saúde, os valores observados na resposta “Sim” são superiores aos valores esperados e o inverso para a resposta “Não” (à exceção dos Delegados de Informação Médica que deram resposta “Não sabe”, cujos valores observados foram superiores aos valores esperados em duas décimas). Estes dados permitem concluir que conhecer a existência da doença em outras espécies poderá estar ligado à formação específica na área da saúde. Para a variável habilitações literárias, a situação é inversa como, para aqueles que tinham conhecimento sobre a existência da patologia noutras espécies, os valores observados são na maioria inferiores aos esperados (à exceção da categoria licenciatura cujos valores são superiores e à categoria mestrado, cujos valores são correspondentes).

Quer as profissões, quer as habilitações literárias influenciam o conhecimento dos subtipos de leishmaniose. Contudo, dois médicos(as), 11 enfermeiros(as), quatro delegados de informação médica e cinco indivíduos de outras profissões da área da saúde não souberam distinguir os subtipos de leishmaniose. De notar que a categoria licenciatura, por ter um número de indivíduos superior às restantes categorias, pode enviesar os dados – já que 39 dos 54 licenciados não reconheceram os subtipos. Dos 13 indivíduos com 3º ciclo que responderam à questão sobre o conhecimento de subtipos, dois reconheceram a leishmaniose visceral. O mesmo surge para a relação profissão - coinfeção, a relação habilitações literárias – coinfeção, a relação profissão-picada de inseto como meio de transmissão da doença, e a relação habilitações literárias-picada de inseto. Tanto a profissão como as habilitações literárias influenciam o reconhecimento da picada de inseto como meio de transmissão da doença, embora 29 indivíduos não tenham respondido a esta questão (tabelas **D.35.** à **D.39.**) – o que poderá ter influenciado os resultados do teste.

O teste também permitiu verificar que as profissões não influenciam a opinião sobre a associação de terapias e não influenciam o conhecimento de medidas de prevenção ou de controlo da doença – nos dois testes para a maioria dos casos os valores observados são inferiores aos esperados. O oposto acontece na realização do teste para o caso das

habilitações literárias – isto é, estas influenciam a opinião sobre a associação entre terapias, embora as respostas positivas tenham sido poucas (18 respostas). Sobre as medidas preventivas observa-se que a categoria licenciatura terá como maior influência na relação entre as duas variáveis.

Para a variável “tem animais em casa?” observa-se que esta não influencia todas as variáveis testadas (como se observa na **tabela E.17.**) Primeiro, para o conhecimento da leishmaniose, embora 75% (45 em 60) dos que tinham animais já tivessem ouvido falar da doença, assim como 64% (39 em 61) dos que não tinham animais. No caso de conhecer a doença nos animais, verifica-se que 40 dos 60 indivíduos que tinham animais, sabiam que a doença não só afeta humanos, como também cães, raposas e pequenos roedores; e dois só conheciam a leishmaniose canina. Contudo, dos 61 inquiridos que não tinham animais, 31 sabiam que a doença não só afetava humanos, como também cães, raposas e pequenos roedores; e três apenas conheciam a leishmaniose canina. Seria expectável que os valores dos indivíduos sem animais e conhecem a leishmaniose humana e canina fossem consideravelmente inferiores aos inquiridos com animais.

Dos 42 indivíduos que não tinham animais e que responderam à pergunta sobre o conhecimento dos subtipos da leishmaniose, 33 não conheciam nenhum subtipo e apenas dois conheciam a leishmaniose cutânea, mucocutânea e a visceral. Dos 46 com animais em casa que responderam à pergunta, 35 não conheciam nenhum subtipo e quatro conheciam todos.

Ter animais em casa não influencia o conhecimento de patologias que possam coexistir com a leishmaniose, pois dos indivíduos que responderam e que tinham animais, apenas 16 responderam “Sim”, mas, 29 responderam negativamente. Para as restantes variáveis testadas as situações são semelhantes.

Sendo que, nas entrevistas analisadas, também foram observadas as questões sobre a vacinação humana, a subnotificação e quais os procedimentos médicos a fazer perante um caso de leishmaniose, considerou-se importante analisar a influência que as profissões, as habilitações literárias e ter animais em casa poderiam ter (ou não) sobre estas variáveis – recorrendo ao mesmo método estatístico. Deste modo, observando as **tabelas E.4., E.5., e E.6.**, constata-se que a profissão, as habilitações literárias, e ter ou não animais em casa não tem influência sobre as variáveis observadas.

Apesar da realização de uma limitada análise estatística, o presente inquérito *online* serviu de método de análise geral do conhecimento da doença e das suas características

(embora o inquérito tenha grupos de perguntas específicos para indivíduos com conhecimentos da doença, nomeadamente indivíduos da área da saúde). Alguns inquiridos, quanto à opinião sobre o estudo, consideraram o presente inquérito como meio de divulgação da doença.

Foi possível observar a capacidade de resposta, a perguntas sobre: medidas de controlo ou de prevenção da doença e sobre a opinião da criação de uma vacina humana. Sendo todos os indivíduos dotados de um determinado nível de “*cultura médica*” (Duarte, 2002: 17), influenciado pela representação mental, e experiência da doença, seria expectável um maior número de inquiridos a desenvolver respostas sobre medidas preventivas (e um maior número de respostas positivas sobre o conhecimento de medidas gerais de prevenção ou de controlo de doenças a nível geral, considerando apenas 55 respostas positivas) e sobre a possibilidade de vacinação em humanos. Deve-se ressaltar que a formulação das perguntas poderá ter influenciado as respostas, mas também o próprio entusiasmo no preenchimento do inquérito poderá ter influenciado as respostas dadas.

É possível concluir que o presente questionário teve uma divulgação rudimentar e, comparando com questionários expostos anteriormente, nomeadamente o estudo de Neves *et al.* (2007), o número de inquiridos não permite inferir para a população em geral. Deste modo, seria proveitosa uma nova recolha de amostra, com melhores métodos de propaganda do preenchimento do mesmo, de modo a obter uma amostra maior e mais homogénea, com grupos populacionais bem definidos, quer a nível geográfico, quer a nível de habilitações literárias. A população obtida era maioritariamente da região Centro, e licenciados, o que poderá ter influenciado os resultados da análise.

Embora com abordagem superficial (tendo sido necessário analisar a influência de ter animais e de conhecer a doença humana e animal, opinar sobre a vacinação humana, subnotificação, etc.) seria também importante analisar outros fatores que não foram abordados nas entrevistas, tais como: a relação entre ter cães como animais domésticos e o conhecimento da doença, quer em humanos quer em animais; a relação entre ter cães e o subtipo, coinfeção, transmissão, terapia e prevenção; a relação entre quem conhece a doença e o conhecimento da doença quer nos humanos quer em animais e o subtipo, coinfeção, transmissão, terapia e prevenção.

É importante salientar que, para o presente estudo, este inquérito permite reforçar o argumento sobre o pouco conhecimento sobre a doença.

Contrastando com os dados recolhidos com a bibliografia exposta, salientam-se os seguintes factos:

1. Os dados dos grupos A, B e C demonstram que o nível conhecimento sobre a leishmaniose é baixo (embora 25 dos 32 entrevistados e 84 dos 121 inquiridos já tenham ouvido falar da doença).

2. Este estudo – embora com abordagem distinta – vai ao encontro dos estudos de Coelho e colaboradores (2003 *in* Neves *et al.*, 2007: 52) e de Neves *et al.* (2007). Os três (estudos) apresentam valores de conhecimento inferiores aos dos valores de Pardo *et al.* (2006), de Alemu *et al.*, (2013) e de Guimarães (2013).

3. A diminuição da subnotificação depende do bom conhecimento da leishmaniose.

4. As mudanças de comportamentos de risco dependem da divulgação da informação sobre a doença.

A existência de poucos casos notificados em Portugal, ao contrário do Brasil e Etiópia (países endémicos para a leishmaniose visceral e cutânea) e da Colômbia (país endémico para a leishmaniose cutânea) (WHO *c.*, 2014), influencia a falta de divulgação de informação sobre a leishmaniose, contribuindo para a presença de comportamentos de risco (Dujardin *et al.*, 2008). A inexistência de sistemas de atuação em Saúde Pública também se deve à pouca experiência clínica e sensibilização para casos de infeção. No presente estudo, a especialidade de Doenças Infeciosas encontra-se com maior conhecimento em relação às restantes. Tudo isto manipula os valores de casos notificados a nível nacional. Pois, o desconhecimento face à doença “oculta” a existência da mesma, dado que grande parte das vezes é diagnosticada por exclusão (como os informantes **I.** e **m.** argumentaram). Em caso de morte prematura do doente, o não diagnóstico atempado da doença por falta de informação clínica, determina a sua “não existência”. Logo, o número de casos reais pode ser superior ao conhecido, uma vez que Portugal é endémico para a leishmaniose canina e o inseto vetor é o mesmo (Neves *et al.*, 2007; Onleish, 2010 *in* Maia *et al.*, 2011).

Dado que os indivíduos são o sumo de experiências e informações, e que estão inseridos em grupos discursivos distintos, pretendeu-se conjecturar uma normalização dos seus comportamentos (aquilo que Melo afirma acerca da Educação) abrangente e global, de modo a que, se notem mudanças de atitude, no sentido preventivo sobre as doenças infecciosas, em especial sobre a Leishmaniose – uma campanha de Educação em Saúde adaptada para os

diversos grupos discursivos existentes.

Para que as mudanças de comportamento ocorram – para uma adaptação do modo de vida dos diferentes grupos discursivos (médico e não-médico), alteração da capacidade de resposta dos serviços, desenvolvimento de uma maior sensibilização para notificar e criar medidas de apoio aos doentes –, torna-se necessário informar e divulgar sobre a doença (facto comprovado pelos estudantes e médicos entrevistados e pelos 30 inquiridos na sugestão para a diminuição da subnotificação) e estudá-la (como 8 dos inquiridos *online* argumentaram).

Para isso, são inúmeras as técnicas de partilha e divulgação de conhecimento, referidas ao longo das entrevistas e das respostas dos inquiridos, que vão ao encontro das já testadas e utilizadas no Brasil. São estas: o recurso a distribuição de panfletos informativos entre profissionais de saúde e dirigidas a alunos de ensino básico, estudantes do secundário e universitários, professores e utentes dos serviços de saúde (Luz, *et al.*, 2005 *in* Guimarães, 2013: 30). Atividades escolares com recurso a palestras, aulas expositivas, distribuição de cartazes e panfletos (Uchôa *et al.*, 2004 e Magalhães *et al.*, 2009) seguidos de debates entre os alunos e seus familiares (Magalhães *et al.*, 2009) e ainda concursos e jogos (Genari *et al.*, 2012).

