



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
CENTRO DE PESQUISAS LEÔNIDAS & MARIA DEANE -
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE, SOCIEDADE E
ENDEMIAS NA AMAZÔNIA
SAÚDE, SOCIEDADE E AMBIENTE**

**SURTOS DE RAIVA HUMANA NO PARÁ. ESTUDO DAS
REPRESENTAÇÕES DO FENÔMENO EPIDÊMICO**

Patrícia Melo Bezerra

**BELÉM-PA
2008**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
CENTRO DE PESQUISAS LEÔNIDAS & MARIA DEANE -
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE, SOCIEDADE E ENDEMIAS NA AMAZÔNIA
SAÚDE, SOCIEDADE E AMBIENTE

Patrícia Melo Bezerra

**SURTOS DE RAIVA HUMANA NO PARÁ. ESTUDO DAS
REPRESENTAÇÕES DO FENÔMENO EPIDÊMICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia.

Orientador: Prof^o Doutor Flávio Leonel Abreu Silveira

**BELÉM-PA
2008
Patrícia Melo Bezerra**

SURTOS DE RAIVA HUMANA NO PARÁ. ESTUDO DAS REPRESENTAÇÕES DO FENÔMENO EPIDÊMICO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação como pré-requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia.

BANCA EXAMINADORA

Profº Doutor Flávio Leonel Abreu Silveira
Orientador
Universidade Federal do Pará

Profº Doutora Elizabeth Teixeira
Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil

Profº Doutor José Guilherme Fernandes
Universidade Federal do Pará

Profº Doutor Raimundo Heraldo Maués
Universidade Federal do Pará

*Ao meu tio Ari pela sua
sabedoria, à minha mãe com todo
amor, à minha amiga Anete e ao
meu companheiro e dedicado
Marcelo.*

AGRADECIMENTOS

Ao orientador deste trabalho, Flávio Silveira que ao longo de nossa convivência me auxiliou e estimulou a buscar novos conhecimentos, apontando caminhos fascinantes da pesquisa empírica.

À Maridalva, Deusarina e Dona Maria que me acolheram com presteza nas suas residências enquanto eu realizava o trabalho de campo.

A todos meus clientes (pacientes) que tive oportunidade de prestar assistência de enfermagem e aprender sobre a saúde no estado do Pará.

Aos familiares das vítimas dos surtos que narraram as lembranças dos seus sofrimentos com a perda dos seus entes queridos

Aos secretários de saúde Raimundo da Silva, Ivone Pimentel e Marco Antonio Freitas, que reconheceram a necessidade do desenvolvimento da pesquisa nos seus municípios.

Ao Sr. Alberto Begot, que me repassou um pouco da sua experiência de trabalho em mais de vinte anos com a raiva humana e animal no estado do Pará.

Aos meus professores do mestrado, em especial à Prof^a. Jane Beltrão, Prof^o José Guilherme Fernandes, Prof^a. Luiza Garnelo e a Prof^a. Rosa Azevedo por me fazer conhecer outras maneiras de pensar minha profissão perante os clientes que faço atendimento.

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo investigar aspectos socioculturais a partir das representações sociais dos surtos epidêmicos de raiva humana ocorridos nos municípios paraenses de Portel, Viseu e Augusto Corrêa, durante o biênio 2004 e 2005, período em que a incidência teve um significativo aumento da enfermidade, sendo o morcego o vetor dessa antroponose. Além do aumento da incidência também foi maior o registro de abandono do tratamento profilático anti-rábico. Portanto, procura-se compreender as expressões culturais, refletindo a maneira de ver e pensar a doença em coletividades, identificando os enunciados etiológicos e suas conexões com a não-adesão ao tratamento prescrito, partindo da Teoria das causalidades proposta por Zempleni e Sindzingre (1981) e os Modelos etiológicos de François Laplantine (1991), os quais estudam o processo de adoecimento e as concepções causais do fenômeno epidêmico numa visão antropológica. Ao estudar as concepções causais da raiva humana, uma doença quase cem por cento letal, encontro as formas de morrer deste mal compreendidas pelos grupos sociais afligidos. Para entender o adoecimento e a morte coletiva de maneira subjetiva, utilizei o método de pesquisa qualitativa e a técnica de entrevista, coletando narrativas de familiares das vítimas, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), curandeiros e benzedoras, participantes do evento mórbido. Perante o resultado, na análise das narrativas é possível entender que as causalidades do adoecimento e da morte foram atribuídas à ruptura com o cosmo e as regras sociais locais. Ademais, é verificado o itinerário terapêutico realizado pelos familiares junto às vítimas, os quais procuram os sistemas biomédicos e tradicionais sem ordem de prioridade em busca da cura, que é imperativa em relação às explicações etiológicas ou nosológicas. Quanto à relação da causa com a não-adesão à terapia, encontrei as atribuições, segundo a morfologia do vetor morcego, e o significado do termo raiva, descontextualizados da epidemia em questão. Então, os conhecimentos sobre as concepções de saúde/doença, as conexões causais e a relação com a não-adesão ao tratamento profilático anti-rábico oferecem subsídios para adequar paradigmas sanitários a serem prestados a grupos sociais expostos freqüentemente a raiva humana.

Palavras chaves: surtos, raiva humana, Pará, representações.

ABSTRACT

The present study it has as objective to investigate socio cultural aspects from the social representations of the epidemic of human rabies occurrences in the cities northeast paraenses of Portel, Viseu e Augusto Corrêa, during the biennium 2004 and 2005, period where it had an incidence significant of the increase of the disease, being the bat the vector of this antropozoonose. Beyond the increase of the incidence, the register of abandonment of the anti-rabies prophylactic treatment occurred a greater. Therefore, an understanding of the cultural expressions is looked, reflecting the way to see and to think the illness about collectives, cataloguing the ethiologic statements and its connections with the not-adhesion to the prescribed treatment, leaving of the Theory of the cause proposal for Zempleni and Sindzingre (1981) and the ethiológicos Models of François Laplantine (1991), which studies the process of illness and the causal conceptions of the epidemic phenomenon in an anthropology vision. When studying the cause conceptions of human-rabies, one hundred percent an almost lethal illness, I find forms to die of this badly lethal understood for the social groups to afflict. To understand the illness and the collective death from subjective way, as used the method of qualitative research and the technique of interview, collecting narratives of family of the victims, Communitarian Agents of Health (ACS), healers and blesses, participants of the morbid event. Ahead of the result, in the analysis of the narratives it is possible to understand that the cause of the illness and death they had been attributed to the rupture with the cosmos and the local social rules. Moreover is verified the carried through therapeutical itinerary carried through for family together to the victims, which they look the traditional and biomedical systems, without an priority order to find the cure, who is imperactive in relation of the ethiologic or nosologic explain. How much the relation of the cause with the not-adhesion to the therapy, I found the attributions according to morphology of the bat vector and the meaning of the term rabies out of the context of the epidemic in question. Then, the knowledge on the conceptions of health/illness, the causal connections and the relation with the not-adhesion to the prophylactic treatment anti-rabies they offer subsidies to adjust paradigms sanitary to be giventhe displayed social groups frequently the human rabies.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Esquema do tratamento profilático anti-rábico e critérios para vacinação (VCC – VERO).	37
Tabela 2	Distribuição por faixa etária da frequência relativa de casos notificados de raiva humana no período de 2000 a 2004	41
Tabela 3	Esquema plural etiológico proposto por Sindzingre e Zempleni, 1981.	60
Tabela 4	Municípios paraenses limítrofes acometidos pelos surtos de raiva humana em 2004 e 2005	84
Tabela 5	Casos registrados de raiva humana nas cidades acometidas por surto de raiva humana de 1980 -1993	118
Tabela 6	Série de enunciados etiológicos memorizados ou inventário das categorias explicativas dos surtos epidêmicos de raiva humana no Pará no biênio 2004 e 2005	137
Tabela 7	Diferenças das concepções sobre o processo de adoecer e morrer de raiva humana no Pará em 2004 e 2005 para os sistemas de saúde tradicional e biomédico	151

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Ciclos epidemiológicos da raiva.	32
Figura 2	Exemplo de aprazamento de esquema vacinal anti-rábico – vacina Cultivo Celular Diplóide.	38
Figura 3	Casos de raiva humana nas Américas de 1991 a 2004	40
Figura 4	Localização dos casos de raiva humana no Brasil de 1992 a 2005	43
Figura 5	Raiva humana segundo a espécie agressora no Brasil de 1996 a 2005	
Figura 6	Cidades paraenses e maranhenses acometidas pelo surto de raiva humana em 2004 e 2005	45
Figura 7	Casos de raiva humana confirmados no Pará de 1978 a 2005	46
Figura 8	Raiva humana segundo a espécie agressora no Pará de 1979 a 2005	48
Figura 9	Municípios paraenses com vírus rábico circulante em 2004 e 2005	48
Figura 10	Abandono do tratamento anti-rábico humano no Pará no período de 2000 a 2006	49
Figura 11	Mapa do estado do Pará com a localização dos municípios acometidos pela raiva humana em 2004 e 2005, 2007	79
Figura 12	Curva epidêmica demonstrando o início dos sintomas dos casos confirmados de raiva humana em Portel (2004) distribuídos por semana epidemiológica	80
Figura 13	Morcego hematófago preparando-se para morder morador das margens do rio Acutipereira	81
Figura 14	Habitação vulnerável de vítimas de raiva humana em Portel (PA) – 2004	81
Figura 15	Localização e números de óbitos suspeitos de raiva humana em esboço de mapa hidrográfico do rio Acutipereira em Portel, 2006	82
Figura 16a	Habitações vulneráveis de vítimas de raiva humana em Augusto Corrêa (PA) – 2005	85
Figura 16b	Habitações vulneráveis de vítimas de raiva humana em Augusto Corrêa (PA) – 2005	85
Figura 17	Curva epidêmica demonstrando o início dos sintomas dos casos confirmados de raiva humana em Viseu (2004) distribuídos por semana epidemiológica	87
Figura 18	Curva epidêmica demonstrando o início dos sintomas dos casos confirmados de raiva humana em Augusto Corrêa (2005) distribuídos por semanas epidemiológicas	90
Figura 19	Fatores relacionados à não adesão de tratamentos profiláticos e medicamentosos	93
Figura 20	Associação de fatores socioculturais, econômicos e biológicos na configuração da raiva humana no Pará no biênio 2004 e 2005	96
Figura 21	Modelo de análise das representações sociais dos protagonistas dos surtos de raiva humana no Pará em 2004 e 2005	97
Figura 22	Cartax fixados por profissionais de saúde no Pará a partir dos surtos de raiva humana (2004 e 2005) ocasionados por morcegos infectados.	101
Figura 23	Árvore genealógica dos casos confirmados e descartado de raiva humana em Portel – PA (2004).	125
Figura 24	Conexões sintomatológicas metafóricas para as categorias nosológicas da malária	127

Figura 25 Folder distribuídos por profissionais de saúde no Pará a partir dos 140 surtos de raiva humana (2004 e 2005) ocasionados por morcegos infectados

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

1.0	Epidemias: um foco à raiva humana	22
1.1	Fenômeno epidêmico: considerações teóricas	22
1.2	Mudanças das concepções causais	25
1.3	Aspectos gerais da raiva humana	30
1.3.1	Aspectos biológicos e clínicos da raiva humana	30
1.3.2	Vacina humana anti-rábica: história e aspectos gerais	33
1.3.3	Endemia e epidemias rábicas humanas: uma breve incursão epidemiológica	39
1.5	Epidemia ou surto de raiva humana?	51
2.0	Caminhos, lugares e personagens	54
2.1	Reflexões teórico-metodológicas: entre caminhos e personagens	55
2.2	Constituindo e organizando as entrevistas	63
2.3	Os personagens e o pesquisador no cenário do fenômeno epidêmico	68
2.4	A experiência de campo: reflexões sobre os contatos com os personagens em contextos trilhados	73
2.5	Os cenários epidêmicos da raiva humana no Pará	77
2.6	Adesão e vacinação	91
2.7	Construindo um modelo de análise dos surtos de raiva humana	95
3.0	“No tempo dos morcegos”	98
3.1	Fases de fenômenos epidêmicos	102
3.1.1	Fases sociais do surto de raiva humana no Pará	110
3.2	Itinerários terapêuticos: a busca da cura	114
3.3	Da detecção da doença à morte	117
3.4	“Susto” e “nervoso” no surto de raiva humana	123
3.5	Muitos filhos mortos	124
3.6	Concepções causais e formas de morrer de raiva humana	126
3.6.1	Concepções causais vivenciais: racionalidade etiológica local	126
3.6.2	As concepções místicas e encantadas do imaginário social	129
3.7	Relação da causa com o tratamento profilático	141
3.7.1	A vacina desconhecida: recusa e salvação	141
3.7.2	Atribuições causais que interferem na vacinação anti-rábica	145
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	153
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	157
	ANEXOS	167

INTRODUÇÃO

“A doença tem sempre afligido o ser humano, pois a enfermidade é inerente à vida; e o homem sempre se esforça para enfrentar essa realidade do melhor modo possível” (ROSEN, 2006. p. 33).

O homem teme as enfermidades e o fim da vida quando esta se mostra cercada por sofrimentos que afligem o doente e seus familiares. As doenças e a morte sempre existiram entre os humanos, fazendo-os exprimir sua maneira de pensar e agir perante cada infortúnio, dando-lhe significados sociais. É o modo de enfrentar as realidades de adoecer e morrer que diferencia as faces culturais de diversos grupos sociais e exprimem a forma de conceber o processo que envolve a saúde, a doença e a morte numa coletividade. As enfermidades e a morte trazem consigo perturbações sociais, particularmente se atingem várias pessoas no mesmo grupo social.

Os processos epidêmicos são fenômenos sociais singulares, que instauram uma multiplicidade de significados constituídos nos espaços de vivências, sobre o que representa o adoecimento coletivo. O adoecer coletivo é caracterizado como uma epidemia que reflete e exprime uma dimensão social dos significados do sofrimento perante a enfermidade de grupos sociais. Assim, existe uma dinâmica que constrói e desconstrói representações sociais vivenciadas pelos sujeitos que sofrem as conseqüências epidêmicas. Nestes termos, as narrativas dos grupos sociais perpetuam a experiência do contato com o mal repentinamente instalado num dado contexto sociocultural (FOUCAULT, 1980).

Perante essa visão do adoecer coletivo é que o presente estudo não contempla apenas uma abordagem epidemiológica sobre surtos de uma doença transmissível, mas propõe

uma análise qualitativa, considerando uma dimensão subjetiva sobre a raiva humana, investigando as características das interpretações dos significados do fenômeno epidêmico que assolou populações rurais nos anos de 2004 e 2005 no estado do Pará, mais especificamente nos municípios de Portel, Viseu e Augusto Corrêa.

É preciso assinalar que, além da inexistência em Língua Portuguesa, de estudos cujo enfoque implique reflexões subjetivas sobre esta antropozoonose, os dados epidemiológicos descritivos e a minha experiência profissional instigaram-me a realizar este estudo com um caráter mais qualitativo, uma vez que julgo necessário cooperar com as análises acerca da organização de paradigmas sanitários brasileiros, particularmente amazônicos.

O sentido do adoecimento é construído a partir de um conjunto de significados individuais e sociais, elaborados e reelaborados perante os fenômenos mórbidos. Estes significados são de caráter cumulativo e interativo, formados por elementos culturalmente estabelecidos (SPINK e MEDRADO, 2004), surgindo assim, dos caminhos percorridos em busca de explicações e terapias pelos personagens envolvidos no fenômeno, que negociam com os sistemas em saúde locais e biomédico, uma interpretação subjetiva coerente ao contexto malévolo experienciado e explicado pela cultura local..

Dentre os conceitos de cultura, selecionei para embasar a temática desta pesquisa, aquele proposto pelo antropólogo Clifford Geertz (1989). Este autor entende que a cultura é uma teia de significados que, conforme a vivência humana atribui sentidos ao mundo. Para o estudo em questão, a compreensão dos significados locais das concepções de saúde e doença é repassada e apreendida no espaço de convivência, sendo expressa no dia-a-dia a partir das maneiras de pensar e agir dos grupos sociais perante as necessidades explicativas das desordens fisiológicas.

No mundo são registrados mais de 30 mil casos de raiva humana ao ano, principalmente nos países da África, Ásia e América do Sul. Mais da metade da população mundial vive em áreas de risco da doença e, aproximadamente quatro milhões de pessoas realizam o tratamento profilático pós-exposição (REZENDE *et al.*, 1997).

Nos anos de 2004 e 2005 foram registrados 74 casos confirmados de raiva humana no Brasil, sendo que aproximadamente 54,05% (40 casos) ocorreram no estado do Pará (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Dos casos ocorridos neste estado, cerca de 39 pessoas foram a óbito após agressões por morcegos hematófagos infectados por *Rhabdovirus lyssavirus*. Essas pessoas tinham história de tratamento profilático incompleto ou não realizado por falta de orientação e/ou de adesão.

A incidência média do triênio — 2003 a 2005 — por abandono de tratamento profilático anti-rábico é de 13,5 % no interior do estado do Pará, sendo a média por abandono igual à brasileira no quinquênio de 1997 a 2001, consoante dados do Departamento de Controle de Endemias (2006). Consoante à recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), o abandono não deve ser maior que 10% dos casos. De 1998 a 2000 foram registrados 27,2% de óbitos por raiva humana devido ao tratamento profilático ter ocorrido inadequadamente e/ou por seu abandono (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Trabalhei durante cinco anos (2001 – 2006) em Portel como enfermeira assistente em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Nesse período, atendia aos moradores da zona rural, provenientes das proximidades do rio Acutipereira. Portanto, participei das ações de combate à raiva humana relacionadas ao surto, tendo sido o mesmo considerado como o primeiro maior surto de raiva humana transmitido por morcegos, registrado e acompanhado do mundo, segundo o Departamento de Controle de Endemias Grupo de trabalho zoonose/Pará (2006). Na ocasião, a equipe de saúde, especificamente a de enfermagem, tinha como objetivo primordial realizar o tratamento profilático completo a todos moradores das

margens do rio Acutipereira agredidos por mamíferos, em especial aqueles mordidos por morcegos hematófagos no último ano.

Também participei de ações de prevenção e combate à raiva humana e animal no mesmo município, no intuito de evitar outro surto. Nessas ações, com raras exceções, conseguimos realizar a primeira dose da vacina anti-rábica humana e, a partir daí, iniciava-se a preocupação da equipe de saúde com a aplicação das demais.

Como profissional de saúde integrante da equipe multidisciplinar, verifico a importância do estudo de causa de origem zoonótica, como parte do processo de adesão ao tratamento profilático. O tratamento profilático completo é realizado com a administração da vacinação anti-rábica do tipo Cultivo Celular, dependendo do tipo de agressão e agressor. Quando o agressor é o morcego, são necessárias cinco doses nos dias 0, 3, 7, 14 e 28. O dia “0” é aquele em que o agredido comparece ao serviço de saúde e inicia o tratamento, que é acompanhado de soro anti-rábico com aplicação no(s) local(is) da(s) ferida(s) e/ou, por via intramuscular.

Na condição de enfermeira coordenadora de equipes de enfermagem, ao realizar a educação em saúde, tarefa vinculada ao cargo-chefe da profissão, surge a necessidade de negociar a administração vacinal para toda a família, especialmente para as crianças. Brunner e Suddarth (1994) consideram a educação à saúde responsabilidade primária e essencial da assistência de enfermagem e um desafio com o qual se defronta diariamente o enfermeiro. Ademais, as ações educativas em saúde também devem fazer parte das funções de outros membros de equipes de saúde.

Alcançar uma cobertura vacinal estimada é uma meta que fica sob a responsabilidade prioritária das equipes de enfermagem das Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras. Mesmo utilizando inúmeras estratégias, como a vacinação de rotina, as intensificações e a busca ativa, nem sempre o êxito é alcançado.

No momento do surto em Portel, diante de tantos óbitos, várias pessoas chegaram a procurar as equipes instaladas na localidade de São Bento, às margens do rio Acutipereira. No entanto, para localizar outros moradores da região foi necessário caminhar quilômetros ou, navegar por pequenos igarapés, retornando às casas dos familiares em diversos momentos. Por vezes, foi necessário anunciar o nome dos faltosos em rádios comunitárias, a fim de terminar o processo de vacinação. Mesmo com a utilização destas estratégias, 5,62% das pessoas que iniciaram a profilaxia anti-rábica não realizaram o tratamento completo.

Em outro momento, a pedido das comunidades agredidas diariamente por morcegos hematófagos, ocorreram ações de prevenção à raiva humana em maio e junho de 2006, as margens no rio Pracuru, afluente do rio Anapú. Da mesma forma, a equipe de saúde utilizou estratégias para conseguir a imunidade temporária dos moradores, contudo, 9,09% não completaram o tratamento. Então, o que será que interfere para o atendimento dos objetivos das equipes de saúde? Como será que a compreensão etiológica interfere no tratamento profilático completo?

Considerando que o entendimento dos significados do adoecer coletivo deve orientar as ações pragmáticas de assistência de grupos sociais, neste estudo busco investigar aspectos antropológicos das representações sociais da raiva humana no estado do Pará. Assim, busco as compreensões das formas de entendimento dos fenômenos epidêmicos entre os familiares, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), os enfermeiros, os curandeiros e as benzedoras nas localidades afligidas — municípios de Portel, Viseu e Augusto Corrêa —, buscando o ponto de vista das pessoas acerca das atribuições causais dos surtos de raiva humana no período de 2004 e 2005. A partir daí, analiso se existem conexões entre estas atribuições causais e a não-adesão ao tratamento profilático anti-rábico. Para tanto, será

necessário o conhecimento dos itinerários terapêuticos¹ dos familiares e das vítimas desta antropozoonose.

A antropologia da doença e outros campos das Ciências Sociais se utilizam das representações sociais sendo consideradas elaborações interpretativas acerca das experiências vividas por um indivíduo, ou grupo social. Sendo assim, as representações sociais estão baseadas na cultura à qual pertence o indivíduo, conforme a definição proposta pelos pensadores como François Laplantine (2001), Denise Jodelet (2001) e Dan Speber (2001). Para o estudo em questão as representações sociais são usadas como matéria-prima para o conhecimento dos pontos de vista sobre o fenômeno epidêmico da raiva humana.

Para auxiliar na explicação do processo empírico de adoecer e morrer de raiva humana, foram selecionados grupos sociais, ou seja, personagens capazes de indicar, a partir de suas interpretações sobre a doença e a morte, caminhos para uma análise que se aproxima da abordagem antropológica, considerando questões de ordem subjetiva. Inicialmente, escolhi os familiares por estarem próximos e se solidarizarem com as vítimas durante o evento epidêmico, assistindo e contribuindo para a constituição dos enunciados etiológicos, nosológicos e terapêuticos prestados às vítimas segundo as concepções contextuais, as quais são averiguadas mediante o relato dos itinerários terapêuticos.

Os profissionais de saúde que atuaram na região também foram entrevistados. Optei por profissionais de saúde divulgadores das concepções de saúde e doenças, conforme o modelo biomédico: Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e enfermeiros ou do sistema tradicional: curandeiros e benzedeiros. A opção é justificada pelo fato dos ACS serem “tradutores” do modelo médico — a biomedicina² —, para os moradores, bem como das tradições dos grupos — relativas aos saberes e fazeres, representações acerca do adoecer, por

1 O itinerário terapêutico compreende a busca por terapias fora e dentro de sistemas de saúde. Conforme Augé (1984, apud, Buchillet 1991) durante a busca ocorrem várias interpretações sobre o processo de adoecer e conseguir a cura.

2 A Biomedicina é um modelo positivista que prima pelo método experimental e as especialidades que fragmentam o processo do adoecer do objeto de estudo: o ser humano, por exemplo.

exemplo —, para os profissionais de saúde do sistema biomédico. Os enfermeiros, por sua vez, são profissionais que trabalham com equipes de enfermagem prescrevendo e administrando a terapia anti-rábica, inclusive realizando busca ativa de falcões. O que caracteriza esses profissionais que fazem parte do sistema biomédico é a compreensão do processo de adoecimento desligado do contexto ao qual prestam assistência.

Os sistemas biomédicos são constituídos por profissionais com formação consoante ao modelo biomédico, cujo trabalho está ligado às instituições normalizadoras e disciplinadoras (FOUCAULT, 1980; LUZ, 2005). Tais sistemas prestam assistência ao corpo doente descontextualizado das concepções do processo de adoecimento da coletividade provocando, assim, desconfiança e dúvidas quanto aos métodos programados por estes sistemas para nomear, explicar prevenir e curar doenças.

Já os curandeiros e benzedoras fazem parte do sistema tradicional de saúde. Um sistema dessa ordem implica no fato de que esses profissionais tradicionais constroem o seu conhecimento sobre o binômio saúde-doença, conforme as experiências vivenciadas e repassadas por seus ancestrais, uma vez que consideram os elementos da cosmologia local e o corpo social do indivíduo. As explicações etiológicas, nosológicas e terapêuticas das sociedades tradicionais³ referenciam as regras sócio-culturais próprias do contexto em que vivem.

Nesse sentido, serão vislumbrados os pontos de vista de sistemas de saúde embasados pelo modelo médico, a biomedicina, e os caracterizados como tradicionais, os quais são compreendidos pelas pesquisadoras Madel Terezinha Luz (2005) e Jean Langdon (1995) como racionalidade médica e racionalidade empírica respectivamente.

³ Segundo Antônio Carlos Diegues (1993) as sociedades tradicionais também podem ser denominadas de rurais, locais, residentes e autóctones. Estas denominações são dirigidas à grupos humanos com identidade histórica e étnica ligada ao seu lugar de ocupação o qual é guardada na memória coletiva. Outra característica destes grupos é a utilização tradicional dos recursos naturais disponíveis no território.

Então, a biomedicina neste estudo é entendida por dimensões interativas da anatomofisiologia, patologia, nosologia e terapêutica com caráter linear, ou seja, para cada desordem mórbida corporal existe uma determinada diagnose, com formas de intervenções teórico-práticas, conforme elementos explicativos destas dimensões (CAMARGO, 2005; LUZ, 2005).

O raciocínio empírico do sistema tradicional de saúde é embasado segundo aspectos socioculturais repassados dos pais aos filhos sendo elaborados e reelaborados segundo as necessidades explicativas que emergem das observações lógicas a partir de processos mórbidos experienciados. Dessa forma, constitui-se um conjunto de explicações para as doenças que assolam as coletividades (BUCHILLET, 1991; LANGDON, 1995).

Nota-se, assim, que não existe uma separação definitiva na procura destes sistemas para a explicação do processo de adoecimento, principalmente se a busca pela cura é o principal objetivo, mas sim as explicações para os infortúnios são interpretados culturalmente, as quais são concebidas e reformuladas durante o itinerário terapêutico familiar realizado nos diversos sistemas em saúde (LUZ, 2005; MENA, 2005).

O processo de adoecimento é constituído pela interpretação dos significados da doença, a partir da busca pelo tratamento e do desencadear da enfermidade a qual é memorizada e narrada pelos membros dos grupos sociais afligidos. O fato do estudo em questão tratar de um surto epidêmico, quase cem por cento letal, resulta no encontro das representações sobre o morrer da doença raiva humana. Conforme o antropólogo José Carlos Rodrigues (2006), a *causa-mortis* é submetida a classificação contextual e são inevitáveis as indagações, como, por exemplo, “de que a pessoa morreu?”.

A presença consciente da morte⁴ cerca, fustiga e afronta os sistemas humanos explicativos, produzindo uma enorme diversidade de representações. Uma das formas de

4 Ao se referir a consciência da morte o pensador Louis-Vicent Thomas (1978, apud Rodrigues, 2006) considera que “a consciência da morte é a condição mesma da vida da consciência.”

classificação da morte é determinada pela concepção de causa atribuída pela coletividade a um mal instalado (RODRIGUÊS, 2006).