4. Considerações finais

A Antropologia Médica procura dilucidar sobre práticas e crenças dos diferentes grupos sociais e culturais quanto às alterações na Saúde e na Doença, quer a nível local, quer global (Helman, 2007:1; 7; 425). Nas doenças infecciosas pretende compreender como os processos socio-culturais locais e globais se ajustam em torno das mesmas (Nguyen, 2004: 383).

Em contexto nacional, a abordagem a uma das duas doenças tropicais transmitidas por insetos mais importantes - pelo número de casos e impactos sociais e culturais que causam (Chaves e Pascual, 2006: 1321) - permitiu, concluir que não só é necessária a divulgação da informação sobre a doença entre médicos e não-médicos, mas também, que essa divulgação seja correspondente e abrangente aos diferentes grupos discursivos existentes, de modo a que se alterem os comportamentos de risco que provocam o aumento do número de casos, e que se diminua a sua subnotificação. Pois, embora fosse expectável maior conhecimento e sensibilização da doença por parte da comunidade médica, este e os estudos anteriormente referidos, demonstraram fraco conhecimento da doença por parte dos médicos influenciado pela falta de experiência que, por sua vez, advém dos poucos casos notificados no território nacional.

Como um trabalho de investigação nunca pode ser aceite como um trabalho final, pois, há uma evolução quase natural do conhecimento e sua consequente necessidade de o absorver, reconhece-se a importância de se ter questionado aos médicos entrevistados a opinião sobre a não notificação da leishmaniose cutânea; e de uma abordagem mais profunda sobre os dados estatísticos.

De modo a comparar diretamente com os dados do estudo de Coelho e colaboradores

de 2003 seria interessante a exploração da existência de nomes populares da doença e inquérito sobre o conhecimento da doença com esses nomes populares.

Para uma melhor compreensão sobre a gravidade da falta de conhecimento e de sensibilidade da doença, quer nos médicos, quer na população em geral, seriam importantes novos estudos com maiores amostras, médica e não-médica. Para melhor compreensão da doença no dia a dia do doente, a realização de entrevistas a doentes de leishmaniose teria o seu interesse. Seria também interessante obter informação de profissionais da área da Medicina Veterinária, não só para analisar as opiniões (sobre a criação de vacina humana, a notificação, os procedimentos médicos, o grau de gravidade desta doença, o risco de haver uma epidemia de leishmaniose devido às alterações ambientais e socioculturais etc.) como também para avaliar o conhecimento da doença nos humanos e perceber se ter conhecimento científico da leishmaniose nos animais poderá influenciar o conhecimento da doença humana. Sobre a questão da subnotificação, seria útil uma análise comparativa dos casos notificados antes e após a introdução de sistema informático *online* de declaração das doenças infecciosas para observação da sua eficácia. E uma análise idêntica à realizada para outras doenças infecciosas de declaração obrigatória nacional.

A divulgação da informação sobre a doença poderia ser realizada através das metodologias apresentadas nos estudos anteriormente expostos – com programas educativos nas escolas; através das metodologias sugeridas pelos inquiridos; como poderia também ser realizada em conjunto com a medicina veterinária, já que o principal hospedeiro é o cão (na divulgação das duas doenças, humana e canina).

São inúmeros os caminhos a tomar em torno da leishmaniose e com este trabalho pretende-se contribuir para outros futuros projetos sobre esta e outras doenças de declaração obrigatória.

Bibliografia

Bibliografia elaborada de acordo a Revista Antropologia Portuguesa (Universidade de Coimbra). Edição de 2011

- Abrantes, P.; Silveira, H. 2009. Alterações climáticas na Europa: efeito nas doenças parasitárias humanas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 27(2): 71-86
- Afonso, M. 2011. O Papel dos Insectos Vectors Pertencentes à Subfamília Phlebotominae e Família Glossinidae Na Transmissão de Protozoários Trypanosomatidae: Monitorização e Controlo. O efeito das Alterações Climáticas nas Populações Vectoriais. *Boletim Informativo do Grupo de Investigação em Ciência e Tecnologia Animal* [Online], Nº 3 [Consultado em 27/12/2014], Disponível em: <http://evunix.uevora.pt/~fcs/CTANewsletter3.pdf>
- Alemu, A.; Alemu, A.; Esmael, N.; Dessie, Y.; Hamdu, K.; Mathewos, B.; Birhan, W. 2013. Knowledge, attitude and practices related to visceral leishmaniasis among residents in Addis Zemen town, South Gondar, Northwest Ethiopia. *BioMed Central Public Health*, [Online] 13: 382 [Consultado em: 5/04/2015], Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/382>
- Anker, M.; Schaaf, D. (eds) 2000. WHO Report on Global Surveillance of Epidemic-prone Infectious Diseases, *World Health Organization* [Online], Geneva [Consultado em: 26/12/2014], Disponível em: http://www.who.int/csr/resources/publications/surveillance/WHO_Report_Infectious_Diseases.pdf
- Barea, C.; Pabón, A.; Galiano, S.; Pérez-Silanes, S.; Gonzalez, G.; Deyssard, C.; Monge, A.;

- Deharo, E.; Aldana, I. 2012. Antiplasmodial and Leishmanicidal Activities os 2-Cyano-3-(4-phenylpiperazine-1-carboxamido) Quinoxaline 1,4-Dioxide Derivatives. *Molecules*, 17: 9451-9461.
- Beers, M.; Berkow, R. (eds.) 2001. *Manual Merck – Diagnóstico e Tratamento*. São Paulo. Editora Roca Ltda: 1233-1234
- Campino, L.; Abranches, P. 2002. Leishmaniose Cutânea: Uma Doença Rara em Portugal?. *Acta Médica Portuguesa*, 15(5): 387- 390
- Campino, L.; Maia, C. 2010. Epidemiologia das Leishmanioses em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 23: 859-864.
- Campino, L.; Pratlong, F.; Abranches, P.; Rioux, J.-A.; Santos-Gomes, G.; Alves-Pires, C.; Cortes, J.; Ramada, J.; Cristóvão, J.M.; Afonso, M. O.; Dedet, J. P. 2006. Leishmaniasis in Portugal: enzyme polymorphism of *Leishmania infantum* based on the identification of 213 strains. *Tropical Medicine and International Health*, 11(11): 1708-1714.
- Cardoso, L.; Lopes, A. P.; Santos, H.; Neto, F.; Rodrigues, M. 2006. *Leishmania e Leishmaniose Canina – Aspectos Epidemiológicos, Clínicos e de Saúde Pública*. Vila Real. Sector Editorial dos SDE.
- Carmo, D. F. M.; Amaral, A. C. F.; Machado, G. M. C.; Leon, L. L.; Silva, J. R. A. 2012. Chemical and Biological Analyses of the Essential Oils and Main Cisntituents of *Piper* Species. *Molecules*, 17: 1819-1829.
- Catorze, M. G. B. 2005. Leishmaniose e SIDA. *Med Cutan Iber Lat Am* [Online], 33(6): 237-250. [Consultado em: 28/12/2014], Disponível em: <http://www.medcutan-ila.org/images%5Cpdf/articulos/2005/6/pdf/05-031.pdf>
- CDC.a. 2013. Parasites – Leishmaniasis: Biology. [Online]. *Centers for Disease Control and Prevention* [Consultado em: 2/12/2014]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/parasites/leishmaniasis/biology.html>
- CDC.b. 2013. Leishmaniasis: Prevention and Control. [Online]. *Centers for Disease Control and Prevention* [Consultado em: 2/12/2014], Disponível em: <http://www.cdc.gov/parasites/leishmaniasis/prevent.html>
- CDC.c. 2013. Leishmaniasis: Epidemiology & Risk Factors. [Online]. *Centers for Disease Control and Prevention* [Consultado em: 2/12/2014], Disponível em: <http://www.cdc.gov/parasites/leishmaniasis/epi.html>
- CFSPH. 2009. Leishmaniasis (Cutaneous and Visceral). [Online]. *Iowa State University*,

- Center for Food Security & Public Health. [Consultado em: 26/12/2014] Disponível em: <http://www.cfsph.iastate.edu/Factsheets/pdfs/leishmaniasis.pdf>
- Chaves, L. F.; Pascual, M. 2006. Climate Cycles and Forecasts of Cutaneous Leishmaniasis, a Nonstationary Vector-borne Disease. *PloS Medicine*. [Online], 3(8): 295. [Consultado em: 28/12/2014], Disponível em: <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.0030295>
- DGS. 2014. Declaração Obrigatória de Doenças Transmissíveis on-line disponível desde 1 de junho de 2014 [Online]. *Direção-Geral da Saúde* [Consultado em: 3/07/2015], Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/declaracao-obrigatoria-de-doencas-transmissiveis-on-line-disponivel-a-partir-de-1-de-junho-de-2014.aspx>
- DGS. 2011. SINAVE - Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica [Online]. *Direção-Geral da Saúde* [Consultado em: 22/07/2015], Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/sinave.aspx>
- Duarte, S. C. 2002. *Saberes de Saúde e de Doença: Porque vão as pessoas ao médico?*. Coimbra. Quarteto Editora
- Dujardin, J.-C.; Campino, L.; Cañavate, C.; Dedet, J.-P.; Gradoni, L.; Soteriadou, K.; Mazeris, A.; Ozbek, Y.; Boelaert, M. 2008. Spread of Vector-borne Diseases and Neglect of Leishmaniasis, Europe. *Emerging Infectious Diseases* [Online], 14(7): 1013-1018. [Consultado em: 3/12/2014], Disponível em: <http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/14/7/pdfs/07-1589.pdf>
- DST-Aids. N/D. Coinfecções [Online]. *Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais – Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais* [Consultado em: 30/05/2015]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/coinfecoes>
- Fernandes, Z. 2012. *Análise Estatística de Dados com SPSS*. Aula de 27/10/2012 do Curso de Formação em Informática e Análise de Dados, Associação para a Extensão Universitária, Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra
- Foucault, M. 1977. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro. Editora Forense-Universitária.
- Foucault, M. 1997. *Resumo dos Cursos do Collège de France 1970-1982*. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Editor.
- Foucault, M. 1998. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro. Edições Graal.
- Foucault, M. 1999. *A Ordem do Discurso - Aula Inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de Dezembro de 1970*. São Paulo. Edições Loyola.
- Genari, I. C. C.; Perri, S. H. V.; Pinheiro, S. R.; Nunes, M. C.; 2012. Atividades de educação