A construção causal do processo epidêmico em grupos sociais compreende as representações sociais atribuídas ao fenômeno experienciado. As causas são condicionantes, determinações e atribuições mutáveis deste fenômeno em um tempo e espaço, que são perpassados por processos de elaborações e reelaborações acerca do mal consoante à vivência das pessoas. Uma estrutura causal é entendida como uma gama de causas que constitui a explicação de um acontecimento dado por meio de uma ou de várias direções (HEWSTONE, 2001). A palavra causa é análoga a motivo, origem, razão, atribuição e etiologia, sendo, portanto, utilizada neste trabalho com estas acepções (AZEVEDO, 1983).

Este estudo partiu da necessidade de compreender a raiva humana não apenas como um evento patológico, e sim como um processo experienciado, porque constituído de significados culturalmente estabelecidos. Para tanto, considero algumas das reflexões teóricas e pressupostos oriundos de antropólogos: François Laplantine (1991), Nadia Sindzingre e Andras Zempleni (1981). Esses teóricos realizaram estudos entre populações tradicionais, buscando compreender como as maneiras de pensar convergentes ou divergentes, individuais ou coletivas, influenciam as representações frente às atribuições causais das enfermidades, bem como o processo de saúde e doença, segundo paradigmas construídos no tempo e no lugar de vivência.

O estudo do processo de construção de sentido das enfermidades constitui o objetivo da antropologia da doença, a qual procura compreender as práticas sócio-culturais representativas da saúde e de doenças. Na presente pesquisa, foi utilizado o método qualitativo, buscando conhecer os enunciados etiológicos dos grupos sociais afligidos e as concepções do processo de adoecer e morrer de raiva humana.

Dessa maneira proponho inicialmente três questões norteadoras: a) Quais as concepções de adoecer e morrer de raiva humana durante um fenômeno epidêmico para os familiares das vítimas, profissionais de saúde tradicionais, enfermeiros e ACS no Pará? b) Como será que a compreensão etiológica interfere no tratamento profilático anti-rábico humano? c) As pessoas que não aderem ao tratamento profilático anti-rábico humano podem ser consideradas desobedientes?

Nesse sentido, para analisar numa visão interdisciplinar os surtos de raiva humana no Pará, no capítulo I fez-se necessário a compreensão dos termos epidemiológicos: endemias, epidemia e surto, de forma contextualizada com o evento mórbido. Também descrevo as mudanças históricas das concepções causais das enfermidades e dos eventos epidêmicos ao longo do tempo. Como o estudo em questão versa sobre os surtos de raiva humana, faz-se a descrição de alguns aspectos biológicos, clínicos, profiláticos e epidemiológicos da enfermidade.

No capítulo II são apresentados os personagens e os cenários dos fenômenos epidêmicos, em que é possível também conhecer as reflexões teóricas baseadas na perspectiva que se aproxima das considerações teóricas da antropologia da doença, assim como os caminhos metodológicos percorridos em busca do conhecimento empírico dos processos de adoecimento da enfermidade em questão. Ainda, no capítulo II, reflito sobre o meu papel, na condição de enfermeira e pesquisadora, perante tais personagens e descrevo fatores de adesão às terapias profiláticas e, finalmente, proponho um modelo de análise das narrativas coletadas.

No último capítulo, procuro demonstrar fases de fenômenos epidêmicos em tempos e espaços diversos, a partir de pesquisas bibliográficas e pesquisa de campo construídas, a partir das narrativas dos personagens selecionados e das observações das localidades acometidas. Os personagens relatam o itinerário terapêutico em busca da esperada cura e suas representações sobre o morrer de raiva humana. Além desses relatos, foi possível

conhecer e analisar as causalidades *a priori* dos surtos epidêmicos, assim como, a relação de não-adesão ao tratamento terapêutico anti-rábico.

CAPÍTULO I

EPIDEMIAS: UM FOCO À RAIVA HUMANA

1.1 Fenômenos epidêmicos: considerações teóricas

A palavra epidemia é empregada quando um número inesperado e exacerbado de enfermos aparecem em uma coletividade num determinado tempo e espaço. A expressão foi utilizada pela primeira vez por Hipócrates para denominar as doenças febris explosivas numa população. Para os gregos *epidemios* era um termo empregado em referência aos estrangeiros nas cidades, uma vez que os residentes eram os *endemos*, ou seja, os residentes (UJVARI, 2003). Nesse sentido, o pesquisador em História da Saúde, George Rosen (2006), considera que a vida comunitária traz consigo enfermidades que são inerentes ao viver humano.

Portanto, sendo de caráter temporário, provisório e inesperado, as epidemias encontram seu espaço perante uma “confluência e conjunção favorável de fatores relacionados ao agente, ao ambiente e à suscetibilidade do hospedeiro” (ROUQUAYROL, 1999, p. 118).

A elevação crescente e descontrolada dos “coeficientes de incidência”⁵ de uma determinada doença, ultrapassando e reiterando valores acima do “limiar epidêmico”⁶ preestabelecido para o tempo e lugar delimitado são características que definem uma epidemia. Assim, consoante à publicação científica 442 da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a ocorrência inesperada de dois casos de doença transmissível delimitados por variáveis cronológicas e espaciais caracterizam uma epidemia (ROUQUAYROL, 1999).

5 No glossário do livro *Epidemiologia e Saúde* a expressão “coeficiente de incidência” é compreendida como uma medida de risco de doença ou agravo, fundamental nos estudos da etiologia de doenças agudas e crônicas (ROUQUAYROL e ALMEIDA-FILHO, 1999).

6 Limiar epidêmico é uma medida gráfica onde o aumento do número de casos de um agravo é igual ou superior ao limiar superior endêmico (ROUQUAYROL, 1999).

A epidemiologista Maria Zélia Rouquayrol (1999) identificou alguns mecanismos que propiciam as epidemias: importação e incorporação de casos alóctones formadas por grande número de pessoas suscetíveis, e ingresso de casos alóctones em áreas cujas condições ambientais são favoráveis à propagação da doença (ROUQUAYROL e ALMEIDA FILHO, 1999). A partir das considerações desta autora, compreende-se que a confluência desses mecanismos desencadeou o surto epidêmico de raiva humana em regiões paraenses em 2004 e 2005. A pesquisadora Cristina Possas (2001) compreende que os diversos processos sociais e ecológicos favorecem o emergir e re-emergir de doenças infecciosas, aumentando a complexidade epidemiológica destes agravos.

Portanto independente da época que se conte e/ou se escreva acerca de um fenômeno epidêmico, os historiadores em saúde⁷ apontam as epidemias como adventos relacionados ao aprendizado social. A cada visita epidêmica, os indivíduos e as coletividades formulam e reformulam conceitos que são associados ao seu dia-a-dia. Esse conhecimento obtido está constituído pelas experiências vividas, sendo passadas dos pais para filhos, alicerçando os conceitos acerca da natureza das doenças.

O Estado do Pará é considerado por alguns, uma das portas de entrada mais importantes para enfermidades na vasta e complexa região Amazônica⁸, uma vez que a este estado é possível chegar por via terrestre, aérea, marítima e fluvial graças a sua posição geográfica privilegiada. Muitos imigrantes trouxeram e trazem consigo suas enfermidades e, aqui, podem disseminar e/ou ser infectados por outras. A constituição de epidemias e endemias de doenças transmissíveis é resultante da confluência e conjunção de fatores biológicos, ambientais, socioculturais e econômicos existentes no estado.

As epidemias podem refletir e revelar as expressões de uma identidade coletiva quanto aos significados do sofrimento perante o adoecer. Logo “são incorporados aspectos

⁷ Conforme Vianna, 1975; Rosen, 1979; Ujvari, 2003; Beltrão, 2004; Rosen, 2006.

⁸ Conforme Amaral (2006), Belém (capital do estado do Pará) no final do século XIX e início do século XX, era conhecida como a “necrópole paraense”.

simbólicos da vida cotidiana, que refletem como a sociedade se situa diante de uma epidemia” (DONALISIO, 1999. p.171). O processo epidêmico é um fenômeno coletivo e multicausal, estando inserido em contextos históricos, sociais, econômicos, culturais e políticos com características singulares (BARATA, 1987). Assim, em uma perspectiva foucaultiana (1980), teríamos o fato de que “a doença específica sempre se repete mais ou menos”, enquanto que “a epidemia nunca inteiramente” (FOUCAULT, 1980. p. 28).

1.2 Mudanças das concepções causais

Os fenômenos epidêmicos vêm ao longo do tempo estimulando indagações acerca de suas causas, contribuindo para a construção de representações sociais⁹ que são diversas, baseadas no contexto e na experiência individual ou coletiva dos sujeitos afetados pelas enfermidades.

A construção causal do processo epidêmico em grupos sociais¹⁰ compreende parte das representações sociais do fenômeno experienciado. As causas implicam em condicionantes, determinações e atribuições mutáveis em um tempo e espaço que perpassa processos de elaborações e reelaborações, consoantes às vivências das pessoas (HEWSTONE, 2001). Assim todo fenômeno epidêmico é relativo, uma vez que envolve uma construção causal que é ora empírico, ora científico e, por vezes, relativo à interação destes fatores que contribuem para dúvidas e especulações nas coletividades humanas.

⁹ A representação social como teoria do campo da psicologia social, surgiu a partir das reflexões oriundas dos estudos de Moscovici, em 1961. Contudo, Durkheim e Mauss, em 1897, já apontavam a existência das representações coletivas para se referir às características do pensamento social e distingui-las do pensamento individual (JODELET, 2001). No capítulo dois serão vislumbradas outras nuances das representações sociais enquanto ferramenta para análise sociocultural do fenômeno epidêmico.

¹⁰ Conforme Galliano (1981) grupos sociais é um conjunto de pessoas que compartilham de uma identidade comum, tendo formas definidas para os acessos aos recursos e para as relações sociais entre seus membros, os quais partilham de uma determinada área geográfica e modos de vida similar uns com os outros.

Em épocas remotas mas, em alguns casos, até hoje, acreditava-se que as causas das epidemias eram castigos divinos. No Egito, por exemplo, Sekmet, deusa das pestilências, provocava as epidemias entre os povos; enquanto o deus Apolo enviava-as para Grécia. Por milhares de anos essa concepção religiosa de causa baseada na teoria teúrgica¹¹, somou-se as causas naturais. Assim, a ira dos deuses e demônios, bem como os fenômenos da natureza eram responsáveis pelas epidemias, consideradas como punições. Esta última atribuição causal, associada à natureza, teve base na teoria hipocrática que considerava os efeitos maléficos do meio ambiente na produção de enfermidades às coletividades humanas (UJVARI, 2003; ROSEN, 2006).

Nos escritos do *Corpo Hipocrático* eram descritas doenças endêmicas. Não se mencionava o termo epidemia nem quando se referiam à grande peste de Atenas. Foi apenas no livro *Epidemias I* que aparecem descritos os sinais e sintomas clínicos da caxumba e da epidemia que grassou a Grécia (ROSEN, 2006). Em 500 a.C. Demócrito foi o primeiro a descrever a raiva, enquanto que Aristóteles presumia que a propagação da mesma se dava pela mordedura de cachorros (STEELE, 1991).

Quando um homem apresentava o quadro clínico raivoso, ou que pudesse vir a desenvolvê-lo, após ter sido agredido por um cão com aspectos clínicos que se assemelhassem à temida doença, os deuses gregos Artemísia e Artiste eram proclamados na ajuda contra a raiva humana (STEELE, 1991 apud SCHNEIDER e SANTOS-BURGOA, 1994; COSTA, 1998).

O primeiro livro sistemático sobre as causas de doenças endêmicas e epidêmicas, *Ares, Água e Lugares*¹², escrito por Hipócrates em 400 a.C., baseou teoricamente por mais de

¹¹ A teoria teúrgica ou demoníaca compreende as causas das enfermidades como reflexo da vingança de divindades ofendidas ou possessões por maus espíritos (CAMPOS, 2002).

¹² O livro *Ares, Água e Lugares*, escrito por Hipócrates foi por mais de dois milênios um texto fundamental da epidemiologia (ROUQUAYROL e ALMEIDA FILHO, 1999). Ver a tradução deste texto em CAIRUS, H. F. Ares, Águas e Lugares. In: CAIRUS, Henrique F e RIBEIRO JR, Wilson A. Textos Hipocráticos: O doente, o

dois mil anos a teoria hipocrática da natureza. De acordo com a obra em questão, uma doença estaria presente se houvesse desarmonia entre o homem e o ambiente. Dessa maneira, uma constelação de condições climáticas e circunstâncias locais eram consideradas como as causas das epidemias (ROSEN, 2006). Portanto, para constituir uma epidemia era necessária uma alteração nas entranhas da Terra por corpos celestes, contaminando assim os ares, tornando-os cheios de partículas hostis aos humanos que se tornavam predispostos às doenças (BARATA, 1987, apud KEELE, [198-]).

As teorias explicativas, como o humoralismo e solidismo, defendidas pelos médicos antigos e medievais anunciavam que a mistura anormal dos fluidos do corpo constituía fatores para uma enfermidade¹³. A eliminação dos humores corrompidos preveniria as doenças, idéia aceita por populares e médicos. Essa teoria dos humores despontou nos séculos XVI e XVII sendo denominada de constituição epidêmica. Nesse período também se acreditava que os humores do corpo eram atacados por um tipo de ar comprimido, conferindo uma atmosfera virulenta especial que resultava em epidemias. Mesmo com o início da teorização causal durante a Antigüidade, já se reconhecia a transmissibilidade como um fator desencadeante de males à saúde, porém não havia bases científicas e, aí, as causas teúrgicas e naturais prevaleciam entre as coletividades (ROSEN, 2006).

Em épocas distintas grandes historiadores descreveram o impressionante quadro clínico da raiva¹⁴ e esta descrição, a forma de transmissão¹⁵, bem como o agente etiológico¹⁶, que mantém-se semelhantes até os dias de hoje.

médico e a doença. Coleção História e Saúde: Clássicos e Fontes. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2005. p. 131-146.

¹³ Os Chineses e Hindus acreditavam que o desequilíbrio entre os elementos corporais deflagraria doenças (BARATA, 1985; SCHNEIDER e SANTOS-BURGOA, 1994).

¹⁴ Conforme. Regell, 1976; Baer, 1991; Costa, 1998; Schneider e Santos-Burgoa, 1994.

¹⁵ Conforme Barata e Costa a idéia de transmissão da raiva data do século I d.C. descrita precisamente pelo médico romano Cornelius Celsus (BARATA, 1985; SCHNEIDER e SANTOS-BURGOA, 1994; COSTA, 1998).

¹⁶ A capacidade infecciosa da saliva de cachorros provinha da palavra latina vírus, que tinha poder de provocar a infecção (BAER, 1991).

Durante os primeiros quinhentos anos da era medieval, o cristianismo apontava as causas das doenças epidêmicas devido às punições pelos pecados ou o resultado da possessão diabólicas¹⁷. Dessa maneira para livrar-se do mal e das investidas do demônio, os enfermos e seus familiares recorriam às orações e invocavam santos protetores (ROSEN, 2006).

Desde os primórdios foi construída a noção de transmissibilidade mesmo sem a crença microscópica das causas das enfermidades. No tratado *De Contagione, Contagioses Morbis et Eorum Curatione* foi apresentada a teoria do contágio por Girolamo Fracastoro que reconheceu três modos de contágio: por contato direto de pessoa a pessoa; por agentes intermediários, como os fômites¹⁸; e a distância, através do ar. Fracastoro defendia junto com outros pensadores, tais como Varro, Columela e Paracelso, que as doenças epidêmicas eram causadas por diminutos seres chamados de “sementes” ou “seminaria”, os quais eram de diferentes tipos e causavam diversas doenças. Entretanto, inicialmente, os seres microscópicos eram vistos como produtos das doenças e não como os agentes etiológicos (ROSEN, 2006).

No século XVII outra teoria explicativa apontava os miasmas como causadores de inúmeras doenças epidêmicas. Susser (1973, apud SCHNEIDER e SANTOS-BURGOA, 1994) escreveu que a teoria miasmática elaborada por Sydeham e outros pesquisadores, compreendia que as enfermidades se originavam por emanções terrestres e de águas impuras. Apesar da crença na transmissibilidade da raiva, acreditava-se que o mecanismo ativador da doença era devido à conversão de humores melancólicos ocasionados pela absorção de substâncias em decomposição. Porém Pasteur questionou e discordou desta concepção da espontaneidade do mal (SCHNEIDER e SANTOS-BURGOA, 1994).

No século XIX a teoria dos germes só ganhou espaço após inúmeras especulações quando aumentaram o número de observadores microscopistas, os quais atribuíram às ditas sementes, não as conseqüências, e sim, as causas das doenças infecciosas. Dessa maneira,

¹⁷ Os egípcios e outros povos antigos compreendiam que a penetração de um demônio no corpo resultaria em raiva canina e humana (THEORODIDES, 1986 apud SCHNEIDER E SANTOS-BURGOA, 1994).

¹⁸ Fômites são objetos considerados contaminados.

foram iniciadas as classificações dos microrganismos e a associação com as enfermidades (ROSEN, 2006). Os microscopistas tinham um grande interesse em compreender qual era o mecanismo da transmissão da raiva. Assim em 1879 o pesquisador Victor Galtier, em Lion, na França, demonstrou a transmissão de vírus caninos para coelhos e de coelhos para coelhos através da saliva, sangue e a inoculação do nervo ciático (COSTA, 1998).

Neste mesmo século, Virchow apresentava um trabalho realizado na Silésia apontando a relação das condições socioeconômicas com o surgimento da epidemia de tifo, iniciando assim uma corrente de pensamento sob a influência destas condições no desenvolvimento de epidemias. Tal pensamento rendeu-se ao capitalismo que, ao vincular as doenças aos germes, livrou do Estado e as organizações sociais dominantes a responsabilidade pela manutenção da saúde dos cidadãos. Desta forma, a única solução para as epidemias era o desenvolvimento científico e tecnológico que, quando disponível, destinava-se aos mais abastados (BARATA, 1987).

São duvidosas e, por ora, inexistentes as descrições quantitativas e clínicas sobre quais doenças provocavam epidemias aos povos antigos e medievais (ROSEN, 2006). Mesmo hoje, quando as pessoas residem em áreas de difícil acesso, existem situações em que os diagnósticos das enfermidades e epidemias podem ficar sem explicações biomédicas. Em certas circunstâncias é possível arriscar uma suposição diagnóstica, conforme descrições das populações atingidas. Contudo, cada grupo social propõe uma causa ou um conjunto de etiologias, diagnósticos e tratamentos para agravos que afetam a saúde de seus integrantes.

As concepções causais de doença mudam no decorrer dos tempos, entretanto, suas transformações não seguem a mesma cronologia para as diversas populações. Cada sociedade assimila, mantém ou exclui, total ou parcialmente, uma explicação causal, segundo o contexto vivido. O contexto é formado por elementos do cotidiano, pois no dia-a-dia que são

construídos conceitos determinantes e terapêuticas, diante de um processo de saúde e doença condizentes ou não, com as certificações científicas.

Os avanços científicos não são uniformes ou simultâneos (ROSEN, 2006), pois o acesso aos mesmos é diferenciado com variações de tempo e lugar. A possibilidade de incorporá-los não é um fator determinante na crença etiológica, diagnóstica e terapêutica. Nesse sentido, os modos de pensar e agir relativos ao senso comum em situações de epidemia permanecem apesar dos avanços tecnológicos.

1.3 Aspectos gerais da raiva humana

1.3.1 Aspectos biológicos e clínicos da raiva humana

A raiva é uma antropozoonose endêmica que provoca encefalomielite viral aguda, freqüentemente letal¹⁹ que se inicia por uma sensação de apreensão, cefaléia, febre, mal-estar e alterações sensoriais indefinidas no local da agressão (REZENDE, et. al, 1997). É transmitida ao homem por um mamífero²⁰ quando este inocula saliva ou secreções contendo o vírus *Rhabdovirus lyssavirus*²¹ (BAER, 1991). A antropozoonose em questão, geralmente, se processa na presença de um vetor infectado, do ser humano suscetível e de seus múltiplos aspectos socioeconômicos e culturais dentro de um contexto ecológico em condições propícias a esta interação.

No decorrer da doença a excitabilidade e a aerofobia progridem para parestesia ou paralisia, espasmos dos músculos da deglutição, hidrofobia, delírios e convulsões. Sem

¹⁹ A OMS (2005) afirma que existem seis registros mundiais de sobreviventes a raiva humana. O último registro (2005) foi em Wisconsin nos Estados Unidos da América: uma menina agredida por morcego hematófago infectado obteve a cura sem seqüelas após setenta e cinco dias internada.

²⁰ A raiva é transmitida comumente por diversos mamíferos, tais como: cachorro, gato, morcego, macaco, lobo, raposa, entre outros. Também foi confirmada a transmissão inter-humana através de transplante da córnea de oito pessoas na década de oitenta do século XX. Apenas os mamíferos são transmissores e susceptíveis ao vírus rábico. Os zorrilhos e furões são reservatórios naturais. Não existem registros de imunidade natural a este agente etiológico (RENGELL, 1976; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

²¹ O gênero lyssavirus contém sete genótipos atualmente, foram sugeridas mais quatro variantes virais para constituírem-se em novos genótipos de lyssavirus, todas isoladas de morcegos (SCHEFFER et al, 2007).

assistência médica, no momento em que se inicia o processo raivoso até a morte, resultado da paralisia respiratória, geralmente leva de 2 a 6 dias (CHIN, 2002). Porém, se a pessoa foi infectada por morcego pode apresentar a raiva do tipo paralítica, caracterizada por uma paralisia ascendente progressiva com evolução arrastada, sendo raras as convulsões e as alterações do comportamento (REZENDE et al, 1997).

A encefalomielite resulta da replicação viral nos neurônios que, ao penetrar nos tecidos, multiplica-se no ponto da inoculação, atingindo o sistema nervoso periférico e logo depois alcança o Sistema Nervoso Central. Os vírus continuam a replicar-se para vários órgãos e através das glândulas salivares e outras secreções, são eliminados propagando a transmissão (RENGELL, 1976).

O período de incubação é variável segundo o local de penetração do vírus²²; a quantidade de vírus inoculada; a proximidade de troncos nervosos; natureza viral e a procedência do animal. Dessa forma, o período de incubação oscila entre seis dias a oito meses e é, em média, de dois a três meses (RENGELL, 1976; CHIN, 2002).

O vírus rábico é neurotrópico²³ e pertence ao gênero lyssavirus, família Rhabdoviridae, possuindo forma de projétil. O seu genoma é constituído por ácido ribonucléico (RNA) que está envolvido por capas de natureza lipídica. É sensível aos agentes físicos e químicos, como: luz solar, raios ultravioleta, ácidos e bases fortes e resistentes ao fenol (RENGELL, 1976; COSTA, 1998; BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Os mamíferos domésticos e silvestres são participantes do ciclo epidemiológico da raiva humana, sendo classificados em:

²² Nos humanos são encontrados milhares de vírus rábicos nas glândulas salivares e em menor quantidade no tálamo, hipotálamo e cerebelo após o óbito por raiva (RENGELL, 1976).

²³ O vírus rábico tem afinidade ascendente pelo sistema nervoso, ou seja, é um vírus neurotrópico (RENGELL, 1976).

- Espécie de alto risco: animais silvestres ou animais domésticos em área com baixa cobertura vacinal anti-rábica;
- Espécies de médio risco, ou seja, são os animais domésticos e de importância econômica (gado, porcos, suínos) em área de controle vacinal acima da meta estipulada (80%);
- Espécies de baixo risco: ratos, cobaias e outros roedores urbanos, uma vez que morrem em aproximadamente duas horas após da infecção.



Figura 1: Ciclos epidemiológicos da raiva (Fonte: Departamento de Controle de Endemias Grupo de Trabalho Zoonoses/SESPA, 2006).

O cachorro e o morcego apresentam destaque na manutenção da incidência do ciclo urbano e silvestre respectivamente, sendo o morcego a espécie presente em todos os ciclos na condição de vetor.

Os morcegos se apresentam bem adaptados para identificar obstáculos e localizar alimentos. Conforme Reis et al.(2007), o processo de ecolocalização (transmissão de sons de alta frequência pela boca ou pelo focinho que são refletidos por superfícies do ambiente)

direciona os quirópteros aos alvos e alimentos desejados. Em clima frio algumas espécies de morcegos hibernam ou migram podendo se deslocar por mais de 1700 km (REIS et al, 2007).

Em resumo, segundo o ponto de vista do sistema biomédico a raiva humana é uma antroponose que é transmitida ao homem por mamíferos ao inocular secreções contendo o vírus *R. lyssavirus*. O quadro clínico da encefalomielite viral é devido à replicação viral nos neurônios dos infectados. Esta doença é disseminada por vetores em quatro ciclos epidemiológicos: silvestre, aéreo, urbano e rural, sendo o morcego o vetor presente em todos os ciclos.

1.3.2 Vacina humana anti-rábica: história e aspectos gerais

Não existem tratamentos específicos para a raiva, sendo utilizados apenas os sintomáticos perante o quadro clínico já instalado. Uma vez ocorrido o possível contato com o vírus rábico é realizada a limpeza do local e, consoante ao tipo de exposição e ao agressor, é utilizado antígeno imunizante específico, reduzindo assim, a carga infectante (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Anteriormente eram feitos debridamentos²⁴ e cauterizações das feridas, ou o uso de substâncias ácidas, cuidados que não surtiam efeitos sistêmicos contra o vírus rábico (BAER, 1991).

A descoberta da vacina anti-rábica²⁵ humana foi baseada nos estudos sobre a imunização contra raiva animal, realizada por Vitor Galtier na França. Pasteur e seus colaboradores Roux, Chamberland e Thuillier descobriram e administraram com êxito a vacina em 7 de julho de 1885 em uma criança chamada Joseph Meister²⁶ (COSTA, 1998).

²⁴ Debridamento consiste na remoção de tecidos lesionados ou morto (necrótico) com a finalidade de facilitar a cicatrização (HESS, 2002).

²⁵ Anterior a descoberta da vacina anti-rábica humana, Pasteur aplicou fragmentos de medula espinhal infectada e desidrata em 50 cães, os quais proferiram a imunização (COSTA, 1998).

²⁶ Joseph Meister foi mordido nas mãos, pernas e coxas quatorze vezes por um cão raivoso e levado da Alsácia para Paris. Após o êxito da imunização, trabalhou como porteiro do Instituto Pasteur e, aos 55 anos, suicidou

Durante todo percurso histórico do tratamento anti-rábico as reações adversas sempre preocuparam os cientistas, considerando a administração do tratamento profilático que, por vezes, pode ocasionar tanto eventos locais, quanto reações graves, como acidentes neuroparalíticos e morte.

Sendo assim, a experiência realizada por Pasteur e seus colaboradores, consistiu na inoculação subcutânea por doze vezes sucessivas de medula espinhal de coelhos raivosos cada vez menos atenuada. Ao término uma inoculação de medula espinhal de coelho totalmente virulenta. Após quinze meses, quase duas mil e quinhentas pessoas tinham sido imunizadas e, algumas de um a dois apresentaram eventos adversos graves, principalmente acidentes neuroparalíticos e morte devido à vacina não ser totalmente inócua, a gravidade da agressão e o retardo no tratamento profilático. Sem alterações, este método foi utilizado até 1953 apresentando uma mortalidade de 1 a 2 % por raiva se a aplicação tivesse início precoce (THEORODIDES, 1986 apud SCHNEIDER e SANTOS-BURGOA, 1994; COSTA, 1998).

Com as mesmas bases pasteurianas, a vacinação anti-rábica foi modificada em número de doses, na forma de produção e conservação do imunológico. Roux (1887) e Calmette (1891) enviaram a vacinação anti-rábica para vários países graças ao uso de glicerina para a conservação da medula, enquanto que Fermi (1908) e Semple (1919) fizeram inativação viral na tentativa de evitar o desenvolvimento da raiva pós-vacinal (SCHNEIDER e SANTOS-BURGOA, 1994; COSTA, 1998).

Contudo, em 1960 foram a óbito 18 pessoas por encefalite rábica após aplicação da vacina do tipo Fermi na cidade brasileira de Fortaleza, capital do Ceará. Já a vacina do tipo Semple não apresentou um efeito imunizante desejado. Assim, a taxa de mortalidade por raiva foi de 18,5% no Irã, mesmo após a realização devida do tratamento profilático. As reações adversas provocadas pela vacina anti-rábica são de natureza auto-imune, provocadas pela

se após negar a abertura da cripta mortuária de Pasteur aos alemães no início da 2ª Guerra Mundial em 1940 (COSTA, 1998).

presença de mielina animal na sua composição (SCHNEIDER e SANTOS-BURGOA, 1994; COSTA, 1998).

O número de acidentes pós-vacinal anti-rábico reduziu-se com a introdução da vacina Fuenzalida-Palácios (CRL), fabricada a partir de tecido nervoso de recém nascidos de camundongos. Para tanto, foi reduzida a quantidade de mielina. Dessa forma, a taxa de mortalidade por reação adversa foi de 22%, isto é, para cada dez mil pacientes submetidos ao tratamento profilático, 22 foram a óbito por reações neurológicas²⁷. Outras reações como as locais (prurido, dor, eritema, endurecimento local e enfartamento ganglionar satélite) e sistêmicas (adenopatia, mialgia, artralgias, febre, mal-estar geral, cefaléia, insônia e palpitações) são notificadas com certa freqüência (SCHNEIDER e SANTOS-BURGOA, 1994; COSTA, 1998).

Mas foi a partir da vacina produzida em Cultura de Células Diplóides Humanas (VCDH) que não houve mais notificações de óbitos. No final da década de cinquenta foram realizadas pesquisas para a utilização da cultura de tecidos isentos de tecido nervoso, porém apenas na década de 60 que o *Wistar Institute*, na Filadélfia (E.U.A.), teve sucesso em pesquisas promovidas por Wistor. Entretanto este imunobiológico apenas foi disponibilizado em 1976, reduzindo as reações adversas locais e sistêmicas (SCHNEIDER e SANTOS-BURGOA, 1994; COSTA, 1998).

A VCDH, além de reduzir o número de acidentes pós-vacinais também reduziu o número de doses. Contudo, os custos aumentaram²⁸ e, desta maneira, no Brasil esteve disponível apenas em situações especiais: reações alérgicas a Fuenzalida-Palácios e imunodeprimidos (SCHNEIDER e SANTOS-BURGOA, 1994; COSTA, 1998). Em março de

²⁷ As reações neuroparalíticas podem manifestar-se como: encefalomielite, mielite, neurite e paralisia ascendente do tipo Landry, semelhante à polorradiculoneurite (COSTA, 1998).

²⁸ O fator limitante da vacina VCDH é o custo, pois dificulta o acesso aos países em desenvolvimento. As pesquisas propõem outro método de tratamento, sendo produzidas em células Vero: Vacinas produzidas em cultura de células (VCC) que tem aspectos semelhantes à VCDH quanto ao número de doses e incidência de reações adversas (COSTA, 1998).

2003 foi disponibilizada a Vacina de Cultivo Celular – VERO para o estado paraense, reduzindo, aos poucos, o uso da vacina Fuenzalida-Palácios (DEPARTAMENTO DE CONTROLE DE ENDEMIAS GRUPO DE TRABALHO ZONÓSES/SESPA, 2005).

Em 1954, o soro anti-rábico apresentou eficácia no tratamento de exposição grave ao vírus rábico, confirmada pelas pesquisas realizadas por Habel e Koprovski. A ação primária do soro se dá no(s) ferimento(s) onde é aplicada uma quantidade (segundo o peso do agredido) de soro e o restante por via intramuscular, reduzindo assim, a carga infectante e retardando a multiplicação e migração viral. Inicialmente, a aplicação do soro esteve associada às reações anafiláticas e a doença do soro²⁹, mas perante a purificação e a baixa concentração de proteína animal a incidência passou de 40% para 1% a 6,2% aproximadamente, em uso do soro tipo heterólogo³⁰, único tipo utilizado nos serviços básicos de saúde brasileiros (COSTA, 1998).

A aplicação do soro heterólogo requer serviço médico especializado³¹ para atender as raras intercorrências³² e observação do vacinado por duas horas. O Ministério da Saúde brasileiro indica uma rigorosa avaliação sobre os antecedentes do exposto ao vírus rábico, considerando o contato com eqüinos e reação de hipersensibilidade sorológica anterior. Em caso positivo a algum item anterior, será realizado, se possível, o soro anti-rábico homólogo (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

²⁹ A doença do soro é uma manifestação tardia que pode ocorrer após a aplicação soro anti-rábico do tipo heterólogo caracterizada por edema e eritema no local da aplicação do soro, febre, mioartralgia, astenia, cefaléia, sudorese, desidratação, exantema com máculas e pápulas pruriginosas, infartamento e inflamações ganglionares e, mais raramente, vasculite e nefrite (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

³⁰ Cf. o Ministério da Saúde brasileiro (2005) o soro heterólogo é preparado em eqüídeos imunizados contra o vírus rábico, constituindo uma solução concentrada e purificada de anticorpos. Assim como a vacina anti-rábica VCC - VERO, o soro deve ser conservado em geladeira, entre +2 a +8°C segundo o prazo de validade do fabricante.

³¹ A disponibilidade da assistência médica na região amazônica é centralizada na zona urbana. Quando é realizado soro-vacinação na zona rural é preciso ter um médico nas localidades, contudo é difícil disponibilizar o deslocamento deste profissional para esta região.

³² Tais como o choque anafilático, a doença do soro e a reação de Arthus que, apesar de raras, estão associadas ao uso do soro heterólogo anti-rábico. Esta última intercorrências, reação de Arthus, é caracterizada por vasculite local e úlceras profundas. Para evitar as reações sorológicas, em 1975 foram utilizadas de forma limitada Imunoglobulina Humana Anti-Rábica (IGHAR). O limite do uso é justificado pelo alto custo e só é disponibilizada no Brasil mediante reações adversas ao soro (COSTA, 1998).-0

As vacinas, em geral, apresentam intervalos pré-determinados para o alcance da imunidade. Entretanto a vacinação e o soro anti-rábico é um tratamento profilático que requer adesão da pessoa para evitar não apenas a doença, como também a morte.

No território brasileiro é disponibilizada atualmente a vacina anti-rábica VCC - VERO³³ a qual apresenta o esquema vacinal vislumbrado na tabela 1 que considera algumas variáveis, tais como: a espécie agressora, o local do ferimento, o tipo de ferimento e de exposição.

Tabela 1: Esquema do tratamento profilático anti-rábico e critérios para vacinação (VCC – VERO).

CONDIÇÕES DO ANIMAL AGRESSOR			CÃO OU GATO, DESAPARECIDO OU MORTO; ANIMAIS SILVESTRES (INCLUSIVE OS DOMICILIADOS) ANIMAIS DOMÉSTICOS DE INTERESSE ECONÔMICO OU DE PRODUÇÃO
TIPO DE EXPOSIÇÃO	CÃO OU GATO SEM SUSPEITA DE RAIVA NO MOMENTO DA AGRESSÃO	CÃO OU GATO SUSPEITO DE RAIVA NO MOMENTO DA AGRESSÃO	
Contato indireto	Lavar com água e sabão; Não tratar	Lavar com água e sabão; Não tratar	Lavar com água e sabão; Não tratar
Acidentes leves Ferimentos Superficiais, pouco extensos, geralmente únicos, localizados em troncos e membros (exceto mãos e polpa digitais e planta dos pés); podem acontecer em decorrência de mordeduras ou arranhaduras causadas por unhas ou dentes; Lambadura de pele com lesões superficiais.	Lavar com água e sabão; Observar o animal durante 10 dias à exposição; Se o animal permanecer sadio no período de observação, encerrar o caso. Se o animal morrer, desaparecer ou tornar-se raivoso, administrar 5 doses de vacina (0, 3, 7, 14 e 28).	Lavar com água e sabão; Iniciar tratamento com 2 doses, uma no dia 0 e outra no dia 3; Observar o animal durante 10 dias após a exposição; Se a suspeita da raiva for descartada após o 10º dia de observação, suspender o tratamento e encerrar o caso; Se o animal morrer, desaparecer ou tornar-se raivoso, completar o esquema até cinco doses. Aplicar uma dose entre o 7º e o 10º dia e uma dose nos dias 14 e 28.	Lavar com água e sabão; Iniciar imediatamente o tratamento com 5 doses de vacina administradas nos dias 0, 3, 7, 14 e 28.
Acidentes graves Ferimentos na cabeça, face, pescoço, mão, polpa digital e ou planta do pé; Ferimentos profundos, múltiplos ou extensos, em qualquer região do corpo; Lambadura de pele onde já existe lesão grave; Ferimentos profundos causado por unha de gato.	Lavar com água e sabão; Observar o animal durante 10 dias após a exposição; Se o animal permanecer sadio no período de observação, encerrar o caso; Se o animal morrer, desaparecer ou tornar-se raivoso, dar continuidade ao tratamento, administrando o soro e completando o esquema até 5 doses. Aplicar uma dose entre o 7º e o 10º dia e uma nos dias 14 e 28.	Lavar com água e sabão; Iniciar o tratamento com soro e 5 doses de vacina nos dias 0, 3, 7, 14 e 28; Observar o animal durante 10 dias após a exposição; Se a suspeita da raiva for descartada após o 10º dia de observação, suspender o tratamento e encerrar o caso.	Iniciar imediatamente o tratamento com soro e 5 doses de vacina administradas nos dias 0, 3, 7, 14 e 28.

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, 2005.

33 Cf. Ministério da Saúde (2003) o tratamento profilático completo com a VCC - VERO corresponde à aplicação do esquema vacinal segundo a espécie agressora, local, tipo de ferimento e a exposição.

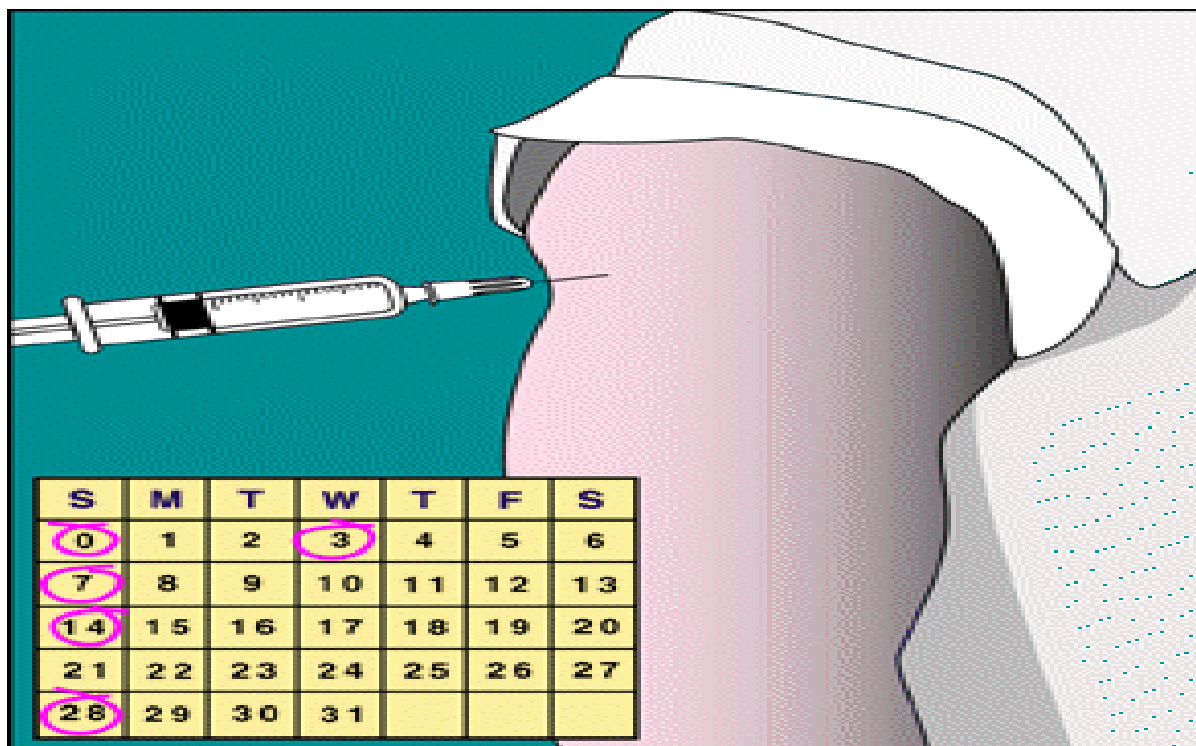


Figura 2 - Exemplo de aprazamento de esquema vacinal para tratamento profilático anti-rábico - vacina Cultivo Celular Diplóide (Fonte: Departamento de Controle de Endemias Grupo de Trabalho Zoonoses/SESPA, 2006).

Observando a tabela 1, percebe-se que as pessoas expostas ao vírus rábico têm que ter disponibilidade de tempo para procurar periodicamente as Unidades Básicas de Saúde (UBSs), tendo que deixar neste período de tratamento de realizar trabalhos que exijam esforços físicos excessivos³⁴, como por exemplo, o trabalho rural e pesqueiro. Na figura 2 é apresentado, um exemplo do aprazamento da vacina anti-rábica humana de uma pessoa que inicia a vacinação no dia zero, ou seja, dia que comparece à UBS e queixa-se de agressão por mamífero, enquadrando-se assim, em conduta apresentada na tabela 1.

Nas UBSs quem apresenta história de contato indireto e agressão por mamíferos (exceto roedores) suspeitos, ou não, de estarem infectados pelo vírus rábico é atendido com o auxílio da ficha de atendimento anti-rábico. No anexo I é apresentada a ficha atual, nesta, além da identificação do indivíduo, são colocados os dados epidemiológicos, de tratamento e

³⁴ Consoante às recomendações da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), 2003.

a conclusão do atendimento. Esta ficha contempla o registro dos possíveis expostos, independente do tratamento profilático a ser realizado, assim como a situação do animal doméstico que ficou em observação durante dez dias.

A vacina anti-rábica humana não confere imunidade duradoura nem permanente, assim as pessoas expostas mais de uma vez ao vírus rábico, após 90 dias do término da vacinação, terão que procurar as UBS para fazer o esquema de reexposição (Ver anexo II), bem como o preenchimento de uma nova folha de atendimento anti-rábico pelo profissional de saúde treinado. A reexposição ao vírus dos moradores da zona rural amazônica é freqüente devido aos fatores socioeconômicos, culturais e as repetidas agressões por morcegos, ou outros mamíferos domésticos e silvestres que fazem parte da convivência das pessoas. As pessoas que não comparecem nos dias indicados, é aplicado o tratamento profilático segundo a orientação para vacinação de faltosos (Ver em anexo III).

1.3.3 Endemias e epidemias rábicas humanas: uma breve incursão epidemiológica

Neste estudo serão considerados apenas aspectos epidemiológicos descritivos da raiva humana. As variáveis a serem apresentadas mostrarão um retrato numérico da enfermidade no continente, país e estado: Américas, Brasil e o estado brasileiro do Pará, devido a sua relação direta com o objeto de estudo. A distribuição da raiva humana em números, ora relativos ora absolutos será por faixa etária, sexo, por mamífero vetor e local de ocorrência. Além dessas variáveis, é apresentada a situação de abandono do tratamento profilático no Pará.

A distribuição da raiva humana nas Américas, no período de 2000 a 2004, apresenta uma homogeneidade na freqüência das informações das variáveis que caracterizam os surtos ocorridos em boa parte dos países americanos. Os dados obtidos para este estudo

partem da elaboração de Boletins em Vigilância Epidemiológica da Raiva nas Américas, realizados por meio do Sistema de Informações Regionais à Vigilância Epidemiológica da Raiva nas Américas (SIRVERA), o qual é mantido pela Divisão de Prevenção e Controle de Enfermidades coordenado pela Organização Pan-Americana da Saúde e Centro Pan-Americano de Febre Aftosa (OPAS/PANAFTOSA).

Na figura a seguir, verificamos a série histórica de casos de raiva humana nas Américas, com incidência decrescente nos últimos dezesseis anos. Porém no ano de 2004, houve um aumento significativo de notificações. Este aumento não se deve a agressões por cães infectados ao homem e, sim, por morcegos hematófagos (DIVISÃO DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE ENFERMIDADES, 2000, 2001, 2002, 2003 E 2004).

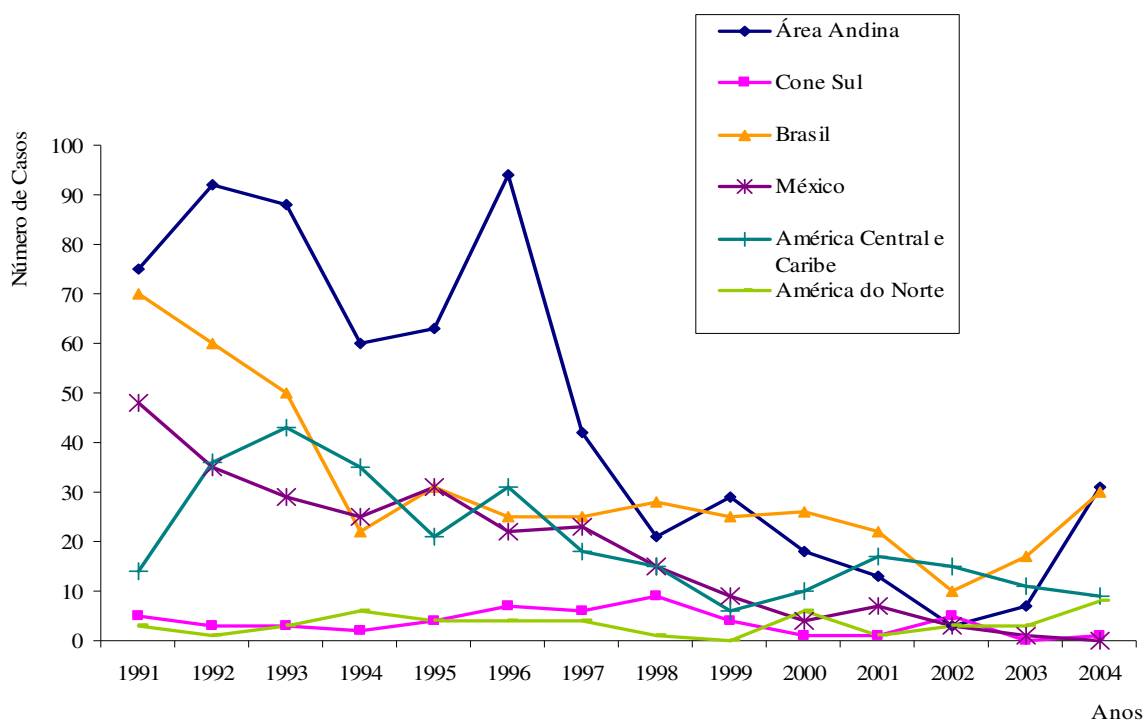


Figura 3 - Casos de raiva humana nas Américas de 1991 a 2004 (Fonte: Boletins em Vigilância Epidemiológica da Raiva nas Américas, 2000, 2001, 2002, 2003 e 2004; Divisão de Prevenção e Controle de Enfermidades, 2000, 2001, 2002, 2003 e 2004).

As vítimas da raiva humana são jovens geralmente do sexo masculino. No período de 2000 a 2004, cerca de 63,03% deles tinham menos de 20 anos, sendo que as crianças respondem por 43,96% desse percentual. Nota-se que o número de casos que acomete o sexo

masculino é superior 50% em relação ao sexo oposto neste mesmo período (DIVISÃO DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE ENFERMIDADES, 2000, 2001, 2002, 2003 e 2004). A frequência relativa em relação à faixa etária é encontrada logo a seguir, na tabela abaixo:

Tabela 2: Distribuição por faixa etária da frequência relativa de casos notificados de raiva humana no período de 2000 a 2004.

Faixa etária	0-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	>50
Média da frequência relativa	20,0	23,96	16,36	2,72	7,02	5,16	2,34	2,28	3,8	5,9	9,74

Fonte: Boletins em Vigilância Epidemiológica da Raiva nas Américas, 2000, 2001, 2002, 2003 e 2004. Divisão de Prevenção e Controle de Enfermidades, 2000, 2001, 2002, 2003 e 2004.

O vetor da antropozoonose que mais infectou pessoas foi o cachorro, seguido por morcegos. O cão³⁵ foi responsável por 60,07% das agressões que findaram em morte, mostrando a falta de controle do ciclo urbano da raiva, particularmente nos países latinos. Enquanto que o morcego responde por 32,94% dos casos, mantendo e, por vezes, aumentando, a incidência dos mesmos. No período em estudo a infecção teve um comportamento atípico, quando nos Estados Unidos em 2004, quatro pessoas contraíram raiva após transplante de órgãos infectados pelo vírus rábico (DIVISÃO DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE ENFERMIDADES, 2000, 2001, 2002, 2003 e 2004).

Os relatos de ataques de quirópteros a humanos remontam a conquista do Novo Mundo. Em 1526 o viajante europeu Gonzáles Fernández de Oviedo informou que no Panamá, Colômbia e Venezuela havia uma mortandade elevada de homens após serem

³⁵ A descrição da raiva em cães e animais domésticos foi atribuída a Demócrito, cerca de 500 anos a.C. e a Aristóteles 322 a.C.. A relação entre a raiva humana e o cão, bem como a denominação de hidrofobia coube a Celso no ano 100 a.C. (REZENDE *et al*, 1997).

mordidos por morcegos qualificados como venenosos e perigosos (BAER, 1991; SCHNEIDER e SANTOS-BURGOA, 1995).

O primeiro surto de raiva humana tendo como vetores os morcegos hematófagos nas Américas foi notificado em Trinidad, no ano de 1927, onde foram registrados 53 casos que, inicialmente, tiveram o diagnóstico de poliomielite e, após quatro anos é que foram confirmados os casos de raiva, através de informações clínico-epidemiológicas (BAER, 1991; SCHNEIDER e SANTOS-BURGOA, 1995).

Inicialmente, devido à falta de acesso ao diagnóstico da raiva existem suspeitas de outras moléstias, dentre elas a síndrome de Guillan-Barré; tétano e botulismo, devido ao fato de apresentarem quadro clínico semelhante. Essas suspeitas perduram enquanto não existir uma investigação epidemiológica³⁶ levantando os dados clínicos das vítimas e os fatores locais predisponentes a raiva humana.

As subnotificações de casos de raiva se devem à falta ou a ineficiência da vigilância dos condicionantes à raiva; dificuldades de acesso a informações em saúde às comunidades acometidas; ao desconhecimento dos familiares e conhecidos das vítimas sobre os sinais, sintomas e fatores que contribuem para o surgimento da doença nestas localidades. Assim, quando ocorre um caso entre as pessoas, este é associado à outra doença do contexto social, como por exemplo, acidente vascular cerebral (“derrame”), apendicite e outras, fazendo com que, desta maneira as autoridades sanitárias³⁷ acabem desconhecendo a realidade.

No mapa a seguir são apresentadas às localidades brasileiras que sofreram com o evento epidêmico no período de 1992 a 2005.

³⁶ Segundo Rouquayrol e Almeida-Filho (1999) uma investigação epidemiológica é um conjunto de ações realizadas prioritariamente por profissionais de saúde, os quais reúne dados quanto ao(s) hospedeiro(s), agente etiológico(s), vetor(es), o(s) ambiente(s) e tempo(s) de desenvolvimento de enfermidades que afligem coletividades.

³⁷ Nesse estudo considero autoridades sanitárias são profissionais de saúde que trabalham segundo os paradigmas do modelo biomédico.

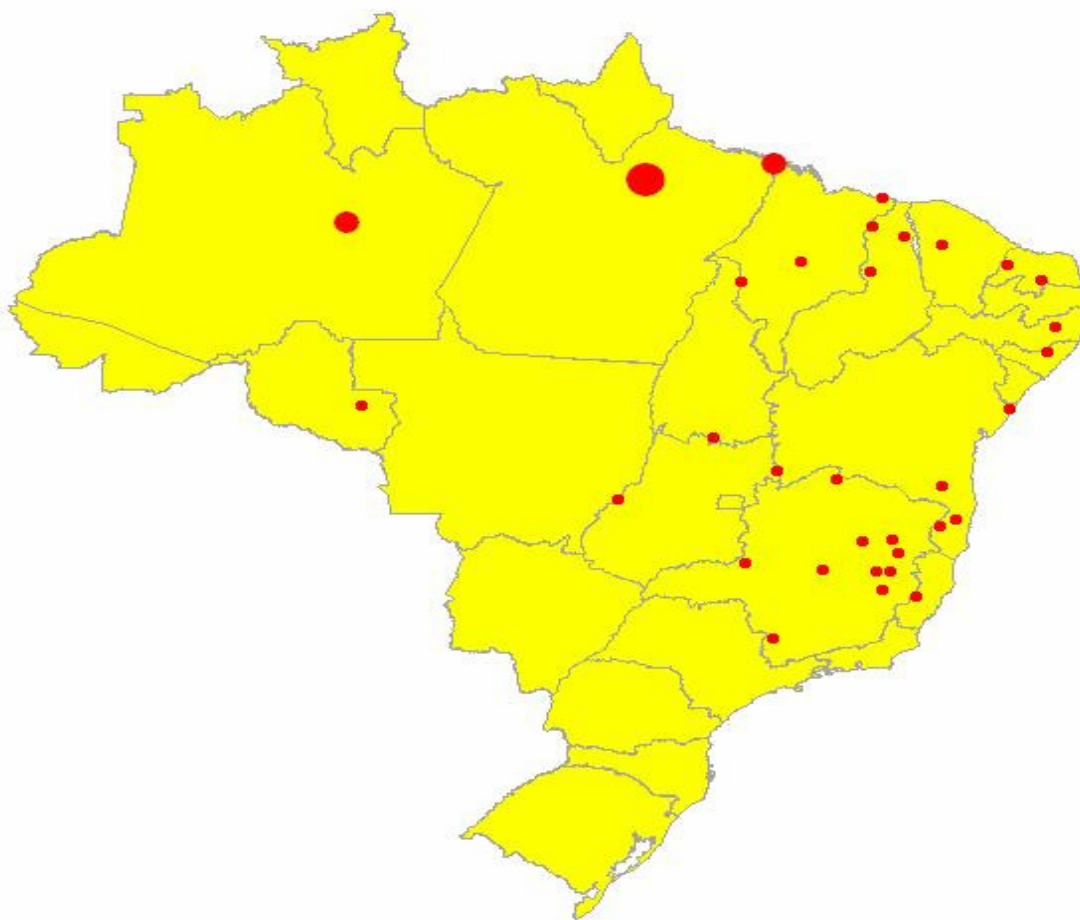


Figura 4: Localização dos casos confirmados de raiva humana no Brasil de 1992 a 2005³⁸ (Fonte: Departamento de Controle de Endemias Grupo de Trabalho Zoonoses/SESPA, 2006).

Com a instituição do Programa Nacional de Profilaxia da Raiva³⁹ (PNPR) no Brasil, em 1973, e posteriormente, do Sistema de Informação de Agravos Notificáveis (SINAN) em 1998, foi possível ter um melhor conhecimento do número e das nuances das ocorrências dos surtos de raiva, conferindo as semelhanças com as informações americanas já apresentadas neste estudo. Para combater a raiva humana o PNPR realiza atividades sistemáticas de controle desta zoonose nos animais domésticos e o tratamento anti-rábico das pessoas com possível exposição ao vírus

³⁸ No presente mapa o diâmetro dos círculos indicam a localização da incidência. Assim quanto maior o diâmetro maior a incidência de raiva humana durante o período de 1992 à 2005.

³⁹ As atividades do PNPR ampliaram-se da zona urbana para as cidades do interior e parte da zona rural. Apenas em 1977 os serviços anti-rábicos abrangeram todas as Unidades Federativas no Brasil.