- em saúde sobre leishmaniose visceral para escolares. *Veterinária e Zootecnia*, 19(1): 99-107.
- Guevara, B. G. 2007. Aporte de la etnografía en el conocimiento de los códigos socioculturales de la leishmaniasis cutánea localizada en un programa de educación para la salud, en Venezuela. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 23 Sup 1: s75-s83.
- Guimarães, E. L. A. M. 2013. *Conhecimento sobre leishmaniose visceral e prática das medidas de prevenção e controle por proprietários de cães em Belo Horizonte, 2010/2011*. Dissertação de Mestrado em Ciência Animal, Escola de Veterinária, Universidade Federal de Minas Gerais.
- Helman, C. G., 2007. *Culture, Health and Illness*. Londres. Hobber Education.
- Infopédia.a. 2015. Termos Médicos: Hipergamaglobulinemia. [Online] *Infopédia* [Consultado em: 26/07/2015], Disponível em: <http://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/hipergamaglobulinemia>
- Infopédia.b. 2015. Termos Médicos: Hipoalbuminemia.[Online] *Infopédia* [Consultado em: 26/07/2015], Disponível em: <http://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/hipoalbuminemia>
- Infopédia.c. 2015. Termos Médicos: Erupção Maculopapular. [Online] *Infopédia* [Consultado em: 26/07/2015], Disponível em: <http://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/erupção%20maculopapular>
- Infopédia.d. 2015. Termos Médicos: Seropositivo. [Online] *Infopédia* [Consultado em: 26/07/2015], Disponível em: <http://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/seropositivo>
- Kolaczinski, J. H.; Reithinger, R.; Worku, D. T.; Ocheng, A.; Kasimiro, J.; Kabatereine, N.; Brooker, S. 2008. Risk factors of visceral leishmaniasis in East Africa: a case-control study in Pokot territory of Kenya and Uganda. *International Journal of Epidemiology*, 37: 344-352.
- Lindenbaum, S.; Lock, M. 1993. *Knowledge, Power and Practice*. London. University California Press: 79-107.
- Lock, M.; Nguyen, V.-K. 2010. *An Anthropology of Biomedicine*. United Kingdom. Wiley-Blackwell: 83-109.
- Madeira, M. 2011. Vacina contra a leishmaniose canina em Portugal será “muito importante” para a saúde pública. *Público* (23/05/2011) [Online] [Consultado em: 25/01/2015]

- Disponível em: <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/vacina-contra-leishmaniose-canina-em-portugal-sera-muito-importante-para-a-saude-publica-1495476>
- Magalhães, D. F.; Silva, J. A.; Haddad, J. P. A.; Moreira, E. C.; Fonseca, M. I. M.; Ornelas, M. L. L.; Borges, B. K. A.; Luz, Z. M. P. 2009. Dissemination of information on visceral leishmaniasis from schoolchildren to their families: a sustainable model for controlling the disease. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 25(7): 1642-1646.
- Maia, C.; Maurício, I.; Campino, L.; Cardoso, L.; Carvalho, L. M.; Afonso, O.; Neves, R.; Brito, T. V. 2011. Primeiro relatório regular da LEISHnet. *Veterinary Medicine*. Janeiro/Fevereiro: 22-26.
- Maia, M. 2009. Hepatite C: Vivência da doença, do tratamento e da cura. In: Pereira, L. S., Pussetti, C. (eds) 2009. *Os Saberes da Cura: Antropologia da Doença e Práticas Terapêuticas*. Lisboa. ISPA: 55-77.
- Manuila, L.; Manuila, A.; Lewalle, P.; Nicoulin, M. 2000. *Dicionário Médico*. Lisboa. Climepsi Editores.
- Marques, N.; Cabral, S.; Sá, R.; Coelho, F.; Oliveira, J.; Cunha, J.G.S.; Meliço-Silvestre, A. 2007. Leishmaniose Visceral e Infecção Por vírus da Imunodeficiência Humana – Na Era Terapêutica Anti-Retroviral de Alta Eficácia. *Acta Médica Portuguesa*, 20: 291-298.
- Melo, L. P. 2013. Análise Biopolítica do discurso oficial sobre educação em saúde para pacientes diabéticos no Brasil. *Saúde e Sociedade*, 22 (4). São Paulo: 1216-1225.
- Neves, R.; Cardoso, L.C.; Afonso, M. O.; Campino, L. 2007. Leishmaniose canina em Portugal Continental – o que sabem os proprietários de cães acerca desta zoonose parasitária. *Veterinary Medicine* [Edição Portuguesa]. 9(52): 47-54
- Nguyen, V.-K. 2004. Emerging Infectious Diseases. In: Ember, C., Ember, M. 2004. *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures*. Kluwer Academic/Plenum Publishers, Nova Iorque: 383-391.
- Oliveira, M. 2007. Portugal campeão de novas declarações de HIV/sida na Europa Ocidental. *Público* (21/11/2007) [Online] [Consultado em: 28/07/2015], Disponível em: <http://www.publico.pt/destaque/jornal/portugal-campeao-de-novas-declaracoes-de-hivsida-na-europa-ocidental-238374>
- OMS. 2009. *Documentos Básicos*. Ginebra. Organización Mundial de la Salud. [Online], 47ª Edición, [Consultado em: 19/07/2015], Disponível em:

- <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/basic-documents-47-sp.pdf>
- Pardo, R. H.; Carvajal, A.; Ferro, C.; Davies, C. R. 2006. Effect of knowledge and economic status on sandfly control activities by householders at risk of cutaneous leishmaniasis in the subandean region of Hulia department, Colombia. *Biomédica* [Online], 26 (Supl.1): 167-179. [Consultado em: 06/02/2015]. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v26s1/v26s1a18.pdf>
- Pereira, L. S., Pussetti, C. 2009. Introdução In: Pereira, L. S., Pussetti, C. (eds) 2009. *Os Saberes da Cura: Antropologia da Doença e Práticas Terapêuticas*. Lisboa. ISPA: 17- 29.
- Pfuetzenreiter, M. R. 2001. A Ruptura entre o Conhecimento Popular e o Científico em Saúde. *Ensaio - Pesquisa em Educação em Ciências*, 3(1): 1-15.
- Pinto, C.S.; Rosa, M.V.; Nascimento, M.L.P.R.; Bordalo, A. 2015. *Doenças de Declaração Obrigatória 2010-2013*. Vol.I. Lisboa. Direcção-Geral da Saúde: 44
- Prieto, R.G.; Walter, S.; Alvar, J.; Miguel, A. G. 2011. Epidemiology of Leishmaniasis in Spain Based on Hospitalization Records (1997-2008). *American Journal of the Tropical Medicine and Hygiene*, 85(5): 820-825.
- Reithinger, R.; Mohsen, M.; Aadil, K.; Majeed, S.; Erasmus, P.; Coleman, P. G. 2003. Anthroponotic Cutaneous Leishmaniasis, Kabul, Afghanistan. *Emerging Infectious Diseases*. 9 (6): 727-729.
- Santos, A. O.; Ueda-Nakamura, T.; Filho, B. P. D.; Veiga Junior, V. F.; Nakamura, C. V. 2011. Copaiba Oil: An Alternative to Development of New Drugs against Leishmaniasis. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2012: 1-7.
- Savioli, L.; Daumerie, D. 2010. *First WHO report on neglected tropical diseases: working to overcome the global impact of neglected tropical diseases*. France. World Health Organization. Geneva : 91-96 [Consultado em: 28/12/2014], Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564090_eng.pdf
- Serra, H. 2007. Da construção e reprodução do conhecimento e discurso médicos. Para uma etnografia da transplantação hepática. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 79: 113-131.
- Serrada, E. 2010. *A Leishmaniose visceral em Portugal continental (1999-2009)*. Dissertação de IX Curso de Mestrado em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.
- Sundar, S.; Chakravarty, J. 2010. Antimony Toxicity. *International Journal of Environmental*

- Research and Public Health*, 7: 4267-4277.
- Sobo, E. J. 2004. Theoretical and Applied Issues in Cross Cultural Health Research: Key Concepts and Controversies. In: Ember, C., Ember, M. 2004. *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures*. Kluwer Academic/Plenum Publishers, Nova Iorque: 3-11.
- Tiuman, T. S.; Santos, A. O.; Ueda-Nakamura, T.; Filho, B. P. D.; Nakamura, C. V. 2011. Recent advances in leishmaniasis treatment. *International Journal of Infectious Diseases*, 15: e525-e532.
- Uchôa, C. M. A.; Serra, C. M. B.; Magalhães, C. M.; Silva, R. M. M.; Figliuolo, L. P.; Leal, C. A.; Madeira, M. F. 2004. Educação em saúde: ensinando sobre a leishmaniose tegumentar americana. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 20(4): 935-941.
- Unicef Brasil. N/D. Prevenção da transmissão vertical [Online]. *Unicef Brasil* [Consultado em: 30/05/2015], Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_10153.htm
- UpToDate. 2015. Decisões mais inteligentes. Melhor tratamento. [Online]. *UpToDate* [Consultado em: 30/05/2015]. Disponível em: <http://www.uptodate.com/pt/home>
- Vassallo, S. 2014. World Health Day 2014: Vector-Borne Diseases. [Online], *archive*. [Consultado em: 9/12/2014], Disponível em: <http://archiveglobal.org/world-health-day-2014-vector-borne-diseases/>
- WHO. 2001. Legal Status of Tradicional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: a Worldwide Review, 2015. [Online] *World Health Organization*. [Consultado em: 25/05/2015], Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2943e/>
- WHO. 2013. Leishmaniasis – Status of endemicity Leishmaniasis, 2013. [Online], *World Health Organization*. [Consultado em: 12/12/2014], Disponível em: http://apps.who.int/neglected_diseases/ntddata/leishmaniasis/leishmaniasis.html
- WHO.a. 2014. Leishmaniasis. [Online], *World Health Organization*. [Consultado em: 16/11/2014], Disponível em: <http://www.who.int/leishmaniasis/en/>
- WHO.b. 2014. Media Centre – Leishmaniasis – Fact Sheet. [Online], *World Health Organization*. [Consultado em: 16/11/2014], Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs375/en/>
- WHO.c. 2014. Global Health Observatory (GHO) – Leishmaniasis, Situation and trends. [Online], *World Health Organization*. [Consultado a 17/11/2014], Disponível em:

http://www.who.int/gho/neglected_diseases/leishmaniasis/en/

WHO. 2015. Health: Tropical Diseases. [Online], *World Health Organization*. [Consultado a 22/07/2015], Disponível em: http://www.who.int/topics/tropical_diseases/en/

Wilmoth, L.B.; Loner, K.L. 2008. Leishmaniasis. *In*. Wilmoth, L.B.; Loner, K.L. (eds) 2008. *Infectious Diseases: In Context*. Canada. Thomson Gale. Vol.1: 483-486.

Glossário

- ⁱ Doença Tropical: grupo de doenças que ocorrem principalmente nos trópicos, tais como as doenças infecciosas que se desenvolvem em climas húmidos e quentes (WHO, 2015)
- ⁱⁱ (Inseto) Vetor: organismo capaz de transmitir uma infeção – podendo estar afetado ou apenas transmitir o agente infeccioso – sendo de espécie diferente do organismo infetado (Manuilla, *et al.*, 2000: 631)
- ⁱⁱⁱ Reservatório de Doença Infecciosa: ser vivo (animal ou não) ou substância em que o agente infeccioso normalmente vive e se multiplica, de forma a poder ser transmitido a hospedeiros suscetíveis (Last J, 1995 *in* Serrada, 2010: xiii)
- ^{iv} Hospedeiro: ser vivo que transportam ou acolhem um agente infeccioso (vírus, bactérias ou parasitas) (Manuilla, *et al.*, 2000: 324).
- ^v Transmissão vertical: transmissão da infeção de mãe para filho (UniCef Brasil, N/D)
- ^{vi} Úlceras: perdas de substâncias na pele ou mucosas, particularmente quando esta mostra pouca capacidade de cicatrização, e tem evolução crónica (Manuilla, *et al.*, 2000: 615).
- ^{vii} Nódulos: massa de células designada por inchaço ou saliência com forma de nó (Manuilla, *et al.*, 2000: 422).
- ^{viii} Verruga: pequeno tumor cutâneo irregular, de origem viral (Manuila *et al.*, 2000: 635)

- ^{ix} Eritemas: “*rubor congestivo da pele, que desaparece à pressão*” (Manuila *et al.*, 2000: 232)
- ^x Hipergamaglobulinemia: excesso de gamaglobulinas (globulina plasmática de função anticorpo no organismo) no sangue (Infopedia, 2015 a.; Manuila *et al.*, 2000: 331)
- ^{xi} Hipoalbuminemia: diminuição de albumina no sangue (proteína no soro sanguíneo, músculos, leite, ovos, e alguns vegetais) (Infopédia, 2015 b.; Manuila *et al.*, 2000: 48).
- ^{xii} Erupção maculopapular: lesão cutânea que se caracteriza pelo aparecimento de manchas e de pápulas avermelhadas (ex: sarampo ou rubéola) (Manuila *et al.*, 2000: 235; Infopédia 2015 c.).
- ^{xiii} Erupção Macular: lesão cutânea caracterizada por uma mancha plana (não saliente) (Manuila *et al.*, 2000: 235, 372).
- ^{xiv} Erupção Nódular: lesão cutânea caracterizada por uma pequena saliência em forma de nó (Manuila *et al.*, 2000: 235, 422).
- ^{xv} Seropositivo: Possui anticorpos no soro sanguíneo (Infopédia, 2015 d.).
- ^{xvi} UpToDate: base de informações médicas, baseada em evidências, revisada por pares, publicada por uma companhia médica chamada UpToDate, Inc (UpToDate, 2015)

Apêndices

Apêndice A.

A primeira experiência etnográfica

Este capítulo falado na primeira pessoa com discurso prático e um pouco mais informal, junta os pontos positivos e negativos deste projeto; as dificuldades e ajudas encontradas ao longo deste longo percurso – em suma, uma descrição resumida (como que uma aproximação a uma nota de campo) do meu percurso ao longo deste projeto.

O longo tempo de recolha de dados deve-se essencialmente à dificuldade que as Comissões de Ética dos hospitais a nível nacional apresentam aos investigadores, obrigando a toneladas de papéis burocráticos e a meses de espera correndo o risco de as respostas virem a ser negativas. O que obrigou a várias alterações dos objetivos do trabalho e à realização de várias pesquisas bibliográficas (consoante os objetivos definidos). Pouco antes de me lançar na odisseia dos hospitais, resolvi procurar doentes de leishmaniose para realização de entrevistas em associações de apoio a doentes, nomeadamente a doentes com sida (pela relação descrita anteriormente), contudo, das poucas respostas que recebi todas foram negativas. Nesta altura pretendia definir a doença na perspetiva fenomenológica, o que implicava entrevista a pelo menos dez doentes. Então, esperando ainda por respostas, resolvi entrar em contacto com hospitais de várias zonas do país. Os poucos que me responderam ao contacto, reencaminharam-me para as Comissões de Ética. Porém, à exceção do Centro hospitalar do Barlavento Algarvio e do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (os quais cheguei a deslocar-me mais do que uma vez), até aos presentes dias, ainda não recebi

nenhuma resposta dessas comissões de ética.

Entretanto procedi à marcação de reuniões e recebi dados quantitativos do número de casos oficiais notificados pela Direção Geral da Saúde e do Instituto Nacional de Estatística, porém, decidi não utilizar os mesmos para este trabalho pela descoberta de falta de concordância dos dados referentes a 2006, e por não acrescentarem mais informação do que a referida na bibliografia consultada. Realizei uma tentativa de contacto para me explicarem a incoerência dos dados, mas sem sucesso. Tentei também entrar em contacto com donos de cães infetados com leishmaniose para uma possível análise de conhecimento, experiência e sensibilização dos mesmos, mas sem sucesso.

Por várias vezes, tentei entrar em contacto com o Instituto de Higiene e Medicina Tropical para fornecimento de dados numéricos de diagnósticos realizados de leishmaniose humana, contudo, as respostas apenas se cingiram a facultar alguns dados bibliográficos, que aliás já possuía.

Mudei de tema para a área da sensibilização e conhecimento e resolvi contactar médicos de centros de saúde do distrito de Coimbra, contudo, no primeiro centro de saúde a que me dirigi, fui logo informada de que deveria enviar um projeto à comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC). O episódio repete-se por três tentativas e meses passaram, sem sucesso.

Por motivos familiares e externos ao projeto, foram algumas as vezes que me vi obrigada a fazer uma pausa, mas retomei (mais tarde) o trabalho, com ideias novas (as finais) de abordagem ao meu projeto. É certo que poderia ter desistido de abordar o tema da leishmaniose - como algumas pessoas próximas me aconselharam - contudo, ao ler bibliografia sobre esta doença humana e canina, senti-me na obrigação de contribuir, de alguma forma, para a ajuda aos profissionais de saúde, com mais informação sobre o que se passa a nível nacional, e analisar uma hipótese de criação de uma campanha de Educação em Saúde.

Com nova abordagem, entrevistei médicos e estudantes universitários para perceber se teria vantagens ou não na realização de campanhas em Educação em Saúde sobre a doença, mas com a pretensão de adaptação aos diferentes tipos de discursos existentes nos distintos grupos populacionais.

Como referido anteriormente, as entrevistas aos profissionais foram realizadas fora dos seus ambientes de trabalho para que nem eu, nem os participantes, fôssemos sujeitos a

alguma questão ética, mesmo tendo em conta que as questões realizadas não contrariavam algum princípio de deontologia médica, nomeadamente, não implicavam o fornecimento de informação privada de algum indivíduo, doente ou não.

Além de analisar as entrevistas – a título expositivo e de fornecimento de informação adicional – aproveitei os dados de um inquérito que criei anteriormente enquanto aguardava por resposta da Comissão de Ética da ARSC, para verificar a falta de conhecimento da doença e da possível relação (ou sua ausência) entre ter animais ou ser profissional da área da saúde e conhecer a doença e seus sintomas, diagnóstico, prevenção etc.

Por fim, com nova pesquisa bibliográfica, procedi à análise dos dados obtidos e realização do presente trabalho escrito.

Na análise dos dados quantitativos, utilizei o *software* IBM SPSS, que já tinha utilizado no passado. Para os dados qualitativos, decidi inovar e recorrer ao *software* MAXQDA para me auxiliar na análise das 1088 respostas aos 32 entrevistados. Com algumas dificuldades em obter o programa, a sua utilização tornou a minha análise mais simples e prática.

Embora com dificuldades na recolha dos dados para o projeto (enúmeras vezes reformulado), como primeira experiência de campo, creio que os objetivos finais foram cumpridos.

Apêndice B

O presente modelo de protocolo de Consentimento Informado foi realizado com título próprio, pois ainda não estava definido título final do projeto.

Protocolo de Consentimento Informado – Entrevista Semiestruturada

“Leishmaniose Humana – Conhecimento Erudito e Conhecimento Laico”

Carolina Farinha Batista Moreira da Silva, antropóloga, vem solicitar a sua participação no seu trabalho de investigação subordinado ao tema “Leishmaniose Humana - Conhecimento Erudito e Conhecimento Laico”, com vista à realização de Dissertação para obtenção de Grau de Mestre no âmbito do Mestrado em Antropologia Médica a decorrer na Faculdade Ciências e Tecnologias da Universidade de Coimbra.

Objetivos:

- a) Através de recolha de questionários *online*, recolher informação sobre o conhecimento geral da doença;
- b) Através de entrevistas/questionários a um grupo de alunos de Universidade recolher informação sobre o conhecimento geral da doença;
- c) Através de entrevistas, recolher informação sobre a sensibilização por parte dos médicos para a doença;
- d) Análise antropológica dos dados recolhidos e Comparação dos mesmos com trabalhos publicados.

Metodologia:

O Estudo em questão versa sobre uma análise antropológica do conhecimento e sensibilização da leishmaniose humana por parte de profissionais de saúde e indivíduos pertencentes à população em geral, com uma amostra de pelo menos 16 médicos a trabalhar em diferentes serviços clínicos, e uma amostra de pelo menos 16 alunos da Universidade de Coimbra.