No contexto brasileiro, o morcego hematófago⁴⁰ *Desmodus rotundus*⁴¹, apresenta-se como o responsável pela transmissão do vírus através da cadeia alimentar silvestre. No Brasil esse tipo de morcego é responsável pela ascensão da incidência da raiva humana nos anos de 2004 e 2005 que, até 2003, apresentava um declínio acentuado como é verificado no gráfico abaixo na figura 5.

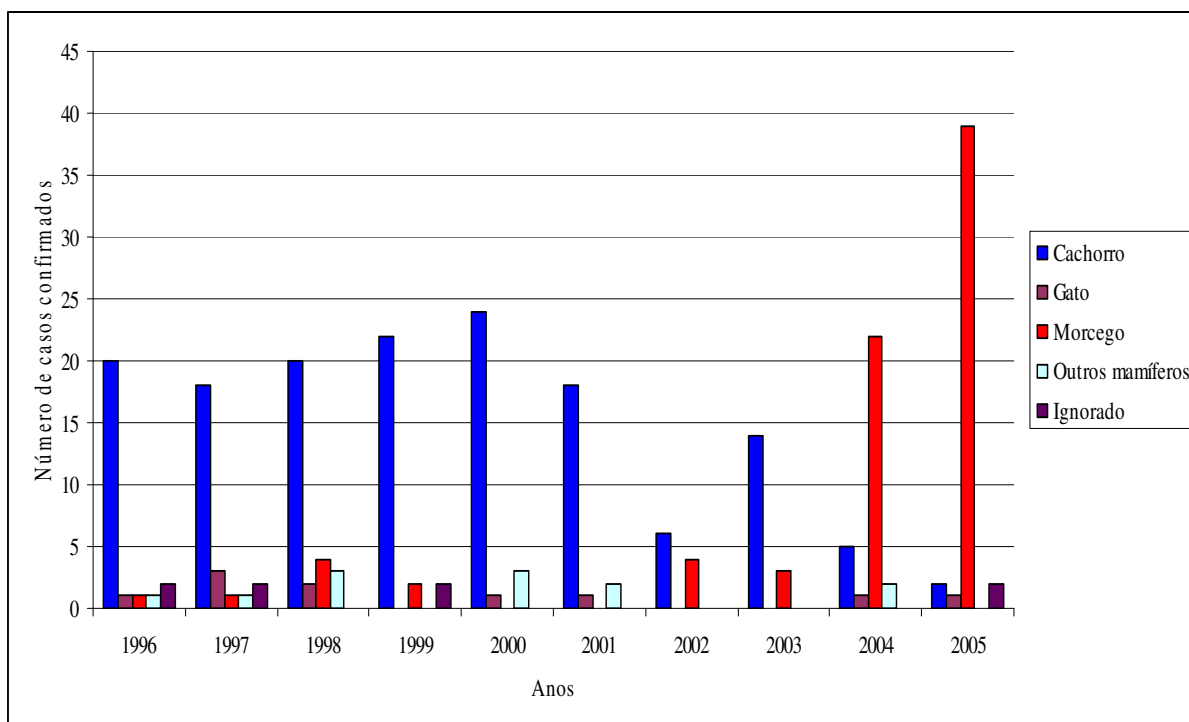


Figura 5: Raiva humana segundo a espécie agressora no Brasil de 1996 a 2005 (Fonte: Departamento de Controle de Endemias Grupo de Trabalho Zoonoses/SESPA, 2006).

Nos anos de 2004 e 2005 foram registrados 74 casos confirmados de raiva humana no Brasil, sendo que aproximadamente 54,05 % (40 casos) ocorreram no Estado do Pará. Os municípios paraenses de Augusto Corrêa, Viseu e Portel, bem como alguns municípios do Maranhão que também foram acometidos por surtos da doença são apresentados na figura 6

⁴⁰ A multiplicação dos morcegos hematófagos na América Latina foi favorecida pela chegada dos animais domésticos. Os morcegos hematófagos compreendem três espécies, hoje restritas a América Latina (região neotropical): *Desmodus rotundus*, *Diaemus youngi* e *Diphylla ecaudata* (BREDT et al, 1996).

⁴¹ Os morcegos *Desmodus rotundus*, consomem diariamente cerca de 15 a 20 ml de sangue durante 30 a 60 minutos, dependendo das condições ambientais favoráveis (noites escuras e sem chuva) e as reações das vítimas: aquelas com o sono mais profundo são agredidas com maior frequência (BREDT et al, 1996).

(BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). No Estado do Pará cerca de 39 pessoas foram a óbito após agressões por morcegos hematófagos infectados por *Rhabdovirus lyssavirus*.

Etnicamente, percebe-se que os primeiros habitantes da região paraense que compreende os municípios de Viseu e Portel foram indígenas. Na cidade de Augusto Corrêa, os primeiros moradores foram portugueses provenientes da cidade de Bragança. A ocupação de Portel e Augusto Corrêa se deu por portugueses, e em Viseu também por franceses (SECRETARIA EXECUTIVA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E FINANÇAS DO PARÁ, 2005).

Os municípios de Viseu⁴² e Augusto Corrêa são limítrofes e encontram-se localizados na mesorregião do Nordeste Paraense, enquanto que Portel pertence à mesorregião Marajó. No capítulo II do presente trabalho será apresentada uma descrição destas cidades e dos fatores predisponentes à raiva humana nas localidades afligidas.

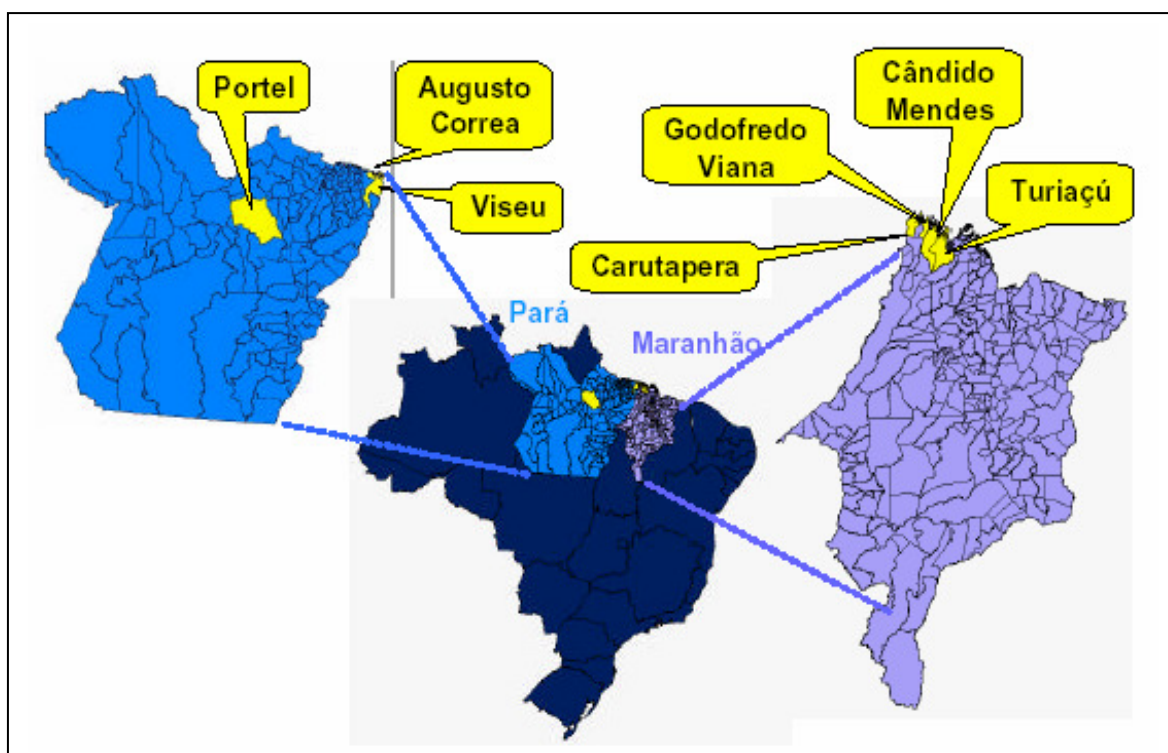


Figura 6 - Cidades paraenses e maranhenses acometidas pelo surto de raiva humana em 2004 e 2005 (Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, 2005).

⁴² A cidade de Viseu faz limites com a cidade de Carutapera (cidade com história de mortalidade por raiva humana no biênio em estudo) no Estado do Maranhão e Augusto Corrêa.

A figura 7 mostra a situação de endemicidade da doença no Pará, apresentando uma curva irregular, com altos e baixos na incidência e, enfim, os surtos de raiva de 2004 e 2005 para a surpresa dos serviços públicos em saúde.

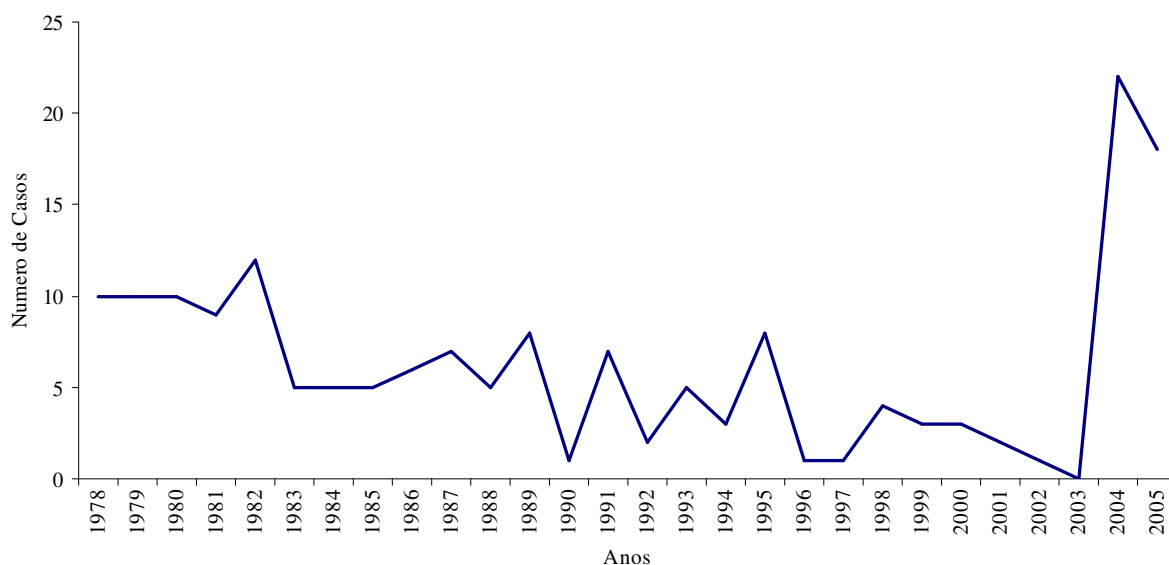


Figura 7: Casos de raiva humana confirmados no Pará de 1978 a 2005 (Fonte: Departamento de Controle de Endemias Grupo de Trabalho Zoonoses/SESPA, 2006).

Os surtos de raiva humana ocasionados por morcegos na região amazônica e em países latino-americanos apresentam algumas características semelhantes de risco. Os pesquisadores e veterinários Cristina Schneider e Carlos Santos-Burgoa apontaram em 1995 no artigo *Algunas consideraciones sobre la rabia humana transmitida por murcielago*, as seguintes características de risco:

- Vítimas com menos de 20 anos com baixa renda e escolaridade;
- Homens trabalhadores rurais, pescadores e garimpeiros moradores da zona rural que residem em habitações vulneráveis⁴³;

⁴³ No presente estudo, considero habitações vulneráveis as residências que têm livre acesso de animais domésticos e silvestres. Alguns familiares consideram suas residências vulneráveis porque quando chove molha seus pertences. Já outros familiares, após o surto, chegaram a mudar de residência, porém referem sentir falta da morada anterior devido à temperatura ser mais agradável ao grupo.

- Falta de energia elétrica dificultando o armazenamento de vacinas e proporcionando aos morcegos um ambiente ideal para agressão;
- Redução da fauna e flora local devido a explorações do solo para a agropecuária;
- Conhecimento tardio das autoridades sanitárias dos surtos;
- Difícil acesso a serviços de saúde e a serviços diagnósticos (SCHNEIDER e SANTOS-BURGOA, 1995).

Outra característica geral que também posso elencar é que entre os povoados agredidos por morcegos, há muitos anos, os seus moradores não crêem ou desconhecem que a mordida destes animais pode causar a raiva, sendo que mesmo nas localidades onde ocorreram os surtos ainda existe a descrença por parte de alguns moradores, como pude constatar em meu trabalho de campo.

No período de 1982 a 2005 no estado do Pará foram registrados os óbitos de 134 pessoas em decorrência da raiva. Destas, 56,44% eram residentes na zona rural, sendo que 74,04% eram do sexo masculino e, 53,98 % tinham menos de 20 anos, dados estes semelhantes aos das Américas e do Brasil. Na figura a seguir é apresentada a série de casos confirmados de raiva humana, segundo a espécie transmissora, sendo que os quirópteros respondem por 31,57% dos casos, tendo o último biênio deste período uma quantidade significativa do percentual dos casos (DEPARTAMENTO DE CONTROLE DE ENDEMIAS. GRUPO DE TRABALHO ZOONOSES/SESPA, 2006).

A interrupção da transmissão do vírus rábico ao homem e aos animais domésticos apresenta-se como a meta do Programa Nacional de Profilaxia da Raiva⁴⁴, entretanto no Pará

⁴⁴ As atividades do PNPR ampliaram-se, desde a sua constituição em 1973, da zona urbana e, posteriormente, para as cidades do interior e parte da zona rural e apenas em 1977 os serviços anti-rábitos abrangeram todas as unidades federativas no Brasil.

o controle da circulação viral em animais domésticos e silvestres deve ser mais efetivo, já que existe presença de vírus rábico no estado, principalmente, em região limítrofe ao Maranhão.

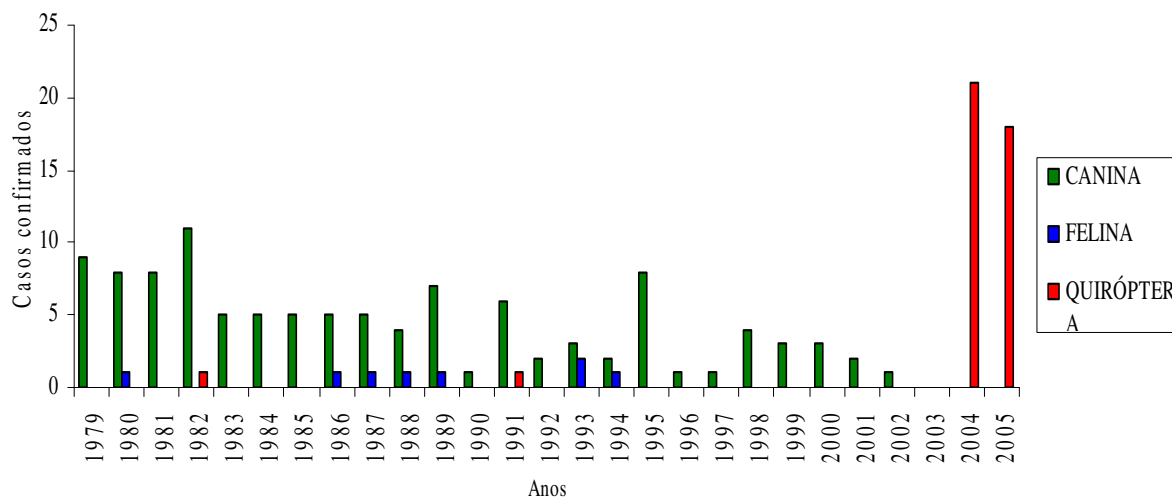


Figura 8 - Raiva humana segundo a espécie agressora no Pará de 1979 a 2005 (Fonte: Departamento de Controle de Endemias Grupo de Trabalho Zoonoses/SESPA, 2006).

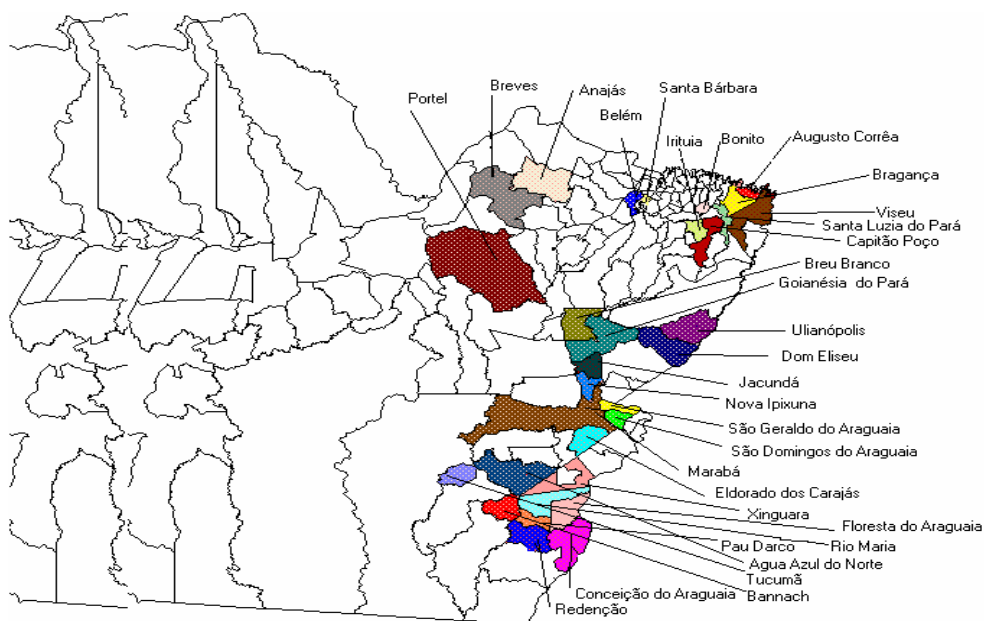


Figura 9 - Municípios paraenses com vírus rábico circulante em 2004 e 2005⁴⁵ (Fonte: Departamento de Controle de Endemias Grupo de Trabalho Zoonoses/SESPA, 2006).

⁴⁵ Os municípios paraenses em branco segundo o Departamento de Controle de Endemias Grupo de Trabalho Zoonoses/SESPA (2006) são áreas que não registram a presença de vírus rábico circulante, ou seja, são áreas consideradas silenciosas que necessitam de maiores monitorizações por parte dos profissionais de saúde.

Os fatores socioeconômicos e epidemiológicos mencionados acima interferem e retratam a insipiente adesão ao tratamento anti-rábico. Na figura abaixo é possível averiguar que 11,8% das pessoas no estado do Pará expostas ao vírus anti-rábico e que precisam realizar param o tratamento anti-rábico sem indicação da unidade de saúde. Neste gráfico não é possível vislumbrar o número de pessoas que não realizam o tratamento, mesmo quando é prescrito.

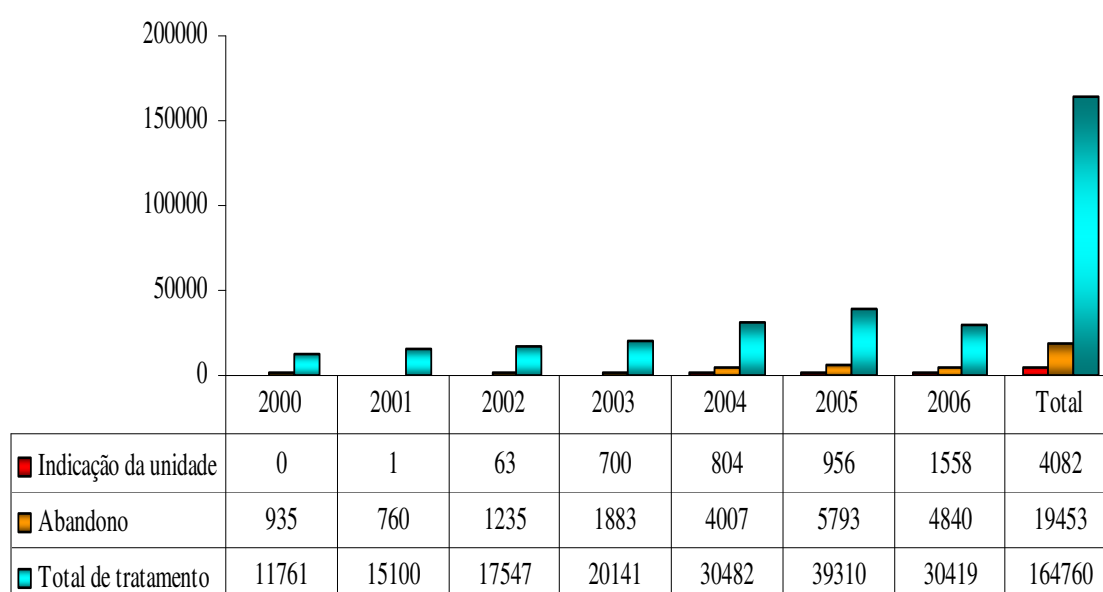


Figura 10: Abandono do tratamento anti-rábico humano no Pará no período de 2000 a 2006 (Fonte: SINAN/SESPA, 2007).

O Pará apresenta uma série histórica de casos que vislumbra a endemicidade da raiva humana há décadas. Contudo, os eventos são isolados, repentinos e caracterizados como surtos em pequenas localidades da zona rural do estado, onde acometem trabalhadores rurais e/ou pescadores, tendo uma incidência elevada entre as crianças e adolescentes. A presença de vírus rábico circulante é uma situação de risco, que unida à dificuldade de acesso e/ou a falta da adesão ao tratamento nos alerta para a ocorrência de novos surtos.

Uma situação de endemidade conduz à reflexão acerca da convivência das populações humanas com uma enfermidade. A vivência com a raiva humana é isolada no estado do Pará e prejudicada com o constante declínio da incidência, sendo esta nula em 2003. Apresentando-se desta forma a doença tem um caráter epidêmico municipal, isto é, temporária, provisória e inesperada para o município atingido. Então, algumas coletividades apenas têm uma vivência indireta, ou seja, não conviveram com os sinais, sintomas e as letalidades conseqüentes ao aparecimento do agravo.

As informações relativas aos surtos são trocadas entre as coletividades e, diante do seu contato, as mesmas tendem a formular representações ou reelaborá-las, sendo que, por vezes não acreditam no evento epidêmico e suas implicações individuais e coletivas. Perante um evento epidêmico, mesmo quem convive com os sofrimentos e as perturbações ocasionados pelo mal, não têm o mesmo olhar médico-científico de profissionais de saúde. Os conhecimentos e orientações dados nesse período de aflição por profissionais de saúde modelados pela biomedicina, quando não são apreendidos na íntegra, mediante a incorporação do discurso médico-sanitarista ao repertório de saberes cotidianos são mesclados com explicações constituídas através dos tempos pelos grupos humanos.

Portanto, a raiva humana é uma realidade esporádica, mas presente na zona rural da região amazônica. Apesar da endemidade da raiva humana no Pará as distâncias dificultam o conhecimento e a divulgação das ocorrências isoladas da doença, assim como o tratamento profilático. No entanto, além da situação de iniquidade ao acesso terapêutico profilático anti-rábico é averiguado que a adesão ao tratamento sofre interferências por outros fatores de caráter sócio-cultural. Os fatores que interferem na não-adesão ao tratamento anti-rábico e as vivências com os surtos de raiva no Pará serão posteriormente observados, a partir das falas de pessoas com as quais dialoguei ao longo da pesquisa de campo, como aparecerão no segundo e terceiro capítulo.

1.4 Epidemia ou surto de raiva humana?

No período de dois anos a raiva humana afligiu localidades rurais de municípios paraenses, vitimando em 2004, vinte duas pessoas e em 2005, dezoito. A dispersão geográfica da enfermidade em curto período de tempo, assim como, o número de casos confirmados leva-nos a questionar a denominação de surto para os fenômenos epidêmicos ocorridos.

A epidemiologia descritiva estuda variáveis relacionadas ao tempo, ao espaço e às pessoas para, a partir daí, traçar um perfil epidemiológico de acordo com a distribuição espacial e temporal de enfermidades que acometem certos grupos humanos. Desta forma, quando uma enfermidade acomete um grupo de pessoas suscetíveis, é possível classificá-la segundo o acompanhamento realizado pelas autoridades sanitárias municipais como caso esporádico; caso isolado; endemia ou epidemia (ROUQUAYROL, 1999).

As autoridades sanitárias classificaram os fenômenos epidêmicos de raiva humana conforme os dados epidemiológicos: o número de vítimas, o espaço e o tempo de ocorrência do evento epidêmico e, assim, o denominaram de surto epidêmico⁴⁶.

Abaixo transcrevo o conceito de surto epidêmico citado pelos epidemiologistas Maria Zélia Rouquayrol e Naomar de Almeida Filho (1999), que se apóiam em Schmid (1956):

“Surto epidêmico é uma epidemia de proporções reduzidas atingindo uma pequena comunidade humana. Muitos restringem o termo para o caso de instituições fechadas, outros usam como sinônimo de epidemia.” (SCHMID, 1956 apud ROUQUAYROL e ALMEIDA FILHO, 1999, p. 553).

Para Waldman (1998), alguns epidemiologistas consideram surto e epidemia como termos sinônimos; outros já consideram epidemia um termo a ser empregado quando envolve um amplo número de pessoas e/ou ampla área geográfica. Quanto à classificação da abrangência de uma epidemia, tem-se que um surto é considerado por diversos autores como

⁴⁶ Ver em WADA (2007). Raiva no Brasil. Disponível em: < <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/SSAUDE/Vigilancia/zoonoses/raiva/raivabrasil.pdf>>. Acesso em: dez. 2007.

um tipo de epidemia, com um espaço definido e limitado. Então, quais os limites espaciais para a determinação de um surto?

Neste estudo faço mão do conceito de espaço geográfico, conforme a definição de Rouquayrol e Almeida Filho (1999.p. 95), que o consideram como a superfície terrestre construída de um ecossistema que é historicamente organizado por grupos sociais. Segundo também estes mesmos autores, “a abrangência espacial da ocorrência epidêmica varia enormemente.” Neste sentido, os fatores socioeconômicos e culturais também determinam o espaço aumentando ou reduzindo os limites geográficos .

Apesar da dispersão e do grande número de casos confirmados de raiva humana, considero as semelhanças sócio-econômicas e culturais das localidades afligidas como fatores essenciais para o emprego do termo surto epidêmico, o qual é adequado ao presente estudo, uma vez que retrata estes fatores para a construção da concepção da enfermidade. Desta maneira, também utilizo o termo surto como sinônimo de epidemia.

Assim, no decorrer do biênio 2004 e 2005 no estado do Pará aconteceram três surtos epidêmicos de raiva humana nos municípios de Portel, Viseu e Augusto Corrêa , sendo três casos esporádicos em Viseu e um caso isolado em Floresta do Araguaia.

Neste primeiro capítulo foi possível constatar algumas concepções causais das enfermidades que acometem coletividades no decorrer do tempo e do lugar suscitando diferentes explicações conforme o contexto do infortúnio.

A antroponose em questão apresenta um quadro clínico inicial inespecífico com febre, parestesia e/ou dor no local da agressão que apavora populações desde os primórdios. A agressão acometida por mamífero é uma ocorrência que instiga a procura por tratamentos que sofreram evoluções com o passar dos tempos. O cachorro é o mamífero vetor mais freqüente da raiva, mas houve uma queda na incidência após o aumento da cobertura vacinal anti-rábica canina. O vetor morcego aparece em registros elevando a incidência da

raiva humana, principalmente em localidades rurais amazônicas tornando-se um problema de saúde coletiva.

Outro problema de saúde coletiva é a falta de adesão ao tratamento anti-rábico humano devido a diversos fatores de ordem socioeconômicos e culturais, que permitem o surgimento de surtos epidêmicos em localidades de difícil acesso a serviços de saúde. No próximo capítulo trato dos fatores que interferem na adesão de tratamentos e que é um empecilho para a prevenção e tratamentos de agravos a saúde.