A recolha de dados qualitativos será efetuada através de entrevistas semiestruturadas áudio-gravadas e, posteriormente passadas para suporte de leitura informática (através do programa MAXQDA) com análise baseada em literatura sobre o tema do Conhecimento. A metodologia a utilizar no tratamento dos dados quantitativos será através de programas informáticos (^{IBM}SPSS e processador de texto).

Consentimento:

Eu, _____ declaro que fui informado(a) do objetivo e metodologia da investigação intitulada “Leishmaniose Humana: Conhecimento Erudito e Conhecimento Laico”.

Aceito participar de livre vontade no estudo da autoria de *Carolina Farinha Batista Moreira da Silva* (Antropóloga e aluna do Mestrado de Antropologia Médica da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra) orientado pela *Professora Doutora Ana Luísa da Conceição dos Santos* (Professora Auxiliar do Departamento Ciências da Vida e Investigadora do Centro de Investigação em Antropologia e Saúde da Universidade de Coimbra), no âmbito da dissertação na área da Antropologia Médica, e pela *Doutora Marta Antunes Maia* (Investigadora do Centro em Rede de Investigação em Antropologia).

Estou consciente de que em nenhum momento serei exposto(a) a riscos em virtude da minha participação nesta investigação e que poderei em qualquer momento recusar continuar sem nenhum prejuízo para a minha pessoa. Sei também que os dados da entrevista semiestruturada, por mim respondida serão usados somente para fins científicos e destruídos pela investigadora após o estudo. Aquando do tratamento dos dados, estes serão codificados mantendo assim o anonimato. Os resultados do estudo serão por mim consultados sempre que o solicitar. Fui informado(a) de que não terei nenhum tipo de despesas nem receberei nenhum pagamento ou gratificação pela minha participação nesta investigação.

Ao participar neste trabalho, estou a colaborar para o desenvolvimento da investigação na área das doenças infecciosas, na expectativa de que no futuro o estudo contribua para maior informação e sensibilização por parte da população e profissionais de saúde, tendo um impacto positivo no doente.

Depois do anteriormente referido, concordo, voluntariamente, em participar no referido estudo.

Nome:

Assinatura:

Data: __/__/201__

Investigadora: Carolina Silva

Contacto: 0carolinasilva@gmail.com

Apêndice C

C.1. Guião de Entrevista – Estudantes da Universidade de Coimbra

A leishmaniose é uma infeção parasitária endémica em pelo menos 98 países a nível mundial, afetando cerca de 2 milhões de indivíduos em cada ano, com uma prevalência de 12 milhões de casos, e é responsável por 60.000 óbitos anuais. Cerca de 350 milhões de pessoas estão em risco de serem infetadas. A leishmaniose é uma infeção causada por um parasita, *Leishmania*, transmitido pela picada da fêmea de um inseto com características idênticas a um mosquito. A doença manifesta-se separadamente ou simultaneamente através de 3 tipos (principais): leishmaniose cutânea, visceral, e muco-cutânea.

1. Gostaria de saber se já ouviu falar desta doença. [Se sim, gostaria de saber em que circunstâncias.]
2. Sabia que a leishmaniose afeta humanos, e animais como os cães, as raposas e pequenos roedores?
3. Que tipos de tratamentos pensa que possam existir? Apenas terapia química? [Caso tenha conhecimento de terapias alternativas gostaria de saber a sua opinião de uma possibilidade de correlacionar a terapia química com as terapias alternativas?]
4. Tem ideia do que deverá o médico fazer perante um caso de leishmaniose? (pedir sugestões)
5. Tendo em conta a informação dada inicialmente (introdução), o que pensa sobre a gravidade desta doença para a população? Isto é, se pudesse classificar numa escala de 1 a 5 (1 - nada grave; 5 – muito grave) que valor poderia dar? [Porquê?]
6. Acha possível a coexistência desta patologia num organismo (numa pessoa, por exemplo) com outra de igual (ou superior) grau de gravidade?
7. Na Medicina Veterinária, já se desenvolveu uma Vacina contra a leishmaniose. O que pensa deste tipo de medida terapêutica para os humanos?
8. Tinha conhecimento de que a doença faz parte da lista de doenças de declaração obrigatória da DGS?
9. Da literatura que tenho recolhido, observei que a doença (de declaração obrigatória) é subnotificada, ou seja, o número de casos que a DGS e o INE têm não corresponde ao número real na população portuguesa (referir e resumir o estudo de Elizabete Serrada que procedeu à recolha de dados em vários centros hospitalares e comparou com os dados oficiais fornecidos pela DGS). Sabe quem é o responsável pela declaração de cada caso? Na sua opinião, qual será o motivo para esta falha? O que sugere para mudar?
10. No caso da população em geral, tendo em conta de que as ciências médicas estão em constante evolução, quer com novos procedimentos de atuação, quer novas informações sobre as doenças (crónicas, cancro, etc., e neste caso infecciosas), qual a sua opinião sobre a divulgação do “estado de arte” da leishmaniose no nosso país (para a população em geral)?
11. Conhece alguma medida preventiva ou de controlo desta doença? (se não, apresentar o poster da WHO). [Das que conhece, acha que serão suficientes?]
12. Caso surgisse uma campanha de Educação em Saúde, e se lhe pedissem a sua opinião sobre o que se poderia fazer (para alertar a população); o que sugeria?
13. Gostaria de saber se conhece algum doente de leishmaniose (ou que tenha tido leishmaniose)?
14. Tem animais domésticos? Quais? Algum deles tem leishmaniose? Conhece alguém com animal doente?
15. Idade/Sexo/Estado Civil?

16. Grau académico inscrito/ Zona onde vive (para saber se é natural de zona endémica)
17. Sobre o Estudo: Qual a sua opinião sobre a presente investigação?

C.2. Guião de Entrevista – Médicos(as)

1. Gostaria de saber quando e em que circunstâncias ouviu falar da doença pela primeira vez. (se foi em situação clínica perguntar quais foram os procedimentos que seguiu)
2. [Em situação de trabalho, já lhe surgiu algum caso cujos sintomas lhe indicassem leishmaniose? (Se sim, Que procedimentos seguiu?)]
3. Que procedimentos obrigatórios os médicos têm que fazer, caso lhe surja um caso de leishmaniose? Ou seja, quais serão as *guidelines* para um caso de leishmaniose?
4. Tendo conhecimento dos tipos de leishmaniose e seus sintomas, acha que esta doença é de difícil diagnóstico? [(Na sua opinião) se é possível um diagnóstico baseado apenas em observação clínica ou em exames laboratoriais ou será preferível a conjugação dos resultados de ambos?]
5. Dos diferentes tipos de diagnósticos existentes, quais é que considera mais fiáveis (dentro dos diagnósticos laboratoriais)
6. Acha possível a coexistência desta patologia num organismo com outra de igual grau de gravidade (ou superior)?
7. Dentro dos seus conhecimentos clínicos, qual seria o melhor tipo de tratamento? (Tem conhecimento de algum tipo específico de medicação?)
8. Qual é a sua opinião sobre uma possível correlação com outros tipos de tratamentos não químicos (homeopatia, etc.)? É possível? Acha que já se faz?
9. Eu tenho cães, e sei que na Medicina Veterinária, já se desenvolveu uma Vacina contra a leishmaniose. Tem algum conhecimento sobre algum estudo nesse sentido para os humanos? Concorda que se deveria apostar numa terapêutica deste tipo? (pelo menos para as zonas endémicas)
10. Da literatura que tenho recolhido, observei que a doença é de declaração obrigatória, mas subnotificada. Não acha que se deveria apostar na sensibilização permanente dos médicos para que estes possam identificar, tratar ou encaminhar os casos para serviços de infecciosas e declarar sempre que exista algum caso? (Ou outro procedimento do género)
11. E no caso da população em geral? Isto é, sabendo que as ciências médicas estão em constante evolução, quer com novos procedimentos de atuação, quer novas informações sobre as doenças (crónicas, cancro, etc., e neste caso infecciosas), Qual a sua opinião sobre a divulgação do “estado de arte” da leishmaniose no nosso país (para a população em geral)?
12. Para além das medidas de prevenção e controlo que a WHO nos apresenta, acha que serão suficientes? Porquê? Tem alguma sugestão?
13. Caso surgisse uma campanha de Educação em Saúde, e se lhe pedissem a sua opinião sobre o que se poderia fazer (para alertar a população); o que sugeria?
14. Sobre o Estudo: Qual a sua opinião sobre a presente investigação?
15. Tem animais domésticos e Quais?
16. Idade/Sexo/Estado Civil?
17. Especialidade Médica/ Zona onde vive (para saber se vive em zona endémica)

Sendo considerada como uma doença de Declaração Obrigatória, dados da literatura portuguesa demonstram que esta é subnotificada (os números que a Direção Geral da Saúde apresenta não têm correspondido ao no de casos que surgem nos hospitais).

B. O que sugere para que se possa alterar esta discrepância de números?

Se é um profissional de saúde e/ou já ouviu falar da doença, responda agora a algumas perguntas mais específicas

Sendo considerada como uma doença de Declaração Obrigatória, dados da literatura portuguesa demonstram que esta é subnotificada (os números que a Direção Geral da Saúde apresenta não têm correspondido ao no de casos que surgem nos hospitais).

A. Qual é a sua opinião sobre esta situação?

Conhece algum subtipo de leishmaniose?

Se sim por favor indique-o. (caso não tenha conhecimento, indique "Não sei")

Classifique o que considerar, na sua opinião, de sintomas clássicos de leishmaniose Humana

	Não é Sintoma Clássico	É pouco provável que seja um sintoma clássico	É provável que seja um sintoma clássico	É muito provável que seja um sintoma clássico	É um sintoma clássico	Não sei
Febre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anemia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leucopenia (redução do no de glóbulos brancos no sangue)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trombocitopenia (redução do no de plaquetas no sangue)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pancitopenia (redução do no de glóbulos vermelhos, brancos e plaquetas no sangue)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Palidez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Emagrecimento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Astenia (fraqueza)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cefaleia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diarreia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Esplenomegalia (aumento do volume do baço)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatomegalia (aumento do volume do fígado)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adenopatia (aumento dos gânglios linfáticos superficiais)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lesões Dermatológicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Acha que pode coexistir num organismo com outra patologia de igual grau de gravidade, ou superior? Se sim por favor, especifique

Quais serão os modos de transmissão da doença que considera mais prováveis de ocorrer?

- Picada de Inseto
- Transfusão Sanguínea
- Espirro
- Aperto de mão
- Mordedura de animal
- Não sei

Pode escolher mais do que uma opção.

III. Diagnóstico, Tratamento e Prevenção

Se é um profissional de saúde e/ou já ouviu falar da doença, responda agora a algumas perguntas mais específicas

Quais são os tipos de diagnósticos que conhece?

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- Laboratoriais
- Observação clínica
- Ambos
- Não conheço

Caso tenha conhecimento de algum tipo específico de diagnóstico, por favor indique-o.

Caso não tenha conhecimento, indique "Não sei."

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Que procedimentos acha que o médico deverá efetuar, caso lhe surja uma situação de leishmaniose?

Quais serão os tipos de tratamentos a aplicar? (Pode escolher mais do que uma opção)

- Medicação com antibióticos de largo espectro
- Antimónio Pentavalente
- Anfotericina Lipossomal B
- Allopurinol
- Anfotericina B

Miltefosine
Pentaminida
Não sei.

Outro:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Regularmente o tipo de terapia é química; acha que se deva aliar a outro tipo de terapia? Se sim, qual e porquê?

--

Conhece alguma medida preventiva ou de controlo desta doença?

--

IV. Informação Adicional

Tem ou já teve a doença?

- Sim
- Não

Se sim, qual?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Se sim, seria possível fornecer contacto *email* e/ou telefone?

Conhece alguém que já teve a doença?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Se sim, seria possível fornecer contacto *email* e/ou telefone?

V. Sobre o Estudo

Gostaria que deixasse alguma sugestão para enriquecer este trabalho.

--

Apêndice D

Frequências Calculadas

Apresentação por tabelas dos dados retirados em Output do *Software* SPSS versão 21.0.

D. 1. Tabela de frequência do sexo dos inquiridos

		Sexo do Inquirido			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Feminino	63	52,1	52,1	52,1
	Masculino	58	47,9	47,9	100,0
	Total	121	100,0	100,0	

D. 2. Tabela de frequências das idades dos Inquiridos, distribuídas por Faixas Etárias

		Idade em Faixas Etárias			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 25 anos	17	14,0	14,0	14,0
	25-29 anos	18	14,9	14,9	28,9
	30-34 anos	16	13,2	13,2	42,1
	35-39 anos	20	16,5	16,5	58,7
	40-44 anos	17	14,0	14,0	72,7
	45-49 anos	14	11,6	11,6	84,3
	50-54 anos	2	1,7	1,7	86,0
	55-59 anos	9	7,4	7,4	93,4
	60-64 anos	5	4,1	4,1	97,5
	≥ 65 anos	3	2,5	2,5	100,0
	Total	121	100,0	100,0	

D. 3. Tabela de frequências da distribuição geográfica dos inquiridos por distritos

		Distrito - Residência dos Inquiridos			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Aveiro	7	5,8	5,8	5,8
	Braga	2	1,7	1,7	7,4
	Castelo Branco	1	,8	,8	8,3
	Coimbra	79	65,3	65,3	73,6
	Leiria	5	4,1	4,1	77,7
	Lisboa	7	5,8	5,8	83,5
	Porto	17	14,0	14,0	97,5
	Santarém	1	0,8	0,8	98,3
	Vila Real	1	0,8	0,8	99,2
	Viseu	1	0,8	0,8	100,0
	Total	121	100,0	100,0	

D. 4. Tabela de frequências da distribuição geográfica dos inquiridos por regiões

		Região - Residência dos Inquiridos			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Região Norte	28	23,1	23,1	23,1
	Região Centro	85	70,2	70,2	93,4
	Região Lisboa e V.Tejo	8	6,6	6,6	100,0
	Total	121	100,0	100,0	

D. 5. Tabela de frequências das habilitações literárias dos inquiridos

		Habilitações Literárias			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2º Ciclo	1	,8	,8	,8
	3º Ciclo	22	18,2	18,2	19,0
	Doutoramento	9	7,4	7,4	26,4
	Licenciatura	54	44,6	44,6	71,1
	Mestrado	34	28,1	28,1	99,2
	Secundário	1	0,8	0,8	100,0
	Total	121	100,0	100,0	

D. 6. Tabela de frequências das profissões dos inquiridos

		Profissão.grupos			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Administrativo(a)	13	10,7	10,7	10,7
	Aposentado(a)	4	3,3	3,3	14,0
	Ciências	4	3,3	3,3	17,4
	Delegado(a) de Informação Médica	5	4,1	4,1	21,5
	Desempregado(a)	11	9,1	9,1	30,6
	Desporto	4	3,3	3,3	33,9
	Docente	8	6,6	6,6	40,5
	Enfermeiro(a)	14	11,6	11,6	52,1
	Engenheiro(a)	4	3,3	3,3	55,4
	Estudante	11	9,1	9,1	64,5
	Médico(a)	11	9,1	9,1	73,6
	Outras Profissões da Area da Saúde	10	8,3	8,3	81,8
	Outros	22	18,2	18,2	100,0
	Total	121	100,0	100,0	

D. 7. Tabela de frequências da area profissional dos inquiridos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Área da Saúde	40	33,1	33,1	33,1
	Não pertence área da saúde	81	66,9	66,9	100,0
	Total	121	100,0	100,0	

D. 8. Tabela de frequências sobre se os inquiridos já tinham ouvido falar da leishmaniose humana**Conhecimento da leishmaniose humana – Já ouviu falar desta doença?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	37	30,6	30,6	30,6
	Sim	84	69,4	69,4	100,0
	Total	121	100,0	100,0	

D. 9. Tabela de frequências sobre em que circunstâncias é que os indivíduos já tinham ouvido falar da doença**Se sim, em que circunstâncias?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Em contacto com pessoa doente	2	1,7	1,7	1,7
	Em meio académico	37	30,6	30,6	32,2
	S/Resp	38	31,4	31,4	63,6
	No Centro de Saúde	3	2,5	2,5	66,1
	Outro	41	33,9	33,9	100,0
	Total	121	100,0	100,0	

A tabela anterior é referente aos 84 indivíduos que responderam positivamente à pergunta anterior – sendo que, o número de “S/Resp” (“sem resposta”) corresponde a 37 indivíduos que responderam “Não” na pergunta anterior e 1 que não especificou onde é que já tinha ouvido falar da doença.

D. 10. Tabela de Frequências Sobre outras circunstâncias senão as anteriores em que os inquiridos já tenham ouvido falar da doença**Se sim, em que circunstâncias (Outras)?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Comunicação Social	4	3,3	3,3	3,3
	Donos de animais (amigos)	4	3,3	3,3	6,6
	Leishmaniose Canina	3	2,5	2,5	9,1
	Veterinária	21	17,4	17,4	26,4
	Outras	7	5,8	5,8	32,2
	S/Resp	82	67,8	67,8	100,0
	Total	121	100,0	100,0	

A tabela anterior é referente aos 41 indivíduos que responderam “Outras” à pergunta anterior. O número de “S/Resp” (“sem resposta”) corresponde a todas as não respostas da pergunta anterior 38 indivíduos (37 indivíduos que responderam “Não” na pergunta sobre se já tinham ouvido falar da doença, 1 que não especificou onde é que já tinha ouvido falar da doença) mais o indivíduos que já tinham especificado na pergunta anterior.

**D. 11. Tabela de Frequências sobre se os inquiridos têm ou não animais
Tem animais em casa?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	61	50,4	50,4	50,4
	Sim	60	49,6	49,6	100,0
	Total	121	100,0	100,0	

**D. 12. Tabela de frequências sobre que tipo de animais têm os inquiridos
Que animais tem em Casa?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cão(ães)	24	19,8	19,8	19,8
	Gato(s)	15	12,4	12,4	32,2
	Cão(ães) e Gato(s)	15	12,4	12,4	44,6
	Cão(ães), Gato(s), Outro(s)	2	1,7	1,7	46,3
	Cão(ães) e Outro(s)	2	1,7	1,7	47,9
	Outro(s)	3	2,5	2,5	50,4
	S/Resp	60	49,6	49,6	100,0
	Total	121	100,0	100,0	

D. 13. Tabela de frequências sobre o conhecimento da leishmaniose em outros animais (cão, raposa e alguns pequenos roedores)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sabe	71	58,7	58,7	58,7
	Não sabe	44	36,4	36,4	95,0
	Só sabe que afeta os cães	5	4,1	4,1	99,2
	Não conhecia a doença nos humanos	1	0,8	0,8	100,0
	Total	121	100,0	100,0	

**D. 14. Tabela de frequências sobre a opinião na possibilidade de desenvolvimento de vacina para humanos
Acha que se deve despendar dinheiro público para investigação no desenvolvimento de uma vacina humana?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	99	81,8	81,8	81,8
	Talvez	2	1,7	1,7	83,5
	Não	19	15,7	15,7	99,2
	Sem opinião	1	0,8	0,8	100,0
	Total	121	100,0	100,0	

D. 15. Tabela de frequências dos indivíduos que não concordaram com a criação de vacina em humanos (19 indivíduos).

Porquê que não acha?					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Poucos casos	7	5,8	53,8	53,8
	Custos elevados	6	5,0	46,2	100,0
	Total	13	10,7	100,0	
Missing	System	108	89,3		
Total		121	100,0		

Apenas 13 indivíduos justificaram as suas respostas. [“Missing Values” corresponde às não respostas da pergunta, que, por sua vez, correspondem às 99 respostas “Sim”, 1 “Sem opinião”, 2 “Talvez” e 6 que responderam “Não”, mas que não justificaram].