A Política Nacional de Saúde brasileira é um conjunto de estratégias para garantir o direito ao acesso universal e integral à saúde (LEI 8080/1990). Para o alcance deste direito constitucional o Estado deve considerar os aspectos sociais, culturais e ambientais a fim de construir uma reforma sanitária atenta às diferenças de grupos sociais.

O Programa Nacional de Profilaxia da Raiva faz parte do conjunto das estratégias da Política Nacional de Saúde. Este programa elabora e implanta normas técnicas para o controle da raiva, produz, controla e disponibiliza a vacinação e o soro anti-rábico e realiza treinamentos para equipes multiprofissionais (SCHNEIDER et al, 1996).

Os surtos epidêmicos de raiva humana afligem grupos sociais permitindo a construção de explicações locais sobre o evento epidêmico as quais são importantes para a elaboração de paradigmas sanitários que podem ser analisados pelo Programa Nacional de Profilaxia da Raiva.

No próximo capítulo realizo a descrição das localidades atingidas e dos grupos de pessoas que participaram dos eventos epidêmicos no Pará, além de apontar as teorias e princípios que embasam este estudo, sendo apresentadas interpretações sobre o processo de adoecer e morrer de raiva humana no Pará.

CAPÍTULO II

CAMINHOS, LUGARES E PERSONAGENS

Neste capítulo ocupo-me de correlacionar os contextos sócio-culturais onde ocorreram os surtos de raiva humana no Pará com uma abordagem teórico-metodológica proposta para este estudo. Para tanto, a fim de compreender as complexidades inerentes às coletividades atingidas pelo mal nos municípios de Portel, Viseu e Augusto Corrêa, selecionei caminhos metodológicos e técnicas de apreensão das realidades locais. Sendo assim, veremos que o campo disciplinar das Ciências Sociais auxilia na busca do entendimento das maneiras de pensar e agir das pessoas perante um fenômeno epidêmico.

Para compreender de forma mais ampla o contexto onde ocorreram os surtos de raiva, as minhas reflexões partiram de estudos antropológicos relacionados ao conhecimento dos processos de adoecimento, de caráter subjetivo e plural. Tive como alicerce a Teoria dos Níveis de Causalidades proposta por Sindzingre e Zemleni (1981), que busca analisar as representações sociais das concepções causais que emergem a partir das memórias⁴⁷ acerca das aflições sofridas durante os surtos.

Optei por uma abordagem metodológica qualitativa e, quanto à técnica de pesquisa, realizei entrevistas para coleta de narrativas, a fim de conhecer os enunciados etiológicos desenvolvidos pelos familiares, assim como compreender relações entre a causa e a não-adesão à terapia profilática anti-rábica. Também foram entrevistados os profissionais de saúde, curandeiros e uma benzedeira⁴⁸, os quais narraram suas experiências e concepções

⁴⁷ No presente estudo tomo o conceito de memória segundo Nora (1993) citado pelo cientista social Doutor Everaldo Nunes (2005) a qual é entendida como a vida, dinâmica, “aberta à dialética da lembrança e do esquecimento” e “vulnerável a todos os usos e manipulações” (NUNES, 2005. p. 19).

⁴⁸ Durante a pesquisa de campo coletei a entrevista de dois curandeiros e apenas uma benzedeira, os quais se disponibilizaram a narrar sobre aspectos da saúde e doença das localidades e, particularmente, sobre o evento epidêmico.

durante o evento epidêmico. No presente estudo apresento unidades representativas das narrativas dos entrevistados agrupadas segundo as temáticas que emergiram no diálogo.

Os personagens aos quais me refiro são os familiares das vítimas, os curandeiros e a benzedeira locais, bem como os profissionais de saúde presentes durante o evento. A partir do contato com estes personagens reflito acerca das minhas atribuições – enfermeira e pesquisadora – diante do fenômeno pesquisado e dos entrevistados, apresentando as interferências que ocorreram no decorrer da pesquisa e como lidei com as mesmas, de forma a considerá-las como elementos importantes para as reflexões que estabeleço neste estudo.

Portanto, me apóio na visão antropológica no campo interdisciplinar da Saúde Coletiva, buscando uma reflexão que tenta problematizar paradigmas sanitários propostos, ou impostos, aos grupos sociais. Estas reflexões auxiliam no conhecimento das concepções do processo saúde-doença, assim como das atribuições causais e nosológicas dos grupos em estudo, cujo entendimento pode indicar motivos da não-adesão à terapia anti-rábica.

2.1 Reflexões teórico-metodológicas: entre caminhos e personagens

Os olhares e as reflexões de pesquisadores das Ciências Sociais no campo da saúde e doença vêm contribuindo para a compreensão dos fenômenos relacionados aos processos de adoecimento individuais e coletivos. Tais pensadores partem do princípio de que a percepção do adoecer, passando pela procura do diagnóstico e do tratamento até a compreensão da cura, se apresentam de forma diferente nas diversas culturas e seus correspondentes sistemas de saúde. Logo, um processo subjetivo, dessa ordem, requer vários olhares e reflexões que consideram a construção das representações num contexto de significação, onde o adoecer faz sentido para determinado grupo social.

A antropóloga e sanitarista Maria Cecília Minayo (1993, p. 21) no livro *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*, afirma que “o objeto das Ciências Sociais é essencialmente qualitativo”, havendo uma necessidade de aproximação da realidade empírica a qual se quer conhecer. Tal perspectiva visa apreender os sentidos que emergem de experiências de grupos sociais distintos, os quais interferem nos processos de concepção de saúde e de doença. A busca pelo conhecimento das realidades de grupos sociais é um dos elementos para a compreensão de pontos de vista em contextos históricos e sócio-culturais (MINAYO 1993).

A Antropologia compreende as representações sociais enquanto categorias explicativas e de interpretação, as quais surgem a partir da expressão cultural dos grupos humanos e dos objetos estudados pela disciplina. Portanto, quem representa, interpreta o mundo refletindo a maneira de ver e de pensar de sua coletividade (SPERBER, 2001).

Minhas reflexões, neste sentido, se aproximam da perspectiva de Geertz (1989), para quem a cultura é um contexto de símbolos sociais interpretáveis e “o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu”, sendo que “a cultura são estas teias” (GEERTZ, 1989, p. 15). Logo a Antropologia se propõe a estudar estas teias.

Nestes termos o paradigma sanitário proposto, pautado no modelo de vigilância da saúde⁴⁹, comporta aspectos sócio-culturais. A organização da atenção básica é beneficiada pelos conhecimentos da Antropologia reformulando a assistência prestada aos grupos sociais de forma contextualizada. Assim, é proposta uma nova concepção da saúde pública baseada na compreensão, no respeito e na consideração das dimensões políticas e sócio-culturais relacionadas as concepções de saúde e doença (BUCHILLET, 2004; GARNELO e LANGDON).

Os antropólogos utilizam a etnografia⁵⁰ para desenhar seus estudos. Aqui não proponho fazer uma etnografia dos surtos de raiva humana, o que se espera enquanto recurso para estudos antropológicos. Na realidade, descrevo as mensagens sociais considerando os sentidos das narrativas e ações apreendidas nas minhas vivências com os familiares e conhecidos das vítimas, utilizando o método de pesquisa qualitativa.

Partindo desses pressupostos, o método qualitativo utilizado neste estudo, não busca generalizações e, sim, uma compreensão particular daquilo que investiga. A abordagem qualitativa refere-se a estudos sobre significados, representações individuais e/ou coletivas, simbolizações, percepções, pontos de vista, perspectivas, experiências de vida e semânticas contextuais. O alvo de sua atenção está centralizado no específico, no peculiar, buscando o entendimento dos fenômenos estudados (BÓGUS e NOGUEIRA-MARTINS, 1997).

Os métodos qualitativos produzem explicações contextuais com ênfase no significados dos fenômenos pesquisados, desde atitudes, crenças, motivações, formas de sentir e pensar do grupo social estudado. Proporcionando assim, um conhecimento sobre os seus modos de vida; a maneira como falam sobre suas vidas; a linguagem usada e as conexões vivenciais e metafóricas realizadas a partir do ponto de vista do nativo, revelando a singularidade social nas formas como percebem o mundo (SPENCER, 1993, apud BÓGUS e NOGUEIRA-MARTINS, 1997).

Portanto, as bases teóricas que permeiam este estudo se apóiam na Antropologia da Doença que procurando estabelecer uma reflexão sobre o fenômeno epidêmico, no caso os surtos de raiva humana no Pará, evidenciando as suas representações sociais como matéria-prima nesta construção. Os aspectos do entendimento social deste evento é que me aproximaram da Antropologia da Doença para nortear o estudo.

⁵⁰ Conforme Geertz (1989), a etnografia é uma descrição densa, caracterizada por uma observação participante atenta às das minúcias dos sujeitos em seu contexto.

Para Denise Jodelet (2001), o estudo das representações sociais tem como objetivo uma relação de simbolização e de interpretação de sujeitos considerados epistêmicos, porque integrados em uma análise contextual, situação que implica na pertença e na participação sociocultural local (JODELET, 2001).

A assistência à saúde é desenvolvida em um campo simbólico de significados distintos, que merece atenção de profissionais de saúde. Para Garnelo e Langdon (2005), as dificuldades dos sistemas médico-científicos em se aproximar do seu objeto, o homem, faz as ciências da saúde, adotarem a Antropologia para negociar sentidos capazes de minimizar as fronteiras entre estes campos disciplinares.

As atribuições causais coerentes com a visão de mundo de uma coletividade perante distintas doenças é objeto da Antropologia da doença que, diante de eventos mórbidos, busca nas interpretações das representações e dos comportamentos em torno da experiência do grupo social acometido, trazer à tona enunciados explicativos da enfermidade. A finalidade deste olhar não é comparativo aos alicerces científicos biomédicos, e sim, de apreender as compreensões do processo de adoecer segundo o estudo empírico das organizações sociais, cosmológicas e históricas dos grupos em questão. De acordo com Buchillet (1991): “Toda interpretação da doença é assim, imediatamente inscrita na totalidade de seu quadro sociocultural de referência” (BUCHILLET, 1991. p. 21).

Vários princípios instituídos na Antropologia da doença servirão para embasar este estudo. Inicialmente, parto do princípio de que a presença de uma desordem biofisiológica implica na busca do sentido, ou ainda, em uma “necessidade do sentido” que afetam indivíduos e coletividades (SINDZINGRE, 1984). Esse princípio inscrito pela antropóloga Nadia Sindzingre (1984) alavanca a procura por atribuições causais de eventos mórbidos, a partir de uma reflexão epistemológica. A autora estuda fatos sociais que estão imbricados em

sociedades tradicionais africanas, interpretando processos etiológicos e terapêuticos os quais fazem parte integrante de contextos sociais explicativos do adoecer.

Dessa maneira, as causalidades empíricas, objeto dos estudos antropológicos de estados mórbidos são categorizadas por diversos autores, como: Evans-Prichard (1937) que diferencia as causas em “últimas” e “secundárias”; Glick (1967) que apresenta as causas, como “instrumentais”, “eficazes” e “últimas”; Langdon e MacLennan (1979) dividem as causas em “imediatas” e “últimas” em grupos sociais amazônicos.

No artigo *Modèles et pragmatique, activation et répétition: réflexions sur la causalité de la maladie chez les Senoufo de Côte d' Ivoire*, de Sindzingre e Zempleni (1981), os autores referem três níveis de causalidade que aparecem mediante a presença de uma desordem biofisiológica: (a) causa instrumental, quando se pergunta como e, por quais mecanismos, ocorreu a doença; (b) causa eficaz, quando se indaga quem, ou o que, provocou a doença; (c) causa última, quando é reconstituída a origem social da doença, indagando sobre os porquês do mal instalado (SINDZINGRE & ZEMPLENI, 1981). Essa divisão causal não se encontra ordenadamente hierarquizada. A teoria dos níveis das causalidades defendida por Sindzingre e Zempleni (1981) abrange o esquema plural etiológico de sociedades tradicionais, o qual percorre características etiológicas de fenômenos do adoecimento, vejamos o esquema a seguir:

Tabela 3 - Esquema plural etiológico proposto por Sindzingre e Zempleni em 1981.

Taxionomias	Níveis de Causalidade		
	Causa instrumental	Causa eficiente	Causa última ⁵¹
Doença	Causa	Agente	Origem
Qual doença?	Como?	Quem ou qual?	Por quê?
Sintomas Taxionomias	Meio mecanismo	Força eficaz	Acontecimentos conjunturas

Fonte: Zempleni, 1994.

No estudo realizado em sociedades tradicionais africanas por Sindzingre e Zempleni (1981), as indagações causais surgem tanto na constituição da causa *a priori* quanto *a posteriori*. A causalidade *a priori*, constituindo-se dos três níveis de causalidade explicitados acima, enuncia um conjunto de experiências individuais ou coletivas memorizadas de um evento-doença ocorrido. Já as causalidades *a posteriori* surgem no início desse evento, quando busca o “encadeamento seqüencial” dos segmentos interpretativos e da conjuntura pragmática e simbólica, que oferece uma racionalidade sociocultural de doenças que acometem várias vezes o mesmo grupo social.

Portanto a causalidade *a priori* reúne relações etiológicas necessárias enquanto a causalidade *a posteriori* busca, a partir da repetição da doença, as relações possíveis dos segmentos interpretativos. Nesse sentido a causalidade *a posteriori* não é encontrada nas análises das narrativas porque as características agudas da epidemia quase cem por cento letal da antropozoonose em questão, não afligiu os mesmos grupos várias vezes, e sim, as diferentes coletividades paraenses.

⁵¹ O nível de causalidade “última” da doença está presente independente do ano e dos antropólogos que estudaram a concepção causal de doenças em grupos sociais africanos ou amazônicos. Este nível de causalidade é constituído no âmbito sociocultural que existe em contínua transformação. A busca pelas respostas as indagações “porque eu”, “porque agora” e “porque aqui” são as indagações deste nível de causalidade cujas respostas são encontradas na compreensão local das atribuições etiológicas de grupos sociais.

Os fenômenos epidêmicos de raiva humana do tipo paralítica e furiosa, ocorridos na região estudada estavam presentes na memória coletiva nas localidades afligidas, dessa forma, foi uma dimensão única experienciada, uma vez que não existiam registros das autoridades sanitárias nem sociais acerca desta enfermidade.

A identificação das conexões causais *a priori* foi possível perante as narrativas das memórias do evento, resultando em associações sintomatológicas com outras nosologias vivenciadas por esses grupos, que determinaram as relações necessárias de causalidade à ocorrência da enfermidade. Para o trabalho em questão, ater-me-ei aos níveis causais de base para a causalidade *a priori* procurando as conexões causais necessárias e as interpretações sociais emergentes memorizadas pelos grupos atingidos pelo mal.

Outro princípio que levo em consideração neste estudo são as pesquisas de Laplantine (1991). O autor verifica que ao incluirmos o olhar dos protagonistas do evento epidêmico no conjunto de fatores envolvidos ao fenômeno, torna-se possível conhecer, além da enfermidade, a construção cultural sobre a enfermidade (LAPLANTINE, 1991). Sendo assim, suas reflexões se aproximam daquelas da antropóloga Jane Beltrão (2004), quando esta afirma que a “maneira de perceber, pensar e representar a enfermidade conduz o pesquisador a outras tramas, não necessariamente expressas pelo contexto epidemiológico da doença” (BELTRÃO, 2004: p 269).

Laplantine (2001), no livro “Antropologia da Doença”, constrói modelos etiológicos e terapêuticos partindo do pressuposto de que não há sociedade onde a doença não tenha uma dimensão do simbolismo social e da percepção individual da realidade. O autor ao refletir sobre a construção destes modelos identifica sentidos, expressos por médicos e pacientes a partir de uma opção etiológica e terapêutica.

Quanto às imputações etiológicas, Laplantine, (2001) distinguiu duas grandes categorias analíticas: a medicina centrada na doença e, outra, no homem doente. A medicina

centrada na doença “separa a alma do corpo”, sendo o corpo doente ora biológico, ora anatomopatológico com especificidades etiológicas precisas. Quando o homem passa a ser o alvo da medicina, ele é responsabilizado pela ruptura do equilíbrio⁵² consigo mesmo e/ou com o seu cosmos, e/ou com sua vida social, resultando em enfermidades (LAPLANTINE, 2001. p.49).

Portanto, o estudo das categorias etiológicas em seus mais variados aspectos, na perspectiva de uma nova aproximação transdisciplinar⁵³, favorece as fusões disciplinares diversas na determinação causal, estruturando os desenvolvimentos científicos e tecnológicos futuros (ALMEIDA FILHO, 1997). O sistema etiológico popular não é unicausal, pelo contrário, ele se define pelo pluralismo, sendo considerado holístico, “ecologicamente orientado, articula-se com as condições materiais da existência” e expressa estas condições (MINAYO, 1988. p. 365).

As concepções causais de doença mudam com o decorrer do tempo, entretanto, não são alteradas no mesmo período para as diversas populações, resultando assim em um conjunto de explicações sobre o processo de adoecimento que são múltiplos. Cada sociedade assimila, mantém, exclui totalmente ou parcialmente uma explicação causal, segundo o contexto vivido, assim como utilizam os mesmos mecanismos para aderir ou não, a um tratamento. O contexto é, assim, formado por elementos do cotidiano onde são construídos uma série de conceitos determinantes e terapêuticas diante de um processo de saúde e doença, os quais são condizentes ou não, com as certificações científicas. O cotidiano é o espaço no qual se dá o processo de conhecimento, nem sempre claro, sustentado pelos processos comunicativos que são conjunturais, sendo desvendados mediante a pesquisa junto aos entrevistados (MINAYO et al, 2005).

⁵² As imputações etiológicas às doenças relacionadas à ruptura do equilíbrio constituem o modelo relacional proposto por Laplantine (2004).

⁵³ A transdisciplinaridade para o Ocidente propõe a fusão em amplo corpo de conhecimentos universais e não especializados que poderiam ser aplicados a qualquer fenômeno (ALMEIDA FILHO, 1997).

As pessoas atribuem causas, geralmente, na presença de acontecimentos inesperados (MOSCOVICI, 1981). Como sublinha Moscovici (1982) citado por Hewstone (2001, p. 222): “Qualquer explicação causal deve ser apreendida no contexto das representações sociais e é por esse fato determinada”. Durante o surto de raiva foram construídas representações causais que fazem parte do conjunto de explicações do infortúnio ocorrido.

Então, a partir de reflexões baseadas na Antropologia busco o conhecimento das concepções sobre saúde/doença, dando ênfase as conexões e imputações causais que foram estabelecidas durante e após os surtos. Desta maneira pretendo entender o processo subjetivo constituído de significados contextuais que revelaram a singularidade social presente nas formas de perceber os fenômenos epidêmicos de raiva humana.

2.2 Construindo e organizando as entrevistas

Para compreender as relações entre os personagens em determinado cenário sociocultural no qual atuam, a entrevista qualitativa é uma técnica a ser utilizada devido às realidades que afloram nas falas das pessoas, ou ainda, que emergem ao narrarem⁵⁴ histórias relativas às suas vidas em constante mudança. Esta técnica facilita conhecer detalhes das crenças, atitudes, valores e motivações em contextos sociais. Gaskell (2004) refere-se à entrevista como “uma conversa um a um”, envolvendo “uma interação díade” entre o entrevistador e o narrador (GASKELL, 2004. p. 73).

As entrevistas realizadas nos locais selecionados de pesquisa ocorreram entre os meses de janeiro e abril de 2007, na casa dos familiares das vítimas e/ou nos locais onde ocorreram o(s) óbito(s). Iniciava-se com o pedido de colaboração dos entrevistados em narrar

⁵⁴ A entrevista narrativa foi selecionada para este estudo devido ao seu caráter de reconstruir ações e contexto vivenciados.

como ocorreu o surto de raiva nos locais onde vivem e como o mesmo afligiu o(s) seu(s) familiar (es). Além disso, solicitava-lhes a permissão de gravar as suas histórias e anotar algumas observações e assegura-lhes que os seus nomes seriam preservados. Não havia restrições para quem quisesse assistir ao relato, sendo que por muitas vezes, outros familiares da vítima participavam da conversa. Já as entrevistas realizadas com os profissionais de saúde, os curandeiros e a benzedeira ocorreram em seus respectivos locais de assistência à saúde.

As casas dos familiares eram indicadas nas fichas de notificação e investigação⁵⁵ de raiva humana (Anexo IV), por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), conhecidos dos familiares, bem como os familiares das vítimas. Entrevistei ao todo quinze familiares; três profissionais de saúde; dois ACS; dois curandeiros; uma benzedeira e, o que determinou o término das entrevistas com os familiares, em cada localidade, foi a “saturação”⁵⁶ de representações encontradas em suas falas.

Aos personagens que narraram suas experiências com o evento mórbido em questão dei nomes fictícios. Neste e no terceiro capítulo os nomes fictícios que começam com a letra “P” são narrativas referentes aos personagens do município de Portel, já os que apresentam a letra V ao município de Viseu e, com a letra “A”, são os personagens de Augusto Corrêa. Parte de algumas dessas narrativas serão apresentadas e interpretadas no próximo capítulo.

⁵⁵ As fichas de notificação são impressos formulados e disponibilizados pelo Ministério da Saúde brasileiro com a finalidade de notificar e investigar doenças e agravos de notificação compulsória.

⁵⁶ Conforme Gaskell (2004), quando o pesquisador percebe a repetição de significados de um fenômeno, não aparecendo “novas surpresas e percepções nas entrevistas”, isto deve ser entendido como um indicativo de “que é tempo de parar”, pois chegou-se à saturação das representações (GASKELL, 2004. p. 71).

A seleção de tópicos guia⁵⁷ para nortear minhas entrevistas, partiu das leituras bibliográficas e da minha convivência com os personagens que participaram da mesma, enquanto profissionais, familiares ou conhecidos das vítimas durante os surtos de raiva.

Os tópicos guia foram sofrendo alterações na medida em que eram realizadas as entrevistas, devido à adaptação à linguagem dos entrevistados e aos acontecimentos desconhecidos (por exemplo: como foi o enterro do seu familiar?). Os conjuntos de tópicos guia citados abaixo não seguiram a ordem a qual são expostos e os dividi em: a) concepção familiar da enfermidade e da morte por raiva humana; b) ação profilática e terapêutica; c) história e aspectos socioeconômicos; d) concepção do processo saúde e doença local. Ao término de cada conjunto de tópicos são realizadas algumas observações sobre a necessidade de modificações desses tópicos.

a) Tópicos sobre a concepção familiar da morte por raiva humana

- Como, quando, onde ocorreu (ram) a(s) morte(s) do(s) seu(s) familiar(es)?
Quem o (a) acompanhou?
- Mudanças familiares e sociais que ocorreram após o(s) óbito(s) do(s) seu(s) familiar (es), (se houveram);
- Se já tinha visto ou ouvido falar da doença (raiva)?
- Concepções causais da morte construídas durante ou após os surtos.

As modificações sofridas nesse conjunto de tópicos apontados acima se referem ao diagnóstico médico, já que alguns familiares e conhecidos das vítimas discordavam do diagnóstico médico, ou seja, não acreditavam na nosologia relativa à raiva humana. Também existia uma descrença quanto aos morcegos infectados serem vetores da doença. Em consequência, a pergunta⁵⁸ foi modificada para: “O que provocou a doença do seu familiar?”.

⁵⁷ Tópico guia é uma parte essencial do processo de preparação e planejamento de pesquisa. Constitui-se de conjuntos de “títulos de parágrafos” que esquematizam um norte para o alcance dos objetivos de pesquisa usados nas entrevistas do método qualitativo (GASKELL, 2004. p.66).

⁵⁸ As perguntas só eram feitas se o entrevistado não tivesse narrado algum dos tópicos guia.

Após algumas entrevistas, percebi a pertinência de saber sobre o enterro das vítimas, já que neste momento aumentaram os sofrimentos dos familiares e retratam aspectos culturais do evento fúnebre os quais serão posteriormente relatados.

b) Tópicos sobre a ação terapêutica

- Quanto à vacinação anti-rábica: As pessoas sabiam da existência deste tratamento profilático? Como aconteceu o tratamento no período das mortes? Havia pessoas que não a fizeram ou não completaram as doses prescritas?
- Pessoas com história de agressão por morcegos que não fizeram a vacinação, ou fizeram-na incompleta, estabeleciam relações com a concepção causal do evento epidêmico?
- Animais domésticos que vivem na casa ou ao redor da casa: Têm ou tinham história de agressão por morcego? São vacinados? Se não são, por quê?

O conjunto de tópicos acima referido investiga o pensamento e o comportamento das pessoas perante a ação profilática terapêutica anti-rábica. Quando o familiar desconhecia alguém que não tinha feito a vacinação foi investigada a localização deste, segundo informações dos ACS, profissionais de saúde ou visto nas fichas de atendimento anti-rábico humano que estavam acessíveis nas Secretarias Municipais de Saúde de cada município (Anexo I).

c) Tópicos sobre aspectos socioeconômicos

- Rotina dos familiares das vítimas. Ocorreram mudanças após a morte dos familiares?
- Quais eram as características das casas dos agredidos por morcegos. Ocorreram mudanças após a morte dos familiares?

- Rotina alimentar: o que comem e quantas vezes ao dia?
- Nível de escolaridade. Acesso a(s) escola(s);
- Economia local;
- Líderes comunitários⁵⁹: Quem são? Representações quanto à raiva e à vacina anti-rábica humana?

d) Tópicos relativos ao processo saúde e doença

- Concepção de saúde e doença no âmbito da terapia: tratamento x diagnóstico médico; tratamento x diagnóstico social e/ou individual;
- Acesso aos serviços de saúde: medicina local, itinerários terapêuticos⁶⁰ e intermedicalidade⁶¹.
- Doenças mais incidentes⁶² no local segundo os familiares.

Aos profissionais de saúde, curandeiros e bezendeira, direcionei dois tópicos guia:

a) Como ocorreu o trabalho de assistência às pessoas moradoras das localidades afligidas pelos surtos de raiva humana?

b) Como as pessoas das localidades explicaram o fenômeno epidêmico instalado repentinamente?

As perguntas só eram feitas se o entrevistado não tivesse narrado algum dos tópicos guia. Em media, as entrevistas tiveram 30 minutos de duração.

⁵⁹ Os líderes comunitários procurados e entrevistados não foram necessariamente líderes políticos e, sim, líderes em saúde, por exemplo, curandeiros e benzedoras os quais não deixam também de ter seu poder político local. Eles nasceram e residem nas localidades e organizam o trabalho, os cultos religiosos e outras atividades do grupo.

⁶⁰ Conforme Buchillet (1991, apud AUGE, 1984) o itinerário terapêutico é um processo que implica em uma gama de ações que envolvem a procura de um tratamento desde o aparecimento dos sintomas, passando pelos percursos das interpretações institucionais ou não, até a cura.

⁶¹ A intermedicalidade deve ser entendida como um termo que designa um espaço constituído pela interação de conhecimentos teórico-práticos na zona de contato da biomedicina e do conhecimento tradicional (FOLLER, 2004).

⁶² A investigação deste tópico não tem um cunho epidemiológico e sim de percepção social.

2.3 Os personagens e o pesquisador no cenário do fenômeno epidêmico

Profissionais de saúde, familiares, curandeiros e benzedeira interpretaram o fenômeno epidêmico segundo seus conhecimentos sobre enfermidades, explicando ao seu modo a doença que afligiu tantos conhecidos numa mesma localidade. A seguir, explicito alguns dos personagens presentes nos surtos de raiva humana, descrevendo seu papel nas comunidades que atuam. No capítulo III serão apresentadas as interpretações que emergiram sobre o fenômeno em questão.

Os agentes comunitários de saúde (ACS) são pessoas da comunidade que, após seleção e treinamentos continuados, realizam educação em saúde nas áreas adscritas a uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Eles são atores que viabilizam “um diálogo profundo” entre os saberes e práticas que estão presente nos modelos biomédico e tradicional em saúde. Entretanto o ACS podem ser considerados “ora como facilitador, ora como empecilho na mediação” entre tais conhecimentos. Trata-se, assim, de profissionais que transmitem maneiras de cuidar da saúde, evitar danos às famílias que visitam e auxiliar no diagnóstico em saúde, apontando sinais de risco comunitário e traduzindo linguagens não compreendidas pelo sistema biomédico. Enfim, eles são selecionados e treinados para promover um vínculo entre os sistemas de saúde (NUNES et al, 2002. p. 1639).

Em sua formação, os ACS compreendem e transmitem o saber biomédico enquanto superior ao saber popular (NUNES et al, 2002), contudo, procuram driblar a resistência popular às mudanças de comportamento, desenvolvendo estratégias empíricas de transmissão de conhecimentos. Assim ensinam a população como cuidar da saúde, a prevenir doenças e complicações, utilizando-se das concepções da biomedicina. Além disso, também informam sobre a rede de assistência em saúde local.

Os ACS são reconhecidos nas comunidades, em geral, como facilitadores à rede de saúde e tendem a decepcionar as famílias que prestam assistência quando este papel foge as suas expectativas (NUNES et al, 2002). Eles não têm por função aplicar vacinas, medicamentos, mesmo os tópicos, conseguir ambulâncias e medicamentos, ou mesmo, fazer curativos. Em resumo, nenhuma assistência de enfermagem, médica, odontológica ou de outros profissionais em saúde.

Entretanto, para algumas famílias atendidas, todas estas funções citadas são deveres dos ACS, situação que, por vezes, pode provocar atritos entre os familiares e estes profissionais, principalmente em um momento de surto letal quando se procura as causas do mal instalado na comunidade. Os ACS são treinados e supervisionados por um enfermeiro que coordena uma equipe de saúde em UBS.

O enfermeiro tem um papel essencial na implantação e manutenção das políticas de saúde brasileiras. Ele é responsável pela organização de práticas em saúde coletiva e por enfrentar problemáticas de grupos humanos, sendo verificada a sua atuação em vários momentos do processo de trabalho em saúde. Assim, o enfermeiro encontra-se gerenciando equipes de saúde, além disso, tem um conhecimento e um contato com os problemas de saúde dos grupos sociais para os quais presta assistência.

Dois meses antes do surgimento do surto de raiva humana em Portel, o primeiro surto no período estudado, ocorreu um treinamento sobre a administração do tratamento anti-rábico com a vacina de cultivo celular para as equipes de enfermagem deste município. Nesse momento, foram repassados conhecimentos sobre o esquema de tratamento, conforme a tabela 01 (apresentada no capítulo I) e, assim, os principais papéis da equipe de enfermagem foi a de indicar pessoas que necessitassem do tratamento anti-rábico e realizar educação em saúde.

Com o surgimento do surto, além destas funções, acima citada, o enfermeiro passou a: 1) encaminhar para o ambiente hospitalar moradores das margens do rio

Acutipereira que apresentassem sintomas e sinais prodrômicos da enfermidade⁶³; 2) zelar pela conservação da vacina em temperatura adequada; 3) prever e disponibilizar recursos materiais e humanos para as ações de combate a raiva humana; 4) traçar estratégias para realização da vacinação e busca de faltosos ao tratamento profilático anti-rábico e 5) elaborar e executar educações em saúde. O enfermeiro, então, esteve presente em ações profiláticas anti-rábicas e na elaboração e realização da educação em saúde promovida para os grupos sociais afligidos, agindo enquanto gerente, supervisor, educador e executor do tratamento anti-rábico.

Já os familiares entrevistados eram trabalhadores rurais e/ou pescadores. A seleção dos destes familiares se deu segundo a disponibilidade individual à entrevista e o acesso ao local de ocorrência ao surto. Uma familiar recusou-se a participar da entrevista por desacreditar nos objetivos propostos por mim.

A família é o primeiro grupo que define o processo de socialização da criança em uma dada sociedade, estabelecendo a perspectiva étnico-cultural a ser seguida pelos seus filhos (Barth, 1998). Segundo Barth (1998), a teoria primordialista considera o primeiro contato social com um grupo familiar a vinculação automática a uma identidade cultural. Com o passar do tempo, somando-se a outras vivências, a criança pode se desvincular desta cultura e partir para outra, ou incrementar novos conhecimentos aos seus modos de pensar e agir perante uma coletividade. Portanto, para os entrevistados, neste estudo, foram os familiares que tiveram uma convivência próxima com o fenômeno epidêmico da raiva humana, dando significado ao processo de adoecer e morrer dos seus parentes e vizinhos.

Existem conflitos entre pesquisadores quanto ao uso da palavra “tradicional”, especialmente ao tratar-se das populações rurais, indígenas, quilombolas e outros grupos sociais. As denominações científicas da palavra tradicional, por exemplo, caem em risco de

⁶³ Os sintomas e sinais prodrômicos são aqueles referidos e diagnosticados pelo médico que indicam a presença de uma enfermidade. Febre moderada, cefaléia, insônia, ansiedade e distúrbios sensoriais, sobretudo ao nível da mordedura são os sinais e sintomas prodrômicos da raiva humana que duram aproximadamente de dois a dez dias (MINISTERIO DA SAÚDE, 2005).

restringir-se a um lugar, a um momento histórico, a uma profissão, enfim, tornam-se alvo de críticas e conflitos entre pesquisadores. Roué (1997) e Castro (1997) criticam a visão que toma o termo como análogo ao que é estático, ao que não se desenvolve, e assim, justificam que esses grupos possuem tecnologias próprias e estão em contínua transformação no intuito de melhor compreender e aproveitar o meio ambiente, considerando o que ele fornece para a manutenção de seu cotidiano.

O pesquisador Antônio Carlos Diegues (1993) afirma que populações tradicionais são sociedades que vivem em simbiose com o ambiente, utilizando a oralidade como principal recurso de manutenção do conhecimento tradicional, estando os mitos e os ritos associados à caça, à pesca e ao extrativismo, por exemplo. Tais ensinamentos estão presentes nas falas repassadas dos pais aos filhos. Além destas características a identidade referenciada é designada segundo o lugar de gerações econômicas e sociais.

Além dos familiares e profissionais de saúde, coletei as narrativas dos curandeiros e benzedeira presentes nos locais dos surtos. Tais personagens são pessoas do grupo social que aprendem o ofício de curar e benzer com seus antepassados, ou afirmam ser agraciados por Deus a curar aqueles que os procuram com fé. Estes profissionais tradicionais de saúde são líderes comunitários, formadores e consolidadores de concepções locais de saúde e doença, que participaram do conhecimento social do fenômeno epidêmico e contribuem nas suas localidades, designando nosologias, causas da enfermidade, além de oferecer as terapias tradicionais e/ou alopáticas de acordo com suas experiências. Os dilemas dos familiares e vítimas de raiva humana serão relatados no terceiro capítulo, no qual é possível também averiguar as contribuições destes profissionais durante os surtos.

Segundo Lévi-Strauss, citado por Minayo (1993, p: 29), um dos princípios das Ciências Sociais é que: “Numa ciência onde o observador é da mesma natureza que o objeto,

o observador é, ele mesmo, uma parte de sua observação.” Mediante esta afirmação vejo a necessidade de me situar no campo⁶⁴ de pesquisa.

Sou enfermeira e trabalhei em Portel durante cinco anos (2001 á 2006), inclusive no momento do surto de raiva nas localidades de Ajará, Laranjal e Tauaçu, cuja receptividade foi das mais cordiais, possivelmente devido ao meu compromisso de prestar assistência em saúde às comunidades.

Durante o surto atuei com equipes de enfermagem realizando vacinação humana e educação em saúde, direcionadas ao agravo desconhecido pela população. A partir de então comecei a conhecer as localidades e suas peculiaridades. Em 2003, ainda em Portel, fui designada a prestar assistência na Unidade de Saúde da Família (USF) do Bosque⁶⁵ às crianças e gestantes das comunidades vitimadas pela enfermidade em questão. Os assistidos não relatavam queixas de agressão por morcego, ou por outro mamífero, visto tratar-se de uma situação comum aos moradores da zona rural da região marajoara.

No período da pesquisa trabalhava como Coordenadora da Atenção Básica em Viseu, onde ocorreram três casos esporádicos e um surto epidêmico de raiva humana. Nas localidades de Augusto Corrêa, eu ainda não era conhecida da pelos moradores.

Assim, em cada localidade eu era vista de maneira diferente: enquanto enfermeira assistente em Portel, e em Viseu, em consequência da informação da ACS, eu era coordenadora, papéis que, dependendo da situação, podiam interferir nas respostas dos entrevistados. Se nas localidades de Portel os moradores sabiam⁶⁶ que eu participei da vacinação e educação em saúde, ou conheciam a respeito de um cargo que ocupava na Prefeitura de Viseu, como eles poderiam vir a entender as minhas perguntas enquanto

⁶⁴ Conforme Minayo (1993) “campo” compreende o recorte de estudo para a investigação do objeto empírico (Minayo, 1993).

⁶⁵ Na Unidade de Saúde da Família do Bosque eu era integrante de uma equipe multiprofissional que prestava assistência à saúde de moradores dos Bairros do Bosque e Tijuca.

⁶⁶ Conforme Jovchelovitch e Bauer (2004) caso o entrevistador se apresente como se ele não soubesse nada sobre o tópico em estudo, os informantes podem ver esta atitude como se fosse um truque, e esta percepção irá interferir em sua cooperação” a entrevista proposta.

pesquisadora? As reflexões referentes a estas indagações serão discutidas no próximo subcapítulo.

Para reduzir os vieses da pesquisa e ter uma abrangência maior do conhecimento sobre as concepções acerca da raiva humana, selecionei os três municípios acometidos pelos surtos de raiva humana, sobre os quais foram lançados diferentes olhares em cada campo de pesquisa em relação a minha pessoa. Outro fator premente que me levou a aumentar a abrangência da minha pesquisa foi o fato de eu ter passado a trabalhar em Viseu após cinco anos de trabalho em Portel e, assim, Augusto Corrêa foi incluído na pesquisa devido à proximidade em relação ao município de Viseu e a dimensão numérica da enfermidade .

2.4 A experiência de campo: reflexões sobre os contatos dos personagens em contextos trilhados

Na região amazônica o acesso a determinadas localidades, geralmente, são difíceis. Portanto para chegar a cada campo de pesquisa fez-se necessário meios de transporte e tempos diferenciados.

De Viseu parti da zona urbana em direção à área de pesquisa. Fui de carro até as margens do rio Piriá, percorrendo-o em um pequeno barco por 40 minutos. Na outra margem fui de moto durante 50 minutos até a localidade de Firmiana. Lá, fiquei instalada por um dia na casa da Agente Comunitária de Saúde (ACS). Sabendo antecipadamente que esta profissional não era bem vista na comunidade devido à falta de orientação local acerca dos papéis da ACS, antes de chegar a sua casa, entrevistei dois familiares das vítimas sem a sua presença.

A própria ACS fez queixa dessas confusões de funções em visita anterior. Além disso, relatou que alguns moradores chegaram a culpá-la pelas mortes na localidade de Firmiana onde nasceu, cresceu e teve os seus filhos.

Na outra localidade, ainda em Viseu, denominada de Limondeua, fui de ônibus. O local fica a 40 minutos da zona urbana. Fui coletar as narrativas sobre o fenômeno com os antigos vizinhos dos familiares de uma das vítimas. Os familiares, no entanto, mudaram para a zona urbana após a morte do filho. O marido da ACS acompanhou-me nesta localidade, uma vez que ela se recuperava de um atropelamento. Nesse momento, percebi a primeira interferência do mediador (marido da ACS) durante as minhas entrevistas: os familiares ou as pessoas que não tinham realizado o tratamento anti-rábico corretamente, ao responder minhas indagações, olhavam para o marido da ACS e solicitavam uma reafirmação do que era dito por eles.

A partir dessa experiência passei a evitar alguns fatores que pudessem provocar vieses na minha pesquisa, como a presença de mediadores que dificultassem a coleta e a compreensão dos significados do fenômeno epidêmico em questão.

Após um mês fui às localidades de Augusto Corrêa, mais especificamente a Araí, Piçareira, Cachoeira e Porto do Campo, as quais ficam a uma hora de moto das margens do rio Piriá. Para chegar à casa dos familiares em diferentes localidades foi utilizada uma moto alugada, meio de locomoção usada comumente pela população. Em Augusto Corrêa, fiquei por quatro dias na localidade de Araí e procurei as casas dos familiares com a ajuda de um morador que dirigiu a moto. O morador indicava as casas e eu me apresentava como estudante, omitindo a minha profissão.

Percebi diferenças quanto às narrativas entre os familiares das vítimas que sabiam da minha profissão em relação àqueles que me consideravam apenas estudante e pesquisadora. Ao omitir a minha profissão a intenção era evitar a repetição de discursos médicos que foram divulgados durante e após os surtos de raiva, assim como evitar inverdades sobre o uso completo do tratamento profilático. Contudo, os familiares de Portel e Viseu já me conheciam e, com isso tive que repetir algumas vezes o objetivo da minha

pesquisa sobre o fenômeno epidêmico e, assim, fazer com que os personagens exprimissem a realidade social sobre o fenômeno estudado.

Considerando o meu desconhecimento de um mediador que evitasse interferência na construção das narrativas, como ocorreu anteriormente, por vezes cheguei a procurar os familiares nas localidades apenas acompanhada por alguém da comunidade que dirigia o meio de transporte. Já nas localidades de Augusto Corrêa, além do motorista, fui com o orientador deste estudo. O motorista ficava fora da área de entrevista e, em alguns casos, os familiares não chegaram a vê-lo.

Ao chegar à casa dos entrevistados e identificar-me apenas como estudante, em determinadas situações as pessoas chegaram a observar no entorno se tinha alguém que não era familiar, ou vizinho ouvindo a conversa. Em Araí, no segundo dia, cheguei a ir com um profissional de saúde a uma das casas, contudo o entrevistado só fez alguns relatos somente após a saída deste profissional.

Em Portel a viagem é realizada por via fluvial em navios ou barcos por cerca de 18 horas até a zona urbana. Para chegar às localidades afligidas pelo surto são mais duas horas de barco, como fui de rabeta⁶⁷ com alguns moradores, a viagem durou três horas. Procurei a casa dos familiares sozinha e, mesmo após dez meses sem prestar assistências às pessoas daquela comunidade, mal o barco ancorava e as pessoas me reconheceram enquanto enfermeira. Alguns me pediram para fazer consultas. Não tive como negar. Para eles chegarem até a zona urbana e conseguir uma consulta é uma verdadeira saga, devido ao longo tempo de viagem de canoa ou rabeta, o que provoca a perda da consulta nas unidades de saúde.

Em Portel o dilema metodológico envolvia a minha pessoa, ou seja, minha imagem de enfermeira que prestou assistência em saúde para pessoas da comunidade e participou das medidas profiláticas e de controle à raiva humana no período do surto, que se

⁶⁷ A rabeta é uma pequena embarcação com motor que é muito utilizada para pequenos deslocamentos nas regiões fluviais da Amazônia; o que a diferencia da canoa é a presença do motor.

sobrepunha à figura da pesquisadora naquele momento. Aqui, ocorreu a repetição do discurso médico que lhes foi repassado por mim e pelos meus colegas de trabalho durante e após o surto.

Segundo Gaskell (2002), o entrevistado narra aqueles acontecimentos aos quais acredita que sejam relevantes para o pesquisador. Perante as hipóteses criadas sobre o pesquisador, o entrevistado poderá revelar, esconder ou criar fatos após o primeiro contato e durante a entrevista.

É imprescindível a aproximação do pesquisador e do “objeto” de pesquisa, que ocorre na abordagem qualitativa durante o conhecimento empírico de concepções de grupos sociais. As interferências da relação entre o pesquisador e o sujeito somente podem ser minimizadas, assim afirmam alguns autores⁶⁸ sobre esta relação (BRITO e LEONARDOS, 2001).

Conforme Gaskell, 2002:

“Toda pesquisa com entrevistas é um processo social, uma interação ou um empreendimento cooperativo, em que as palavras são o meio principal de troca (...) tanto o(s) entrevistado(s) como o entrevistador, estão de maneiras diferentes, envolvidos na produção de conhecimento.” (Gaskell, 2002. p. 73).

Minayo (2000) ressalta que a entrevista é uma situação de interação afetada pela relação entre as pessoas e o pesquisador. A autora aponta que o papel social do pesquisador em contato com os personagens, revela ou esconde realidades sociais, cujas interpretações são aliadas a observações registradas no contexto da entrevista e na pesquisa de campo. Portanto, são analisadas conjunturas locais, ações e falas informais⁶⁹ procurando, mais uma vez, reduzir os vieses da pesquisa.

Os narradores, por sua vez, consideravam que eu possuía conhecimentos sobre o evento epidêmico, mas solicitei que falassem das suas experiências e concepções acerca dos surtos, mesmo naquelas localidades (Ajará, Laranjal e Tauaçu) em que eu estive presente

⁶⁸ Ver em Minayo, 2000; Brito e Leonardos, 2001; Gaskell, 2002.

⁶⁹ Conforme Minayo (2000) as falas informais são expressões orais fora do momento da entrevista, ou seja, registradas pelo pesquisador no cotidiano dos personagens.

durante o fenômeno epidêmico. Utilizei estratégias para reduzir as interferências que ocorrem em relação aos narradores, tais como: omiti a minha profissão nas localidades de Augusto Corrêa, evitei a presença de profissionais de saúde das UBS no momento das entrevistas, e gravei as mesmas com o equipamento longe dos olhos do entrevistado⁷⁰. Adotando tais precauções durante as entrevistas, percebi que obtive narrativas mais espontâneas. Por exemplo, quando estava presente um profissional de saúde durante a entrevista, não havia nenhum comentário negativo ou benéfico do trabalho desenvolvido por ele. No entanto quando este estava ausente eram realizadas críticas, boas e ruins, sobre a atuação dos profissionais que prestavam assistência em saúde nas localidades.

Assim, consoante a Berreman (1975, apud Minayo, 2000) o ato de revelar ou esconder concepções sociais, resulta de um julgamento da situação circulante e da projeção das impressões mútuas da relação estabelecida entre as pessoas com o pesquisador. Então, a minha aproximação dos personagens afligidos pela raiva humana é uma interação que ganha espaço na coleta das narrativas realizadas, sendo modificadas conforme a interpretação dos narradores sobre o que eu quero ouvir.

2.5 Os cenários epidêmicos da raiva humana no Pará

As comunidades afligidas pelos surtos de raiva humana apresentam fatores semelhantes, os quais contribuíram para a ocorrência do evento epidêmico. Entre as vítimas, encontravam-se, em sua maioria crianças e adolescentes (58,9 %), que residem em habitações vulneráveis (taipa e madeira) com fácil acesso de animais silvestres, sem energia elétrica (principalmente nas residências).

⁷⁰ Foi solicitada a permissão de todos os entrevistados para gravar e fazer anotações sobre as suas narrativas, mas percebi e ouvi dos entrevistados expressões de alívio quando era desligado o gravador.

Os animais domésticos convivem com as pessoas, circulando e veiculando doenças do meio externo para os domiciliados. Os cachorros e os gatos são vacinados com a vacina anti-rábica, quando os donos permitem esta ação. Alguns poucos donos relatam que, às vezes, “a vacinação [anti-rábica animal] não veio até aqui”, ou que após a vacinação, o cachorro “enfraquece” para a caça.

Trata-se de populações com elevada taxa de fertilidade e mortalidade infantil. Alimentam-se segundo a disponibilidade de caça, de pesca, de alimentos cultivados e comumente compram conservas, O alimento da dieta mais consumido é o açaí batido, acompanhado de farinha, consumidos diariamente, também de acordo com a disponibilidade.

As comunidades convivem com o desmatamento e as queimadas ocorridas na região, diante do processo de exploração predatória de madeira, bem como de atividades agropecuárias que degradam as paisagens locais. Elas participam deste processo de exploração através de subempregos, vivendo da economia de subsistência.

A dispersão demográfica desses municípios⁷¹ apresentados na figura abaixo tende a dificultar a prestação de serviços de saúde aos residentes da zona rural. Essa dispersão é informada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2005), o qual registra que Portel tem uma densidade demográfica muito baixa: 1,71 hab./km². Já, Viseu e Augusto Corrêa, possuem as seguintes densidades demográficas respectivamente: 10,7 e 39,2 hab./km² (IBGE, 2005).

⁷¹ Em Floresta do Araguaia aconteceu um óbito de um trabalhador rural que foi exposto ao vírus rábico sendo um bovino o vetor.

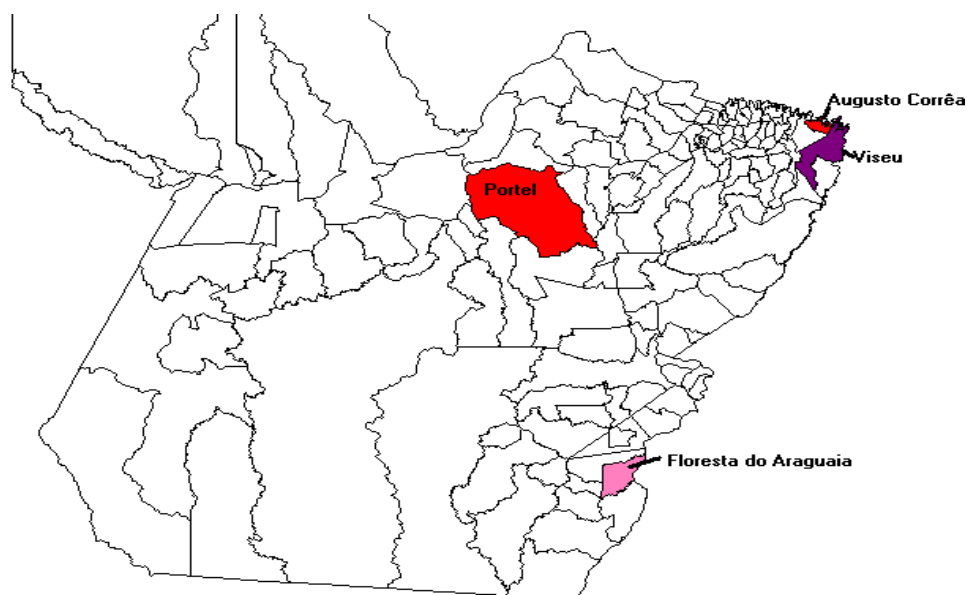


Figura 11: Mapa do estado do Pará com a localização dos municípios acometidos pela raiva humana em 2004 e 2005 (Fonte: Secretária do Estado de Saúde do Pará (SESPA), 2007).

Em Portel foi confirmada a morte por raiva humana de quinze pessoas nas localidades de Ajará, Laranjal e Tauaçu, às margens do rio Acutipereira. A média de idade das vítimas foi de 11 anos. O evento epidêmico se deu nos meses de março e abril de 2004 após agressão por morcegos hematófagos infectados pelo vírus da raiva. Diante da morte de três pessoas⁷² com sinais e sintomas semelhantes foi iniciada a investigação nas localidades, já na décima semana epidemiológica. Cinco óbitos foram confirmados por critérios clínicos epidemiológicos⁷³; dez por critério laboratorial e um foi classificado como descartado⁷⁴. Abaixo observamos a curva epidêmica tendo o pico epidêmico na semana do início da investigação.

⁷² Duas destas vítimas tiveram diagnosticada a causa do óbito como pneumonia e a outra causa mal definida.

⁷³ Os casos de raiva humana confirmados no Pará por critérios clínico-epidemiológico foram aqueles que a morte ocorreu nas localidades afligidas e as pessoas tinham história de agressão por mamífero e sintomatologia compatível.

⁷⁴ Um caso de raiva humana descartado é aquele que apresenta agressão por animal mamífero, sinais e sintomas compatíveis com a doença, mas não tem confirmação laboratorial (MINISTERIO DA SAÚDE, 2005).

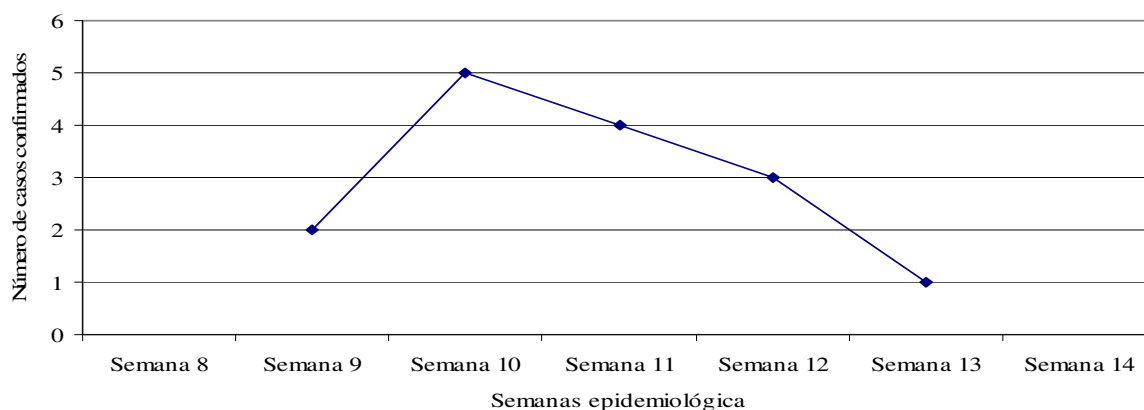


Figura 12: Curva epidêmica demonstrando o início dos sintomas dos casos confirmados de raiva humana em Portel (2004), distribuídos por semanas epidemiológicas (Fonte: Informe epidemiológico do Sistema Único de Saúde, ano III. Abril a junho, 2004).

Os casos de raiva humana foram ocasionados pelo vetor morcego nas localidades de Portel. A procriação de morcegos hematófagos é propícia às margens do rio Acutipereira, onde apresenta florestas densas e escuras. Estes mamíferos alimentam-se, principalmente, de sangue de animais silvestres e domésticos. Entretanto, com a redução da fauna, os referidos morcegos inseriram, com maior intensidade, o homem na sua dieta alimentar. Apenas em 2004 é que foram registrados nessas localidades casos de raiva humana, tendo o morcego como vetor. Na ocasião foram notificados dezesseis casos suspeitos⁷⁵, como são apresentados na figura 13 em esboço de um mapa hidrográfico do rio Acutipereira.

As comunidades residem às margens do rio Acutipereira em habitações vulneráveis (figura 14) à penetração de animais silvestres, já que algumas moradias possuem entradas sem portas e/ou venezianas. As pessoas, por ora, são nômades por subsistência, migrando de acordo com a disponibilidade de alimentos, retornando as suas habitações, posteriormente. Dormem em redes à luz de candeeiro e, dentro de suas casas, são encontrados, comumente, mesas e bancos.

⁷⁵ O Ministério da Saúde brasileiro (2005) considera caso suspeito de raiva humana o “paciente com quadro clínico sugestivo de encefalite rábica, com antecedentes ou não de exposição à infecção pelo vírus rábico”.

Essas comunidades são formadas basicamente por agricultores que, de forma esporádica pescam nos rios da região. Esses trabalhadores se reúnem e, de segunda-feira a sábado, vão para o “centro”: local onde cultivam frutos, jerimum, couve, mandioca e outras raízes. A partir daí, trocam e consomem os alimentos. Nota-se que alguns poucos moradores trabalham em madeireiras de pequeno porte e em atividade pecuária nas fazendas locais.



Figura 13 - Morcego hematófago preparando-se para morder morador das margens do rio Acutipereira (Fonte: Departamento de controle de endemias Grupo de Trabalho Zoonoses-PA, 2006).



Figura 14 - Habitação vulnerável de vítimas de raiva humana em Portel (PA) – 2004 (Fonte: Departamento de controle de endemias. G.T. Zoonoses - PA, 2006).