D. 16. Tabela de frequências sobre a opinião da subnotificação da leishmaniose

Opinião sobre a subnotificação					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Falta de Sensibilização dos Profissionais	12	9,9	9,9	9,9
	Falta de Conhecimento	21	17,4	17,4	27,3
	Falta de Divulgação	6	5,0	5,0	32,2
	Desleixo ou Incompetência	9	7,4	7,4	39,7
	Doença pouco valorizada	3	2,5	2,5	42,1
	Falta de articulação entre serviços/organizações	21	17,4	17,4	59,5
	Situação Preocupante	14	11,6	11,6	71,1
	Outro	20	16,5	16,5	87,6
	Não tem opinião	8	6,6	6,6	94,2
	S/Resp	7	5,8	5,8	100,0
	Total	121	100,0	100,0	

D. 17. Tabela de frequências de sugestões dos inquiridos para alterar a subnotificação da leishmaniose

O que sugere para alterar esta discrepância de número?					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Métodos/Técnicas Facilitar Processo de notificação	8	6,6	6,6	6,6
	Sensibilizar/Alertar/Informar os profissionais de Saúde	17	14,0	14,0	20,7
	Rigor/Inspeção/Articulação entre serviços	33	27,3	27,3	47,9
	Divulgação do Conhecimento/Informação	30	24,8	24,8	72,7
	Articulação com diferentes áreas	3	2,5	2,5	75,2
	Investigação	8	6,6	6,6	81,8
	Outro	6	5,0	5,0	86,8
	Sem Sugestão	9	7,4	7,4	94,2
	S/Resp	7	5,8	5,8	100,0
	Total	121	100,0	100,0	

D. 18. Tabela de Frequências sobre o conhecimento dos subtipos de leishmaniose
Conhece algum subtipo de leishmaniose?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não conheço	68	56,2	56,2	56,2
	Leishmaniose Visceral	3	2,5	2,5	58,7
	Leishmaniose Cutânea e Visceral	7	5,8	5,8	64,5
	Leishmaniose Mucocutânea e Visceral	1	0,8	0,8	65,3
	Todos os tipos	6	5,0	5,0	70,2
	L. canina e L. visceral humana	3	2,5	2,5	72,7
	S/Resp	33	27,3	27,3	100,0
	Total	121	100,0	100,0	

Criou-se uma tabela com sintomas da leishmaniose e solicitou-se aos inquiridos para considerarem quais os sintomas prováveis, improváveis e clássicos da doença. No entanto, as respostas não são consideradas, porque, embora os 33 inquiridos que não responderam a cada sintoma (categoria), não conhecem a leishmaniose, não correspondem aos 37 indivíduos que não conheciam a doença.:

D. 19. Tabela de Frequências sobre a Coinfeção da leishmaniose com outras patologias
Acha que pode coexistir num organismo com outra patologia de igual grau de gravidade, ou superior?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	30	24,8	24,8	24,8
	Talvez	7	5,8	5,8	30,6
	Não	52	43,0	43,0	73,6
	S/Resp	32	26,4	26,4	100,0
	Total	121	100,0	100,0	

D. 20. Tabela de Frequências sobre patologias que os inquiridos considerem que possam coexistir com leishmaniose
Se acha, especifique

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	HIV/sida	8	6,6	66,7	66,7
	HIV/sida e outras patologias (malária, lupos, febre tifoide, leucemia)	4	3,3	33,3	100,0
	Total	12	9,9	100,0	
Missing	System	109	90,1		
Total		121	100,0		

“Missing” corresponde às não respostas. Nesta tabela é possível que apenas 12 inquiridos responderam.

D. 21. Tabela de Frequências sobre o modo de transmissão de Picada de Inseto
Quais serão os modos de transmissão da doença que considera mais prováveis de ocorrer? [Picada de Inseto]

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	S/Resp	29	24,0	24,0	24,0
	Não	27	22,3	22,3	46,3
	Sim	65	53,7	53,7	100,0
	Total	121	100,0	100,0	

D. 22. Tabela de Frequências sobre o modo de transmissão de Transfusão Sanguínea
Quais serão os modos de transmissão da doença que considera mais prováveis de ocorrer? [Transfusão Sanguínea]

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	S/Resp	29	24,0	24,0	24,0
	Não	83	68,6	68,6	92,6
	Sim	9	7,4	7,4	100,0
	Total	121	100,0	100,0	

D. 23. Tabela de Frequências sobre o modo de transmissão Espirro
Quais serão os modos de transmissão da doença que considera mais prováveis de ocorrer? [Espirro]

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	S/Resp	29	24,0	24,0	24,0
	Não	92	76,0	76,0	100,0
	Sim	0	0,0	0,0	
	Total	121	100,0	100,0	

D. 24. Tabela de Frequências sobre o modo de transmissão Aperto de Mão
Quais serão os modos de transmissão da doença que considera mais prováveis de ocorrer? [Aperto de mão]

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	S/Resp	29	24,0	24,0	24,0
	Não	91	75,2	75,2	99,2
	Sim	1	0,8	0,8	100,0
	Total	121	100,0	100,0	

D. 25. Tabela de Frequências sobre o modo de transmissão Mordedura Animal
Quais serão os modos de transmissão da doença que considera mais prováveis de ocorrer? [Mordedura de animal]

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	S/Resp	29	24,0	24,0	24,0
	Não	64	52,9	52,9	76,9
	Sim	28	23,1	23,1	100,0
	Total	121	100,0	100,0	

D. 26. Tabela de Frequências sobre quem não tinha conhecimento do tipo de transmissão da doença
Quais serão os modos de transmissão da doença que considera mais prováveis de ocorrer? [Não sei]

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	S/Resp	29	24,0	24,0	24,0
	Não	70	57,9	57,9	81,8
	Sim	22	18,2	18,2	100,0
	Total	121	100,0	100,0	

D. 27. Tabela de Frequências sobre o Tipo de Diagnósticos que os inquiridos conhecem
Quais são os tipos de diagnósticos que conhece?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	Laboratoriais e Observação Clínica	19	15,7	15,7	15,7
	Laboratoriais	20	16,5	16,5	32,2
	Observação Clínica	7	5,8	5,8	38,0
	Não conhece	45	37,2	37,2	75,2
	S/Resp	30	24,8	24,8	100,0
	Total	121	100,0	100,0	

D. 28. Tabela de Frequências sobre tipos específicos de diagnóstico
Caso tenha conhecimento de algum tipo específico de diagnóstico, por favor indique-o.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	Não sei	47	38,8	38,8	38,8
	Testes imunológicos	2	1,7	1,7	40,5
	Elisa	1	0,8	0,8	41,3
	Reação Montenegro	1	0,8	0,8	42,1
	T.imunológicos, RIFI, ELISA, PCR, Ecografia	1	0,8	0,8	43,0
	Observação Microscópica	2	1,7	1,7	44,6
	S/Resp	67	55,4	55,4	100,0
	Total	121	100,0	100,0	

D. 29. Tabela de Frequências sobre Procedimentos Médicos
Que procedimentos acha que o médico deverá efetuar, caso lhe surja uma situação de leishmaniose?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	Notificação	8	6,6	6,7	6,7
	Diagnóstico	2	1,7	1,7	8,4
	Internamento	2	1,7	1,7	10,1
	Medicação e Informação	16	13,2	13,4	23,5
	Todas as anteriores	3	2,5	2,5	26,1
	Notificação e Medicação	8	6,6	6,7	32,8
	Notificação e Internamento	3	2,5	2,5	35,3
	Diagnóstico e Medicação	1	0,8	0,8	36,1
	Encaminhamento para Serv. Especializado e Notificação	5	4,1	4,2	40,3
	Outros	3	2,5	2,5	42,9
	Não sei	27	22,3	22,7	65,5
	S/Resp	43	35,6	34,5	100,0
	Total	119	98,3	100,0	
	Total	121	100,0		

D. 30. Tabela de Frequências sobre o Tratamento da leishmaniose com medicação com antibióticos de largo espectro
Quais serão os tipos de tratamentos a aplicar? [medicação com antibióticos de largo espectro]

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	S/Resp	31	25,6	25,6	25,6
	Não	81	66,9	66,9	92,6
	Sim	9	7,4	7,4	100,0
	Total	121	100,0	100,0	

D. 31. Tabela de Frequências sobre o Tratamento da leishmaniose com antimônio pentavalente
Quais serão os tipos de tratamentos a aplicar? [antimônio pentavalente]

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	S/Resp	31	25,6	25,6	25,6
	Não	82	67,8	67,8	93,4
	Sim	8	6,6	6,6	100,0
	Total	121	100,0	100,0	

D. 32. Tabela de Frequências sobre o Tratamento da leishmaniose com anfotericina lipossomal B
Quais serão os tipos de tratamentos a aplicar? [anfotericina lipossomal B]

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	S/Resp	31	25,6	25,6	25,6
	Não	84	69,4	69,4	95,0
	Sim	6	5,0	5,0	100,0
	Total	121	100,0	100,0	

D. 33. Tabela de Frequências sobre o Tratamento da leishmaniose com allopurinol
Quais serão os tipos de tratamentos a aplicar? [allopurinol]

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	S/Resp	31	25,6	25,6	25,6
	Não	90	74,4	74,4	100,0
	Total	121	100,0	100,0	

D. 34. Tabela de Frequências sobre o Tratamento da leishmaniose com aforotericina B
Quais serão os tipos de tratamentos a aplicar? [anfotericina B]

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	S/Resp	31	25,6	25,6	25,6
	Não	83	68,6	68,6	94,2
	Sim	7	5,8	5,8	100,0
	Total	121	100,0	100,0	

D. 35. Tabela de Frequências sobre o tratamento da leishmaniose com miltefosine
Quais serão os tipos de tratamentos a aplicar? [miltefosine]

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	S/Resp	31	25,6	25,6	25,6
	Não	84	69,4	69,4	95,0
	Sim	6	5,0	5,0	100,0
	Total	121	100,0	100,0	

D. 36. Tabela de Frequências sobre o Tratamento da leishmaniose com pentaminida
Quais serão os tipos de tratamentos a aplicar? [pentaminida]

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	S/Resp	31	25,6	25,6	25,6
	Não	85	70,2	70,2	95,9
	Sim	5	4,1	4,1	100,0
	Total	121	100,0	100,0	

D. 37. Tabela de Frequências sobre quem não tinha conhecimento do tratamento da leishmaniose
Quais serão os tipos de tratamentos a aplicar? [Não sei.]

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	S/Resp	31	25,6	25,6	25,6
	Não	23	19,0	19,0	44,6
	Sim	67	55,4	55,4	100,0
	Total	121	100,0	100,0	

Não foram apresentadas respostas sobre outro tipo de tratamento para além dos apresentados.

D. 38. Tabela de Frequências sobre a Terapia
Regularmente o tipo de terapia é química; acha que se deva aliar a outro tipo de terapia?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	18	14,9	16,7	16,7
	Talvez	1	0,8	0,9	17,6
	Não	17	14,0	15,7	33,3
	Não sei	33	27,3	30,6	63,9
	S/Resp	52	42,9	36,1	100,0
Total	121	100,0			

D. 39. Tabela de Frequências sobre a Terapia - Opinião
Regularmente o tipo de terapia é química; se acha que se deva aliar a outro tipo de terapia, qual?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Terapia Preventiva	1	0,8	6,7	6,7
	Terapia Alternativa	8	6,6	53,3	60,0
	Acompanhamento Psicológico	2	1,7	13,3	73,3
	Justificação: Conforto do doente	4	3,3	26,7	100,0
	Total	15	12,4	100,0	
Missing	System	106	87,6		
Total		121	100,0		

Resposta "Missing" corresponde às não respostas.

D. 40. Tabela de Frequências sobre medidas preventivas ou de controlo da leishmaniose
Conhece alguma medida preventiva ou de controlo desta doença?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	55	45,5	45,5	45,5
	Não	29	24,0	24,0	69,4
	S/Resp	37	30,6	30,6	100,0
	Total	121	100,0	100,0	

D. 41. Tabela de Frequências sobre as medidas preventivas ou de controlo descritas pelos inquiridos
Que medida preventiva ou de controlo conhece?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Evitar contacto com o inseto	16	13,2	29,1	29,1
	Vacinação animal e humana e Prevenção animal	19	15,7	34,5	63,6
	Evitar contacto com animal infetado, Eutanásia	2	1,7	3,6	67,3
	Todas as anteriores	14	11,6	25,5	92,7
	Evitar contacto com o inseto e Campanhas de Educação em Saúde	1	0,8	1,8	94,5
	Outros	3	2,5	5,5	100,0
	Total	55	45,5	100,0	
Missing	System	66	54,5		
Total		121	100,0		

D. 42. Tabela de Frequências sobre o conhecimento de algum doente de leishmaniose

Conhece alguém que já teve a doença?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	4	3,3	3,3	3,3
	Não	117	96,7	96,7	100,0
	Total	121	100,0	100,0	

D. 43. Tabela de Frequências sobre Opinião/Sugestão relativos ao estudo em causa requeridos aos inquiridos
Quem deixou opinião; comentário; sugestão

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Deixou comentário; sugestão	67	55,4	55,4	55,4
	Sem comentário; sugestão	50	41,3	41,3	96,7
	S/Resp	4	3,3	3,3	100,0
	Total	121	100,0	100,0	

D. 44. Tabela de Frequências sobre Opinião/Sugestão relativos ao estudo em causa respondidos (67 inquiridos)
Sugestões dos inquiridos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Usar o trabalho para divulgação das características da doença à população em geral e aos profissionais de saúde	40	33,1	64,5	64,5
	Incentivo para outros estudos no mesmo tema (outras doenças)	6	5,0	9,7	74,2
	Comparar os dados com dados de outros estudos (internacionais)	3	2,5	4,8	79,0
	Averiguar a subnotificação e criação de métodos para a diminuir	3	2,5	4,8	83,9
	Outros	10	8,3	16,1	100,0
	Total	62	51,2	100,0	
Missing	System	59	48,8		
Total		121	100,0		

D. 45. Opiniões / Sugestões retiradas de alguns inquéritos

Usar o trabalho para divulgação das características da doença à população em geral e aos profissionais de saúde	<i>"Faz tu um folheto informativo sucinto que consideres melhorar o conhecimento sobre a doença em hospitais e centros de saúde. Sendo uma doença "rara" os profissionais de saúde podem não estar atentos à possibilidade do seu diagnóstico, confundindo com outras"</i> (Inquérito 1) <i>"Julgo que este trabalho poderia ser um bom ponto de partida para uma reportagem, com casos reais de pessoas infetadas, para que fiquemos mais informados sobre um problema que pode ser evitado e mais combatido. [...] espero [...] que sirva de base para uma maior divulgação do problema"</i> (Inquérito 34)
Incentivo para outros estudos no mesmo tema (e sobre outras doenças)	<i>"Relacionar momentos de crise na história de Portugal com a Leishmaniose"</i> (Inquérito 62)
Comparar os dados com dados de outros estudos (internacionais)	<i>"Consulta de informação publicada (Brasil); conceção de um sistema de procedimento para identificação, registo e tratamento da doença."</i> (Inquérito 61)

Apêndice E

Análise de Influência de Variáveis

Apresentação das tabelas de análise de influência entre variáveis.

E. 1. Tabela de resultados do teste de independência de variáveis, sobre a variável “Profissões”

Hipótese Nula sobre as variáveis a testar com a variável “Profissões”	Valor do Qui ²	df	Nível de Sig.
A profissão não influencia o facto de ter ouvido falar da doença.	16,281	12	0,179 (Não rejeitar H ₀)
A profissão não influencia o facto de conhecer a doença em outros animais.	67,240	36	0,001 (Rejeitar H ₀)
A profissão não influencia o conhecimento dos subtipos da doença.	109,247	72	0,003 (Rejeitar H ₀)
A profissão não influencia a opinião sobre uma possível coinfeção.	120,965	36	0,000 (Rejeitar H ₀)
A profissão não influencia saber o meio de transmissão através picada de inseto	36,467	24	0,049 (Rejeitar H ₀)
A profissão não influencia a opinião sobre uma associação entre terapias.	47,424	48	0,496 (Não rejeitar H ₀)
A profissão não influencia o conhecimento sobre medidas preventivas ou de controlo da doença.	29,172	24	0,214 (Não rejeitar H ₀)

E. 2. Tabela de Resultados do Teste de Independência de Variáveis, sobre a variável "Habilitações Literárias"

Hipótese Nula sobre as variáveis a testar com a variável “Habilitações Literárias”	Valor do Qui ²	df	Nível de Sig.
As habilitações literárias não influenciam o facto de ter ouvido falar da doença.	18,097	5	0,003 (Rejeitar H ₀)
As habilitações literárias não influenciam o facto de conhecer a doença em outros animais.	24,193	15	0,062 (Não rejeitar H ₀)
As habilitações literárias não influenciam o conhecimento dos subtipos da doença.	46,449	30	0,028 (Rejeitar H ₀)
As habilitações literárias não influenciam a opinião sobre uma possível coinfeção.	25,080	15	0,049 (Rejeitar H ₀)
As habilitações literárias não influenciam saber o meio de transmissão através picada de inseto.	18,395	10	0,049 (Rejeitar H ₀)
As habilitações literárias não influenciam a opinião sobre uma associação entre terapias.	33,579	20	0,029 (Rejeitar H ₀)
As habilitações literárias não influenciam o conhecimento sobre medidas preventivas ou de controlo da doença.	21,878	10	0,016 (Rejeitar H ₀)

E. 3. Tabela de Resultados do Teste de Independência de Variáveis, sobre a variável "Tem animais em casa?"

Hipótese Nula sobre as variáveis a testar com a variável "tem animais em casa?"	Valor do Qui ²	df	Nível de Sig.
Ter, ou não, animais em casa não influencia o facto de ter ouvido falar da doença.	1,745	1	0,187 (Não rejeitar H ₀)
Ter, ou não, animais em casa não influencia o facto de conhecer a doença em outros animais.	4,606	3	0,203 (Não rejeitar H ₀)
Ter, ou não, animais em casa não influencia o conhecimento dos subtipos da doença.	5,951	6	0,429 (Não rejeitar H ₀)
Ter, ou não, animais em casa não influencia a opinião sobre uma possível coinfeção.	4,889	3	0,180 (Não rejeitar H ₀)
Ter, ou não, animais em casa não influencia saber o meio de transmissão através picada de inseto.	1,941	2	0,379 (Não rejeitar H ₀)
Ter, ou não, animais em casa não influencia a opinião sobre uma associação entre terapias.	5,250	4	0,263 (Não rejeitar H ₀)
Ter, ou não, animais em casa não influencia o conhecimento sobre medidas preventivas ou de controlo da doença.	1,157	2	0,561 (Não rejeitar H ₀)

E. 4. Tabela de Resultados do Teste de Independência de Variáveis, sobre a variável "Profissões"

Hipótese Nula sobre as variáveis a testar com a variável "Profissões"	Valor do Qui ²	df	Nível de Sig.
A profissão não influencia a opinião sobre Vacinação Humana.	25,954	36	0,892 (Não rejeitar H ₀)
A profissão não influencia a opinião sobre a subnotificação da doença.	104,494	108	0,578 (Não rejeitar H ₀)
A profissão não influencia a sugestão de mudança da subnotificação.	87,625	96	0,717 (Não rejeitar H ₀)
A profissão não influencia a opinião sobre que procedimentos o médico deverá fazer perante um caso.	115,458	132	0,847 (Não rejeitar H ₀)

E. 5. Tabela de Resultados do Teste de Independência de Variáveis, sobre a variável "Habilitações Literárias"

Hipótese Nula sobre as variáveis a testar com a variável "Habilitações Literárias"	Valor do Qui ²	df	Nível de Sig.
As habilitações literárias não influenciam a opinião sobre Vacinação Humana.	6,072	15	0,979 (Não rejeitar H ₀)
As habilitações literárias não influenciam a opinião sobre a subnotificação da doença.	48,171	45	0,346 (Não rejeitar H ₀)
As habilitações literárias não influenciam a sugestão de mudança da subnotificação.	53,264	40	0,078 (Não rejeitar H ₀)
As habilitações literárias não influenciam a opinião sobre que procedimentos o médico deverá fazer perante um caso.	40,883	55	0,922 (Não rejeitar H ₀)

E. 6. Tabela de Resultados do Teste de Independência de Variáveis, sobre a variável "Tem animais em casa?"

Hipótese Nula sobre as variáveis a testar com a variável "Tem animais em casa?"	Valor do Qui ²	df	Nível de Sig.
Ter, ou não, animais em casa não influencia a opinião sobre Vacinação Humana.	3,476	3	0,324 (Não rejeitar H ₀)
Ter, ou não, animais em casa não influencia a opinião sobre a subnotificação da doença.	5,779	9	0,762 (Não rejeitar H ₀)
Ter, ou não, animais em casa não influencia a sugestão de mudança da subnotificação.	6,812	8	0,557 (Não rejeitar H ₀)
Ter, ou não, animais em casa não influencia a opinião sobre que procedimentos o médico deverá fazer perante um caso.	8,653	11	0,654 (Não rejeitar H ₀)