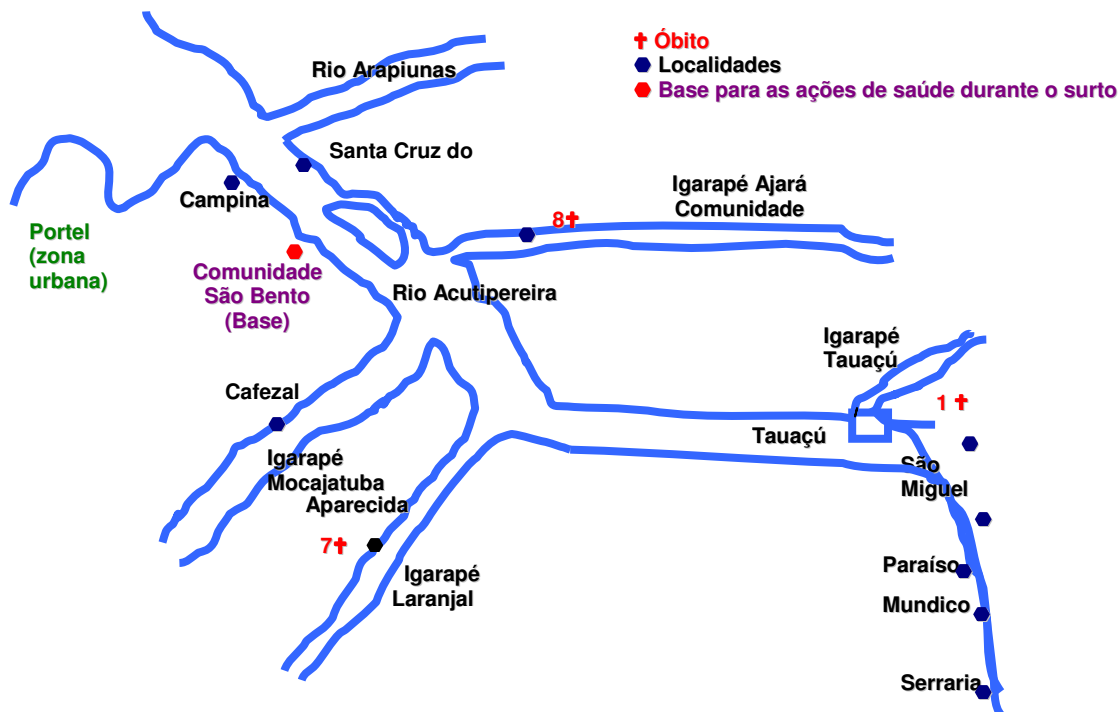


Figura 15: Localização e números de óbitos suspeitos de raiva humana em esboço de mapa hidrográfico do rio Acutipereira em Portel, 2006 (Fonte: Secretária do Estado de Saúde do Pará (SESPA), 2006).

As comunidades à margem do referido rio, São Bento e São Marcos, realizavam cultivos juntas, mas há mais ou menos um ano esta última comunidade passou a trabalhar apenas para os seus membros. Além do cultivo, cada comunidade se reúne para abastecer barcos, e assim, pescam e fornecem combustível para o gerador que funciona nos cultos católicos aos domingos. Também utilizam o combustível para ir à zona urbana, e as crianças e adolescentes, à escola, ora nestes transportes (os barcos) ora na canoa da família. Na comunidade de São Marcos existem desentendimentos entre alguns moradores que não realizam juntos o plantio.

Conforme Souza et. al. (2006), a circulação do vírus anti-rábico na região do rio Acutipereira ocorria há mais de um ano e meio. No biênio 2003 e 2004 foram relatadas 28 mortes de bovinos com sintomatologia neurológica na fazenda Pacoval, localizada a dois km

da comunidade São Bento, na cidade de Portel. O gado sem acompanhamento de serviços de saúde não estava vacinado. A causa da morte destes animais foi atribuída pelos populares da localidade à intoxicação por plantas tóxicas (SOUZA et. al, 2006).

A escola é localizada na comunidade de São Bento. Passados dois anos do surto inauguraram uma UBS, sendo que não realizaram a aplicação de vacinas devido à falta de energia elétrica. Mesmo com a construção da UBS as pessoas que residem nas comunidades ao longo do rio Acutipereira procuram as unidades de saúde da zona urbana para tratar afecções como diarreias e infecções respiratórias, uma vez que são as mais incidentes nas comunidades.

As comunidades do rio Acutipereira procuram as UBS a partir da identificação de uma desordem biofísica: tosse, “canseira” (aumento da frequência respiratória), febre, dores “na pente” (dor em região hipogástrica ou no assoalho pélvico) e diarreias. Sintomas que, se perduram, são apresentados aos profissionais de saúde. Se estes são breves, geralmente, são associados a “quebranto⁷⁶”, consumo de alimentos “remosos⁷⁷” e à exposição à chuva e o sol forte.

Saindo da região marajoara e partindo para a região nordeste do estado do Pará, descrevo algumas características socioeconômicas, culturais e geográficas semelhantes dos municípios afligidos pelos surtos de raiva, os quais são limítrofes. Os municípios de Viseu e Augusto Corrêa ambos estão constituídos por áreas de floresta amazônica; mata de cocais; mangues e formações rochosas com cavernas. Essas características apontam para a existência de ecossistemas de transição, ou seja, são encontrados os ecossistemas amazônicos, costeiros

⁷⁶ Quebranto é uma categoria nosológica êmica identificada por profundo desânimo, apatia, falta de forças e descrédito que comumente aflige as crianças, mas pode ocorrer em adultos causados por agentes humanos e não-humanos (MAUÉS, 1995).

⁷⁷ Remosos são alimentos geralmente gordurosos, que podem provocar enfermidades para os consumidores. O que é remoso para uma pessoa pode não ser para a outra. A reima é um sistema classificatório de restrições e proibições alimentares aplicados a pessoas em estados físicos e sociais de enfermidade (MURRIETA, 2001).

(mangues) e de mata cocais⁷⁸. Também apresentam semelhanças socioeconômicas, como: habitações de taipa, animais domésticos de pequeno porte (por exemplo: cachorros, gatos, aves) e de grande porte (gado, porcos), criados nas proximidades das casas, assim como, a presença esporádica de animais silvestres (por exemplo: iguanas, morcegos, macacos) nos domicílios é uma realidade. As comunidades cultivam principalmente, mandioca e feijão, sendo que a pesca de peixes e mariscos destinadas a fins comerciais e de subsistência. As atividades agrícolas são realizadas após o manejo do solo o qual é submetido a queimadas anteriores ao período chuvoso.

A seguir são demonstradas informações epidemiológicas sobre os surtos de raiva nas localidades dos municípios de Viseu e Augusto Corrêa:

Tabela 4 - Municípios paraenses limítrofes acometidos pelos surtos de raiva humana em 2004 e 2005.

Informações	Municípios	
	Viseu	Augusto Corrêa
Anos de ocorrência	2004	2005
Meses	Abril	Maio e Junho
Número de casos confirmados	06	15
Localidades de residência	Firminiana	Araí, Piçareira, Porto do Campo e Cachoeira do Piriá
Média de idade	21 anos	14 anos
Sexo	Mas: 02	Mas: 08
	Fem: 04	Fem: 07

Fonte: Departamento de controle de endemias. Grupo de Trabalho Zoonoses - PA, 2006.

⁷⁸ Ver em ALMEIDA, L. M. A. e RIGOLIN, T. B. Geografia. 2ª Ed. Série Novo ensino médio. Editora Ática: São Paulo., 2005.



Figuras 16a - Habitações vulneráveis de vítimas de raiva humana em Augusto Corrêa (PA) – 2005.



Figuras 16b - Habitações vulneráveis de vítimas de raiva humana em Augusto Corrêa (PA) – 2005.

A dimensão numérica do surto de raiva em Viseu no ano de 2004 é superior aos registos das autoridades sanitárias. Apesar da localidade de Firmiana ter apenas seis casos confirmados da doença, durante o mesmo período (dois meses) faleceram doze pessoas com sinais e sintomas semelhantes. Contudo apenas a morte de seis pessoas foram confirmadas como raiva humana pelas autoridades sanitárias. Dessa forma a alta taxa de mortalidade provocou temor dos males repentinamente instalados.

Em 2005, ainda em Viseu, ocorreram três casos esporádicos da enfermidade sendo um numa localidade da zona rural – Limondeua – e dois casos alóctones⁷⁹, residentes na zona urbana. Fatores socioeconômicos e culturais contribuíram para a reemergência da raiva humana em Viseu, como por exemplo, o trabalho nos manguezais, onde ocorriam frequentes agressões por morcegos enquanto os pescadores dormiam em suas redes, associado falta da procura à UBS para realizar o tratamento profilático completo, apesar da divulgação da enfermidade e de seus aspectos pela mídia⁸⁰.

Firmiana dista de uma UBS cinquenta minutos de ônibus ou duas horas e meia de bicicleta. Os moradores da localidade realizam cultivos para manutenção da subsistência local, além de feijão e farinhas que são comercializados. Existem toiceiras de açazeiros, tanto na rua principal quanto nos quintais das casas, sendo o açai comercializado também nas localidades vizinhas.

Na figura 17 é apresentada a curva epidêmica dos casos confirmados de raiva em Viseu. O caso-índice⁸¹ registrado na décima semana epidemiológica, assim como outros dois casos, registrados na décima sexta e décima sétima. Os falecimentos na localidade de Firmiana logo foram confirmados por critérios clínicos epidemiológicos.

⁷⁹ Caso alóctone é uma pessoa contaminada em um local que emigra para outro trazendo uma enfermidade (ROUQUAYROL, 1999).

⁸⁰ A mídia áudio-visual a nível local, estadual e nacional divulgou os surtos de raiva humana no Pará e as medidas profiláticas anti-rábicas, contudo algumas pessoas desconheciam, total ou parcialmente, estas informações

⁸¹ Waldman (1998) denomina caso-índice o primeiro caso registrado em um grupo atingido por uma enfermidade.

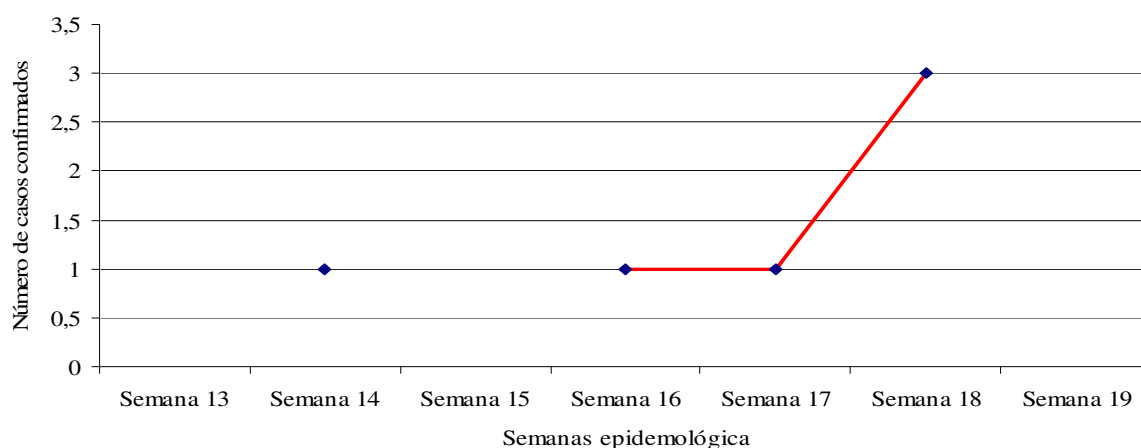


Figura 17: Curva epidêmica demonstrando o início dos sintomas dos casos confirmados de raiva humana em Viseu (2004), distribuídos por semanas epidemiológicas (Fonte: Informe epidemiológico do Sistema Único de Saúde, ano III. Abril a junho, 2004).

No segundo dia da Festa do Açaí, em Firmiana, ocorreu a minha primeira visita à localidade. Com a chegada da luz elétrica (setembro de 2006) em Firmiana a Festa do Açaí pode começar à noite. A luz elétrica não está disponível em várias casas porque, segundo alguns moradores, não podem pagar o consumo mensal de tal benefício.

Fui conhecer o campo de pesquisa em Firmiana e conversar com a ACS da localidade, explicar-lhe os objetivos da minha pesquisa e pedi estadia em sua casa, cuja permanência era destinada às minhas observações e coletas de narrativas dos familiares das vítimas e do curandeiro local. Neste dia ocorreu, e eu pude observar de longe, o preparo do segundo momento da Festa do Açaí: muitos homens matavam e dividiam um boi, logo no início do território da localidade, enquanto outros coletavam açaí para bater, e assim, se transformar no principal alimento da festa.

Quanto ao acesso à escola e aos serviços de saúde, as pessoas residentes em Firmiana dependem do ônibus escolar, de bicicletas ou realizam longas caminhadas. Para as crianças e adolescentes completarem o ensino fundamental, estes, viajam de ônibus (por cinquenta minutos) à escola, em uma das maiores localidades do distrito: Açaiteua. Em Açaiteua também é encontrada a UBS com sala de vacina, onde atende uma equipe de saúde básica completa (médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, agentes comunitários e de

endemias). Diante as barreiras do acesso geográfico, os moradores de Firmiana, geralmente, procuram o curandeiro local para tratar suas moléstias. O curandeiro é respeitado pela população local, fato que é afirmado pela ACS: “aqui, abaixo de Deus, o médico daqui é este homem”, referindo-se aos tratamentos e curas realizados por ele.

Ainda, em Viseu, na localidade de Limondeua foi a óbito uma criança vítima de raiva em 2005. Esta localidade fica a quarenta minutos de ônibus da zona urbana, mas a população também utiliza bicicleta para chegar à cidade. Utilizando o primeiro meio de transporte, a criança, após uma primeira internação por febre aguda, chegou a realizar a primeira dose de vacina anti-rábica a pedido da vizinha que teria auxiliado a mãe a levar a vítima até o local.

Os pais da criança e outros moradores de Limondeua são pescadores e marisqueiros, que tinham história de agressão domiciliar por morcegos hematófagos e, também, no mangue, quando dormiam em redes no seu local de trabalho. Assim, como em Firmiana, a energia elétrica domiciliar é inexistente em algumas casas, facilitando a agressão por morcegos.

Nesta localidade quando alguém adoecer procura a técnica de enfermagem, em casos de realização de suturas, ou de tratar feridas agudas; e os ACS para solicitar-lhes encaminhamentos de consulta médica, ou de enfermagem, bem como para conseguir transporte até a zona urbana. Por vezes, procuram a curandeira (Dona Vanda), quando o enfermo compreende que sua doença pode ser tratada com ervas e rezas, e o benzedeiro (Sr. Val) que recebe dinheiro segundo Dona Vanda para realizar trabalhos em terreiros de umbanda e curar moléstias crônicas ou identificadas como feitiços. Nem o curandeiro nem a benzedeira foram procurados pela família da criança falecida, tendo a mesma sido levada ao hospital na zona urbana, onde ocorreu a suspeita da raiva humana e, daí, o encaminhamento para Belém, capital do estado do Pará.

Na zona urbana de Viseu morreram dois pescadores após agressão por morcegos hematófagos infectados pelo vírus rábico. A agressão a pescadores e masrisqueiros na região é uma situação comum que as pessoas experienciam desde a infância, não sendo motivo de precauções ou abandono do laboro. Uma das vítimas iniciou o tratamento (apenas uma dose), mas não findou. Outro pescador não iniciou o tratamento, sendo que, quando apareceram os sintomas, chegou a ficar internado no hospital da cidade, mas seus familiares acharam melhor realizar o tratamento com um curandeiro de Carutapera, onde o mesmo deu o diagnóstico letal da doença. A partir daí, os familiares trouxeram a vítima de volta pra casa aonde chegou morto.

No município limítrofe a Viseu, em Augusto Corrêa o surto evidenciou-se em quatro localidades (Araí, Cachoeira, Piçarreira e Porto do Campo) no decorrer de uma estrada. Na localidade de Araí são encontradas igrejas, escolas, UBS e uma organização comunitária ligada à RESEX⁸² – Reserva Extrativista Marinha de Augusto Corrêa –, onde os associados prezam pela exploração racional da fauna e flora do mangue, de onde tiram o seu sustento e mantêm seus familiares. As pessoas de outras localidades convergem para Araí à procura destas instituições de educação e de saúde.

A pesca, a mariscada e a agricultura fazem parte do trabalho dos moradores destas localidades de Augusto Corrêa. Como em Viseu, os trabalhadores são mordidos por morcegos quando dormem em suas redes na beira dos rios, sendo os mesmos agredidos há muitos anos. Em épocas anteriores ao surto de raiva as crianças até brincavam com morcegos, que eram encontrados mortos ou que seus pais matavam durante a noite. A convivência com estes mamíferos nestes municípios é algo rotineiro, assim como qualquer outro animal silvestre de pequeno e médio porte (por exemplo: iguana, sagüi, sapo).

⁸² O IBAMA (2000, apud Oliveira, 2003) define RESEX como áreas públicas para o desenvolvimento sustentável de populações tradicionais. As áreas são dadas em concessão de uso à associação que representa moradores.

Quando adoecem, os moradores das localidades de Araí, Piçarreira, Cachoeira e Porto do Campo (em Augusto Corrêa), procuram a UBS, o Sr. Américo (o curandeiro) e/ou a Dona Ana (benzedeira). Da benzedeira, Dona Ana, chegaram a falecer cinco familiares, sendo que dois deles, um filho e uma sobrinha, não foram levados à UBS ou algum hospital, preferindo realizar terapias tradicionais locais e aguardar a melhora da enfermidade instalada. A justificativa para não levar os enfermos às instituições de saúde foi a de que era final de semana, período que a UBS fica fechada.

O surto de raiva em Augusto Corrêa teve o primeiro caso confirmado por critério clínico epidemiológico na semana epidemiológica 18 em 2005. A partir da semana epidemiológica 22 ocorreram os primeiros casos confirmados por critério laboratorial e assim intensificadas as medidas profiláticas contra a raiva nas localidades atingidas e próximas do evento epidêmico.

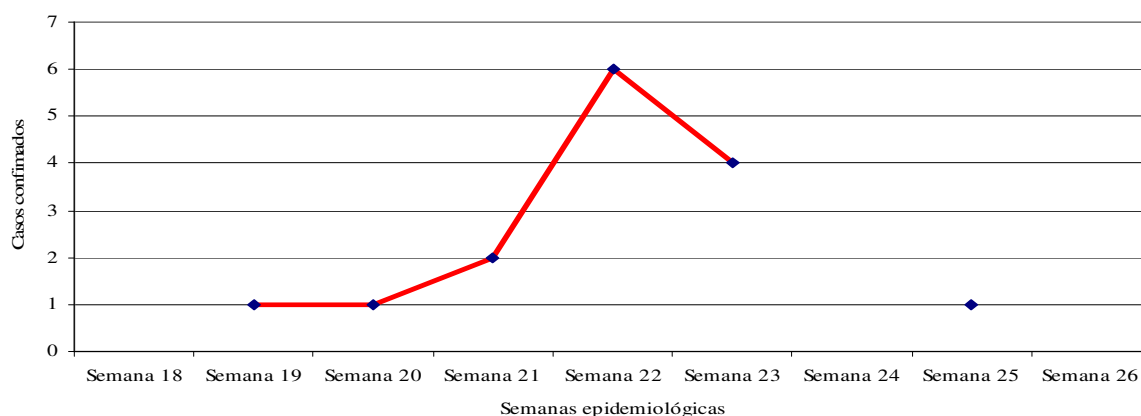


Figura 18 - Curva epidêmica demonstrando o início dos sintomas dos casos confirmados de raiva humana em Augusto Corrêa (2005) distribuídos por semanas epidemiológicas.

As curvas epidêmicas dos três municípios atingidos pela raiva humana assemelham-se quanto ao critério de confirmação clínico epidemiológicos na(s) primeira(s) semana(s) epidemiológica(s) e também pelo período de cinco semanas de evolução de cada evento epidêmico.

2.6 Adesão e vacinação

A importância do estudo empírico de causas das enfermidades faz parte do processo terapêutico, auxiliando assim, na compreensão dos motivos que levam ao abandono do tratamento profilático anti-rábico, como é verificado na figura 10 no capítulo I. A adesão é influenciada por diversos fatores de caráter individual e coletivo. Quem abandona o tratamento pode não concordar com as informações que lhes foram repassadas sobre a terapia, mas também, outros fatores interagem para a não-adesão. Mas, até que ponto a não-adesão pode ser creditada enquanto desobediência ao tratamento terapêutico?

A adesão terapêutica compreende um pensamento e/ou uma ação individual ou coletiva que aceita uma terapia. O ato de concordar com um tratamento tende a reunir fatores individuais e contextuais, confirmando um pensamento-ação de mudança de hábitos de vida, que pode ser temporário para tratamentos de doenças agudas, ou definitivo para doenças crônicas degenerativas, por exemplo. O indivíduo pode até discordar do pensamento-ação predominante, mas é levado socialmente a não expressar sua discordância e logo aderir por coerção social. Claro que o poder dos grupos sociais não é um imperativo - numa visão sócio-positivista - na mudança do comportamento humano perante um tratamento.

Então, a adesão pressupõe mudanças de idéias pré-concebidas, de comportamentos e, até mesmo, no modo de vida⁸³. Além da coerção social, pensamentos-ações condicionantes (por exemplo: as informações em saúde) podem interferir nas escolhas. Portanto, se a pessoa aderir ao pensamento-ação A logo ela conquistará B. Exemplificando: se o ator X realiza a vacinação anti-rábica completa este conseguirá a proteção da morte ocorrida com outros familiares.

⁸³ Para Possa (1989, apud GARNELO & LANGDON, 2005) o conceito de modo de vida implica num conjunto de determinantes ambientais, sócio-culturais e econômicos das formas de viver.

A combinação de terapias é um procedimento comum, como forma da conquista da saúde abalada. Assim, as terapias, aquelas propostas por amigos, curandeiros e outros membros do contexto social a que pertence o doente, também podem ser realizadas e, enfim, tudo que era possível ser feito para evitar sofrimentos, buscando a harmonia entre os sistemas de saúde.

Ao iniciar o tratamento anti-rábico o indivíduo pode esconder as razões de não realizar a terapia completa prevista para todos, tornando-se desta maneira igual perante os outros e aderindo ao grupo social que faz parte e aceitou o devido tratamento. Segundo Silvana Nair Leite e Maria da Penha Vasconcelos (2003), a negação a um procedimento médico é considerado por muitos profissionais de saúde como um comportamento “desviante-irracional”, e assim, condenam o indivíduo a sofrer as conseqüências pela não-adesão. Conforme o olhar de profissionais de saúde, quem não adere ao tratamento preconizado é desobediente. Dessa maneira, o indivíduo é considerado um ser passivo, incapaz de fazer escolhas entre as terapias que devem selecionar para a prevenção e a cura de doenças.

As experiências negativas anteriores podem impedir uma adesão individual ou coletiva à vacinação. Após um evento adverso pós-vacinal⁸⁴ é possível que aqueles que conviveram com a reação indesejada e inesperada evitem a vacina e divulguem sua vivência, criando assim, um medo coletivo em relação ao procedimento. Existem associações populares freqüentes quanto à perda da saúde e, até à morte, após uma vacina ou terapia. Esses eventos adversos são denominados por Milstein-Moscatti et al. (2000) como o efeito protetor da não-adesão.

A disponibilidade e acesso aos recursos materiais e profissionais de saúde, assim como, a informação e a educação em saúde são fatores importantes na adesão a um

⁸⁴ Consoante ao Ministério da Saúde (2006) evento adverso é “toda situação clínica ocorrida em tempo variável após a utilização de produtos imunobiológicos, respeitando-se um diagnóstico diferencial adequado, o afastamento de situação coincidente e a plausibilidade biológica do evento”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2005. p.87)

tratamento. Contudo, mesmo perante a esses fatores a mudança de pensamentos-ações pode não ser conquistada devido à descontextualização da forma como são fornecidas. Em revisão bibliográfica realizada por Leite e Vasconcelos (2002), fatores como desconfiança no prescritor, custos do tratamento e maior número de doses administradas, contribuem para não-adesão às terapias. Na figura a seguir são verificados os fatores que desencadeiam a não-adesão terapêutica e/ou vacinal:



Figura 19: Fatores relacionados a não adesão de tratamentos profiláticos e medicamentosos.

Mesmo perante as epidemias, observa-se que o surgimento de métodos de vacinação suscitaram questionamentos, dúvidas e recusas por parte das pessoas e, por vezes, a falta de adesão ao tratamento. Além da vacinação outros métodos de prevenção, como os isolamentos e desinfecções eram repudiados. A necessidade de combater epidemias

consolidou a fiscalização policial da aplicação vacinal⁸⁵, coagindo a sociedade a realizar o procedimento sob pena de multas e punições.

Em 1832 a vacina antivariólica torna-se obrigatória no estado brasileiro do Rio de Janeiro – seguindo as orientações do Código de Posturas – e, depois, para todo Brasil. A pesquisa de Fernandes (1999) sobre a história da vacina antivariólica no Brasil, refere que vários populares temiam e desacreditavam na ação da mesma, além de ter receios morais quanto à inoculação de produtos terapêuticos extraídos de bovinos, ação que na concepção popular poderia “avacalhar” as pessoas, difundindo doenças como tuberculose, sífilis e erisipela.

Para Sevalho (1993), as permanências culturais de longa duração sobre as enfermidades constituem a formação de categorias causais, nosológicas e terapêuticas locais, difíceis de serem alteradas, ou seja, quanto mais perdurar uma representação etiológica, diagnóstica e terapêutica, menor será a possibilidade do surgimento ou a reelaboração destas categorias. A história da vacina está recheada de temores aos eventos adversos que ao perdurarem sob a forma de qualquer sinal ou sintoma após a aplicação terão uma associação com o imunológico, dificultando assim, a adesão à terapia profilática proposta.

Os caminhos trilhados nas localidades afligidas pelo surto epidêmico de raiva humana no Pará não são desconhecidos por mim que trabalhei por mais de seis anos no interior da região amazônica, porém com a finalidade de compreender as complexidades sócio-culturais, a partir dos protagonistas do evento, tive a necessidade de apreender novos conhecimentos que dessem alicerce ao meu objetivo de estudo.

A abordagem antropológica da doença e o uso do método qualitativo auxiliaram-me a minimizar os meus sentimentos temerosos, na medida em que me ajudaram a ter um

⁸⁵ O início da vacinação antivariólica realizada por Edward Jenner em 1778 resultou da observação de um grupo de ordenhadores bovinos que, em contato com vacas infectadas não desenvolviam a temida e dizimadora varíola. Daí a constatação e a reprodução natural da variolização (FERNANDES, 1999).

conhecimento empírico do processo de adoecer e morrer de raiva humana, a partir de narrativas coletadas nas localidades que apresentavam características sócio-culturais e econômicas semelhantes. O resultado dessa busca de sentidos e significados do fenômeno epidêmico está apresentado no próximo capítulo deste estudo.

2.7 Construindo um modelo de análise dos surtos de raiva humana

A confluência de fatores socioculturais, econômicos e biológicos coloca-se como co-determinante de um processo epidêmico. No caso dos surtos de raiva humana ocorridos no Pará, nos anos de 2004 e 2005, percebe-se que os mesmos foram ocasionados pela junção destes fatores. A presença de gado infectado por *Rhabdovirus lyssavirus* (como foi averiguado em Portel), do vetor, o morcego, e de pessoas suscetíveis favoreceram o surgimento do evento epidêmico as margens do rio Acutipereira, como esquematizo na figura a seguir:

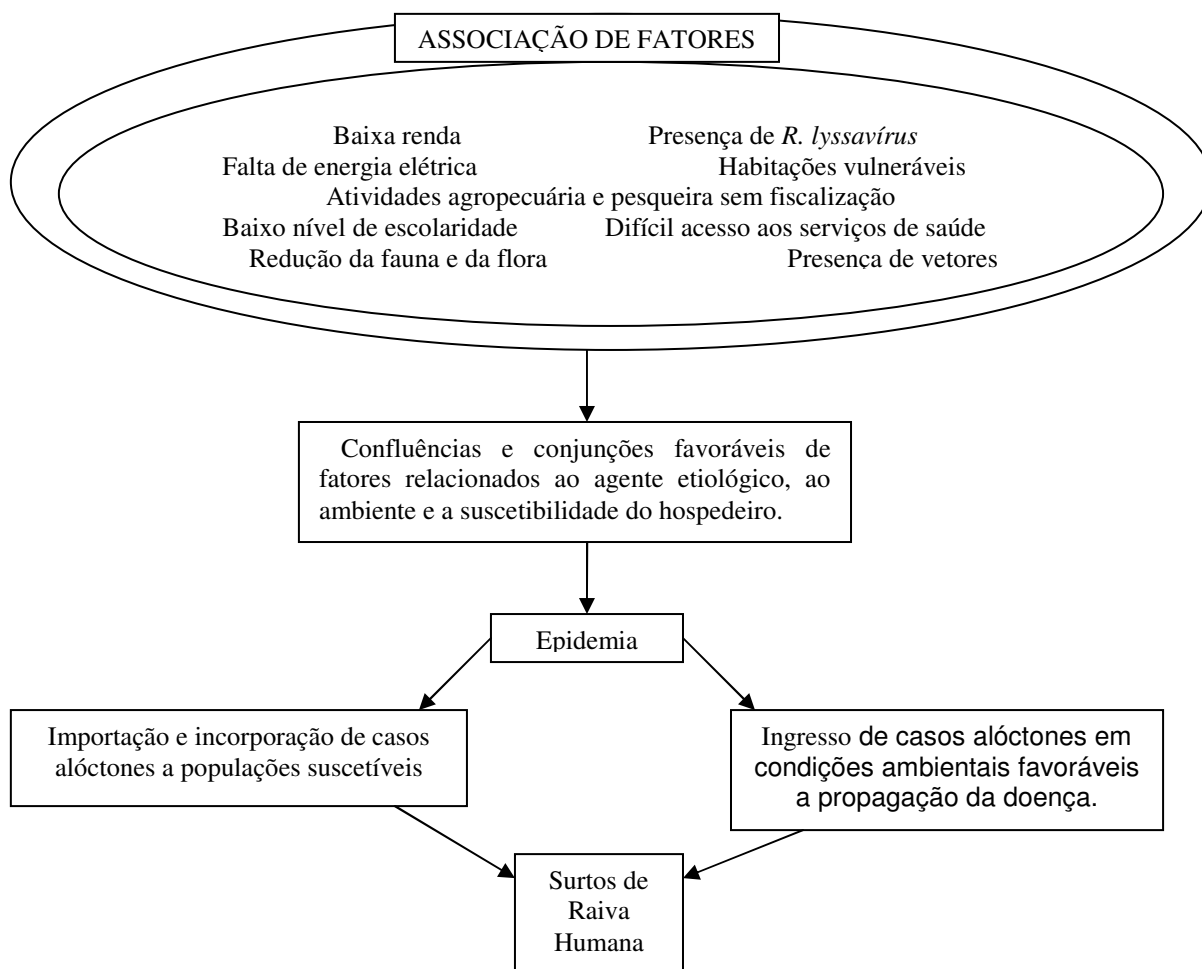


Figura 20: Associação de fatores sócio-culturais, econômicos e biológicos na configuração da raiva humana no Pará no biênio 2004 e 2005.

A construção do modelo de análise⁸⁶ que proponho a seguir permite a condução sistemática da análise dos dados coletados no campo de pesquisa, ou seja, norteia as minhas interpretações das narrativas e observações aos objetivos propostos evidenciando pressupostos explicitados neste capítulo.

⁸⁶ Conforme Quivy, R (2005).

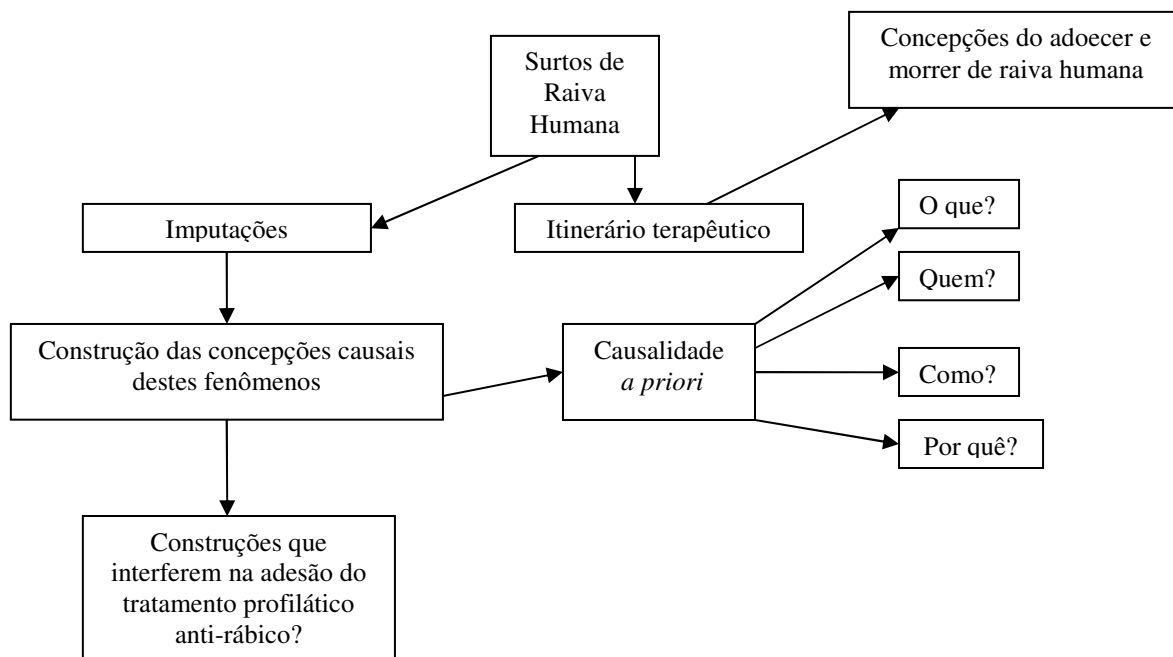


Figura 21: Modelo de análise das representações sociais dos protagonistas dos surtos de raiva humana no Pará em 2004 e 2005.

O modelo de análise que eu proponho acima tentará auxiliar nas interpretações sobre os surtos de raiva no Pará, utilizando alguns princípios e pressupostos da antropologia da doença. Nesse sentido, interpreto no próximo capítulo, as concepções do adoecer e morrer da enfermidade em questão a partir das narrativas coletadas dos personagens afligidos, procurando também, construir as imputações etiológicas que interferem na adesão do tratamento profilático anti-rábico.

CAPÍTULO III

“NO TEMPO DOS MORCEGOS”

Neste capítulo estabeleço uma reflexão sobre as representações sociais acerca dos surtos de raiva humana no Pará em 2004 e 2005, numa perspectiva que se aproxima do olhar antropológico. Dessa forma, procuro compreender as concepções causais que emergiram da vivência com o fenômeno epidêmico estudado. Além das concepções causais, serão analisadas outras representações emergentes a partir das narrativas sobre o processo de adoecer e morrer de raiva humana nas coletividades pesquisadas.

Através da coleta de um conjunto de narrativas foi possível refletir sobre o passado mediante a escuta das narrativas e, por vezes, comover-me diante do choro dos familiares das vítimas ao lembrarem das aflições que abalaram os diferentes grupos familiares acometidos por uma doença desconhecida naquele contexto.

Apesar de ter acompanhado o fenômeno epidêmico em Portel no ano de 2004, foi a partir das narrativas dos familiares e da minha abertura ao olhar e ao ouvir, adquiridos com a minha proximidade com as Ciências Sociais, que pude compreender os sentimentos e significados que emergiram durante o surto, quando as memórias do evento expressas pelas pessoas tocaram-me como pesquisadora, mostrando a dimensão intersubjetiva da pesquisa.

Mediante a pergunta que iniciava as entrevistas: “Como aconteceu a doença que levou ao falecimento de seu parente e outras pessoas daqui?”, os familiares das localidades afligidas pelos fenômenos epidêmicos nos municípios de Portel, Viseu e Augusto Corrêa narraram a ordem de ocorrência das mortes dos seus familiares ou conhecidos (mesmo aqueles que moravam em outras localidades), como apareciam os primeiros sintomas e o seu acompanhamento até o hospital de referência em Belém, capital do estado do Pará.

Existiram situações em que vários membros de uma mesma família sucumbiram devido à raiva, provocando pavor, desespero e a necessidade de fuga, no intuito de preservar a vida dos que restaram. As situações dramáticas vividas pelas pessoas suscitaram inúmeras indagações e pontos de vista sobre o novo fenômeno. O período do surto foi popularmente denominado de “tempo dos morcegos” nas diversas localidades acometidas pela epidemia.

Em um raio de 20 Km das localidades afligidas as pessoas foram convocadas à realizar o tratamento profilático por profissionais de saúde conhecidos e desconhecidos, que se instalaram nas comunidades durante um período médio de 45 dias. Mesmo diante dos surtos verifica-se que no estado do Pará no período em estudo – 2004 e 2005 –, o tratamento profilático completo não foi realizado por 14,04 % das pessoas prescritas, inclusive indicando dificuldades de ordem semântica⁸⁷, metafórica⁸⁸ e culturalmente dissociativas.

Aqueles que não quiseram ou não fizeram, e até hoje não fazem a vacinação, tiveram motivos, os quais serão apresentados ainda neste estudo, que desencadearam processos de não-adesão. Por outro lado, a partir das narrativas de profissionais de saúde foi possível averiguar dificuldades à profilaxia proposta. Nota-se que a benzedeira e os curandeiros locais apoiaram a realização do tratamento anti-rábico completo, apesar de compreenderem que apenas a vacina não poderia sanar o mal instalado.

A fim de analisar tal complexidade, optei pela divisão de subitens representativos dos processos de adoecer e morrer de raiva, demonstrando assim, as representações mais recorrentes nas narrativas dos familiares das vítimas. A partir das narrativas do processo de adoecimento e morte é possível, então, vislumbrar as fases dos surtos epidêmicos, os itinerários terapêuticos, a mortalidade infantil, as categorias etiológicas emergentes e a relação causal com a não-adesão ao tratamento em espaços de intermedicalidade.

⁸⁷A raiva é uma palavra, dada a amplitude dos seus significados, que necessita de um contexto para exprimir uma significação adequada a uma situação, ou seja, trata-se de uma questão semântica. Assim a confusão mais freqüente desta palavra é significá-la enquanto um sentimento, o que é possível vislumbrar neste estudo.

⁸⁸As conexões sintomatológicas metafóricas utilizam um termo por outro no intuito de alcançar o entendimento do receptor da comunicação (ALVES E RABELO, 1995).

A categoria temporal “no tempo dos morcegos”, em que a figura do morcego passa de um animal que suga o sangue dos adormecidos à condição de um ser que conduz à morte, ceifando a vida humana, é uma expressão social designada aos surtos epidêmicos de raiva humana. Portanto, essa representação do tempo, intimamente relacionada à sua condição aflitiva, remete às memórias da insólita visita da raiva humana num dado período nos espaços de convivência das pessoas nas localidades atingidas.

Antes do “tempo dos morcegos”, tais animais faziam parte da brincadeira das crianças e eram considerados amedrontadores, mereciam ser expostos em estacas e apedrejados. Quando encontrados nas residências pelos moradores eram caçados e mortos, independente do seu hábito alimentar. Com a chegada do “tempo dos morcegos” sua imagem fotográfica foi exposta em cartazes explicativos (ver figura 22), os quais anunciavam: “A raiva mata”, veiculando, assim, a imagem do morcego à raiva e aumentando o medo deste animal.

No período denominado de “tempo dos morcegos” aconteciam festejos na região pesquisada, tais como a Festa da Cultura⁸⁹ em Bragança enquanto, nas comunidades de Augusto Corrêa, havia o preparo para a Festa da Marujada⁹⁰. Nessa época as pessoas estavam predisposta a se divertir, a reencontrar amigos. Durante as festividades iriam consumir bebidas alcoólicas e soltar fogos de artifícios em comemoração aos eventos festivos. Mesmo com a convocação à realização do tratamento profilático anti-rábico as prioridades, para alguns, eram os festejos e as diversões, ou seja, algumas pessoas não estavam dispostas a

⁸⁹Na referida Festa da Cultura de Bragança, são apresentadas várias manifestações culturais da região nordeste do Pará. A festa denominada pela prefeitura local de “Arrastão Junino” revela expressões culturais vislumbradas na Praça de Eventos, onde também são vendidas bebidas e comidas típicas. Disponível em: <http://www.pmbraganca.pa.gov.br/portal1/municipio/noticia.asp?iIdMun=100115025 &iId_Noticia=57740>. Acesso: fev. 2008.

⁹⁰A Festa da Marujada é uma manifestação cultural religiosa que acontece durante a festa para São Benedito. Esta manifestação ocorre em datas diferentes em diversas cidades paraenses desde 1798, e é caracterizada pela dança das marujas (mulheres que dirigem e organizam a festa), bem como dos homens que tocam o instrumento chamado de “retumbão”. Disponível em: <<http://www.pa.sebrae.com.br/sexoes/servicos/cultura/marujada.asp>> Acesso: fev. 2008.

parar com o consumo alcoólico a fim de realizar o tratamento proposto pelas autoridades sanitárias.



Figura 22 - Cartazes fixados por profissionais de saúde no Pará durante os surtos de raiva humana (2004 e 2005) ocasionados por morcegos infectados (Fonte: Departamento de Controle de Endemias. Grupo de Trabalho Zoonoses/SESPA, 2006).

No “tempo dos morcegos”, pessoas estranhas, de origens e línguas diferentes, visitaram e trabalharam nas localidades onde as vítimas de raiva humana morreram. Personalidades que só eram vistas na televisão ou em cartazes de propaganda política, por lá apareceram. Profissionais de saúde da cidade – médicos, equipes de enfermagem e agentes de endemias –, que não faziam atendimento na zona rural, na época, trabalharam nas localidades.

As pessoas estranhas ao lugar, tais como profissionais de saúde, repórteres, pesquisadores, chegavam de barcos, lanchas, aviões diferentes, em horários diversos, que não apareciam normalmente no dia-a-dia das pessoas. Alguns profissionais trabalhavam de dia,

outros, por sua vez, iniciavam o laboro à noite. Os agentes de endemias caçavam morcegos com redes diferentes e alguns auxiliares dos entomólogos⁹¹ ficavam parados na mata, servindo de isca humana aos mosquitos⁹². Enquanto isso ocorria a vacinação dos moradores, de cachorros e de gatos pelas equipes de enfermagem e de vigilância sanitária. Como consequência, essa mobilização inusitada, concorria para aumentar o medo da doença.

Neste tempo muitas crianças e adolescentes foram levados aos hospitais, retornando mortas às suas comunidades. Houve muitas orações e cultos aos mortos sepultados precocemente. Por vezes, mesmo com o diagnóstico sombrio ainda se tinha a esperança de melhora, afinal é difícil aceitar o falecimento de pessoas jovens tão repentinamente, as quais gozavam de saúde e vida produtiva.

3.1 Fases de fenômenos epidêmicos

A epidemia ao acometer uma coletividade suscita e instaura reações de resignação, pavor e tristeza. As pessoas atingidas procuram no seu cotidiano a causa, ou as causas para tamanha desolação. As vítimas e seus familiares quando conseguem sobreviver, procuram o tratamento em serviços de saúde locais versados em práticas e saberes tradicionais e/ou com os profissionais de saúde formados conforme o modelo biomédico, enquanto outros fogem para outras localidades. Essas reações coletivas não acontecem quando ocorre apenas um caso isolado.

Os fenômenos são eventos dinâmicos que podem ser compreendidos a partir de fases. Assim ao se tratar de um fenômeno epidêmico podem ser elaboradas fases mediante um conjunto de características elencadas. Busco, portanto, estabelecer um nexo entre os episódios

⁹¹ Entomólogos são os profissionais que se dedicam ao estudo dos insetos.

⁹² Mesmo tendo o primeiro caso confirmado de raiva humana em Portel entomólogos e auxiliares investigaram a possibilidade da contaminação de insetos por alguma arbovirose.

ocorridos na região com uma série de fases que identifiquei, a partir de pesquisas bibliográficas sobre epidemias transmissíveis no Brasil e em outras partes do mundo, juntamente com minha experiência em lidar com epidemias (hepatites virais, dengue, rubéola e conjuntivite), na condição de enfermeira no estado do Pará.

É necessário, ainda, considerar a importância do meu trabalho de campo entre janeiro a abril de 2007⁹³, quando consegui identificar um conjunto de características que constituem fases relativas aos fenômenos epidêmicos, as quais exprimem o modo de pensar e agir das coletividades no decorrer dos tempos perante as epidemias.

Nesse sentido identifiquei cinco grupos de características que constituíram as fases de fenômenos epidêmicos que assim denominei: quantitativa, explicativa, abstrata, de fuga e de recuperação. Tais fases durante um fenômeno epidêmico não seguem necessariamente a ordem aqui exposta nem se apresentam em todo fenômeno, além disso, uma fase não finda necessariamente ao iniciar outra. As fases podem ocorrer de maneira simultânea e eventual, sendo que partem da fase quantitativa. Após a apresentação e a exemplificação de cada fase, a partir de várias epidemias, demonstro, no próximo subcapítulo, a identificação das mesmas em um estudo de caso de raiva humana no Pará. Para tanto, busco esclarecer o que estou chamando de fases, bem como as características de cada uma.

A fase quantitativa é aquela que implica na percepção social do fenômeno epidêmico. Apenas dois casos de uma doença ou agravos dispersos não desencadeiam as demais fases. Como um fenômeno social as epidemias surgem num determinado contexto quando o número absoluto de um agravo ou sintomas semelhantes se dispersa, atingindo várias pessoas ao mesmo tempo. Diante da alta taxa de morbidade e mortalidade que foge das frequências vivenciadas numa localidade pode ocorrer mudanças demográficas, políticas, sócio-culturais e econômicas resultantes do fenômeno epidêmico.

⁹³Realizei trabalho de campo nas cidades de Portel (nas comunidades do rio Acutipereira: São Bento, Laranjal e Tauaçu); Viseu (nas localidades de Firmiana e Limondeua); Augusto Corrêa (localidades de Cachoeira, Araf e Piçarreira).

Uma epidemia é reconhecida como tal diante da presença de um surto. Tal denominação tem sido usada por ocasião da ocorrência de agravos restritos a um lugar em um dado período de tempo. A partir de então, medidas de controle coletivas construídas nos contextos vivenciados são desenvolvidas no intuito de evitar sofrimentos e preservar as comunidades atingidas pela epidemia.

Assim, a quantidade de casos correlacionados às variáveis de lugar e tempo é determinante para o fenômeno epidêmico coletivo. No entanto, se um agravo esperado apresenta uma incidência freqüente do número de casos em tempos e lugares diversos, o termo epidemia sai de cena e entra a denominação endemia, a qual considera a série histórica do agravo⁹⁴ e dessa forma as maneiras de refletir e agir são outras. No que se refere às endemias já existe uma experiência dos grupos sociais atingidos pela enfermidade, fato que facilita a tomada de decisões terapêuticas. Encontramos inúmeros exemplos de depopulação que nos permite vislumbrar a fase quantitativa das epidemias em diferentes períodos históricos.

Um exemplo significativo é o das mortes infecciosas de quarenta milhões de habitantes, as quais contribuía para a crise do império romano entre os séculos III e VIII quando foram acometidos por cinco devastadoras epidemias (VIANNA, 1976; UJVARI, 2003). No ano de 542 d.C. morriam diariamente de cinco a dez mil pessoas no delta do rio Nilo. Enquanto que em meados do século XIII muitos europeus pereceram ao sofrer uma epidemia que resultou na depopulação de um terço da Europa (UJVARI, 2003).

Uma epidemia desconhecida dizimou o exército de Fernando e Isabel durante o cerco de Granada (1489 – 1490) levando dezessete mil vidas (UJVARI, 2003). Anos depois, em 1529, em Augsburger, na Alemanha, nos primeiros cinco dias da misteriosa epidemia -

⁹⁴ Série histórica é uma representação numérica do número absoluto de casos registrados de um agravo num determinado espaço e tempo (ROUQUAYROL e ALMEIDA FILHO, 1999).

chamada de “suor inglês”, cerca de 15 mil pessoas haviam sido acometidas⁹⁵ pelo mal. Já no século XV na Itália, quase metade da população de 130 mil habitantes morreu de tifo mesmo sendo submetidos à quarentena e, 40 mil morreram de malária. Nesse mesmo século as epidemias acometeram os grupos indígenas brasileiros imunologicamente despreparados para o contato com os males trazidos pelos europeus, sendo dizimados ou reduzidos a ponto de haver necessidade de introduzir escravos africanos para o trabalho de exploração da América Latina (UJVARI, 2003).

Com o decorrer dos séculos as epidemias tornaram-se presentes na vida em comunidade entre os diferentes grupos humanos. Elas despontaram no período de transição entre o modo de produção feudal para o modo capitalista.

No século XVII, em New York, rebeliões ocorreram com a chegada da cólera. Nessa insólita visita, o governo decretou uma lista de obrigações para evitar a doença que matava cem pessoas por dia, o que teria provocado revoltas e fugas da cidade norte-americana (ROSEN, 2006). Uma série de epidemias (peste, cólera, febre amarela e outras) assolou o Brasil nos séculos XVIII e XIX afetando os integrantes das forças armadas. A caminho do campo de batalha, militares brasileiros iam sendo dizimados mais pelas doenças do que pelo combate, retrato presente em tantas outras guerras onde a presença epidêmica poderia favorecer o inimigo (UJVARI, 2003; ROSEN, 2006).

No início da monarquia brasileira, a organização de instituições em saúde não surtiu o efeito desejado ao combater os expressivos surtos epidêmicos de varíola e febre amarela que atingiam todos os setores sociais. Em 1887, a varíola alcançou a taxa de 47% no obituário do Rio de Janeiro e, dois anos depois, chegou a matar mais de mil pessoas por dia em Fortaleza no Ceará (FERNANDES, 1999).

⁹⁵ Dentre estas pessoas morreram também autoridades locais: dois prefeitos e seis vereadores (UJVARI, 2003).

Em São Paulo, as epidemias (cólera, peste, gripe espanhola e, principalmente, febre amarela) que atingiam sucessivamente as cidades na rota da ferrovia foram motivo de interrupção do tráfego ferroviário, tendo sido registrada a morte de noventa ferroviários no município de Campinas, só em 1889. Em um período de cinquenta e seis anos morrem infectados pela varíola 5299 pessoas no Pará, número grande em relação ao número de habitantes. Em meados do século XVIII, 75% dos habitantes da capital paraense estavam enfermos devido às doenças transmissíveis como a cólera, a febre amarela e a varíola, sendo que deste percentual, 5% foram a óbito (VIANNA, 1976; TELAROLLI JR., 1996; UJVARI, 2003; BELTRÃO, 2004; ROSEN, 2006).

Em períodos epidêmicos medievais e modernos não faltavam corpos espalhados pelas ruas, campos e, enfim, pelas cidades assoladas. Ou seja, onde eclodiam as epidemias, ceifavam-se vidas, espalhando-se de maneira descontrolada e tendo como consequência uma mortandade diária e devastadora. Portanto, não atacavam apenas os corpos individuais, mas sim, o corpo social evidenciado, principalmente, em pequenas comunidades (UJVARI, 2003).

Quanto à fase explicativa, outra fase epidêmica identificada, percebe-se que é o momento no qual são realizadas inúmeras perguntas e é aberto pelo contexto um leque de possibilidades quanto às respostas relativas aos sofrimentos e perturbações ocasionadas por uma epidemia em determinado contexto. As perguntas pretendem descobrir a causa ou as causas, para assim, simultaneamente, procurar o tratamento ou os tratamentos. Esta fase reflete o conhecimento coletivo prévio sobre o fenômeno instalado. Para desvendar as causas e as terapias os indivíduos e as coletividades buscam nas suas experiências passadas e atuais, uma ou várias explicações para o evento epidêmico. As indagações surgem desde o primeiro caso e podem mudar as respostas conforme o aumento do número de enfermos, os grupos sociais acometidos, o lugar e o tempo da epidemia.

Nesse contexto emergem perguntas referentes à causa da epidemia: como e quais foram os mecanismos que ocasionaram este desalento? O que ou quem trouxe a doença para o nosso meio? E logo, quais foram os caminhos que a doença percorreu até acontecer em nossas casas? Por que este, e não aquele, o grupo social afligido? E, por que, agora? Ao responder essas perguntas os sistemas categorizados como tradicionais e biomédicos apresentam divergências, ocasionando conflitos coletivos quando as pessoas têm que escolher um tratamento, abdicando de elementos contextuais constituídos do saber popular, ou mesmo, quando procuram driblar a força e o poder de imposição médica do Estado e do modelo biomédico.

As epidemias interrompem vidas de maneira inexplicável, tornando-se um mistério para as pessoas. Assim, considerando a necessidade de dar sentido ao fenômeno estranho surgem especulações para explicar o aparecimento de enfermidades. Contudo, perduram as incertezas etiológicas e prosseguem vários tratamentos. Pode existir uma mesma causa ou um conjunto de causas designado para uma ou várias doenças, dependendo do contexto que se apresente.

Na Antigüidade as guerras e as destruições contribuiriam para a expansão de epidemias. Neste período, assim como na Idade Média, a insuficiência descritiva de sinais e sintomas das infecções epidêmicas fazia com que todas fossem chamadas de peste⁹⁶, o que impede o conhecimento das enfermidades que acometiam as populações antigas e medievais (ROSEN, 2006; UJVARI, 2003).

Os profissionais de saúde a partir do período Moderno passam a considerar, assim como existem muitos que consideram até hoje, que um das “causas das epidemias é a

⁹⁶ O termo “peste” é uma palavra latina que indica qualquer doença com mortalidade elevada sem diagnóstico preciso (BARATA, 1987 apud CASTIGLIONE, 1947).

ignorância do povo” (UJVARI, 2003. p 43), portanto um dos primeiros passos para sanar tal problema é a obediência dos ensinamentos lineares e positivistas da biomedicina.

A chamada fase abstrata de uma epidemia nem sempre está presente em todo seu trajeto num dado contexto. Os sentimentos que rondam uma população atingida pelo mal, inicialmente, são: a tristeza e a preocupação, logo após com a permanência e/ou a letalidade da enfermidade aparecem o pavor e o desespero. A intensidade e a presença desses sentimentos dependem da duração, do prognóstico e letalidade da doença, assim como do conhecimento que a coletividade tem sobre o fenômeno e do acesso aos serviços de saúde. Se existe convivência com a enfermidade transmissível não letal pode ocorrer conformismo ou passividade. Nessa fase, por vezes, as pessoas se unem no intuito de se solidarizar com as perturbações que afligem o grupo.

Uma epidemia desconhecida é uma situação nova e apavorante que provoca caos nas cidades, regiões e países, surgindo desta forma, o medo coletivo. Conforme Ujvari (2003) é pré-histórica a noção da possibilidade de contágio e, assim, aqueles que são considerados sadios, isolam as vítimas por medo e pânico de contrair a doença, as quais sofrem com os problemas patológicos e as restrições sociais.

O pânico estava presente como primeira reação ao surgimento da peste negra, pois “o medo das pestilências não abandonava a mente do homem medieval” (ROSEN, 2006, p. 57). Apesar do medo das pestilências que marcaram o início e o término da Idade Média (Peste de Justiniano, em 543 e Peste Negra, em 1548), o homem lutava com as armas que possuía unindo as orações às concepções médicas. Outro exemplo do medo provocado por epidemias é registrado nos séculos XIII e XIV, quando o temor em relação à lepra era superior a qualquer outra doença desse período da Idade Média (ROSEN, 2006).

A partir do acesso terapêutico e do conhecimento da doença, a fase da fuga, assim como a fase abstrata, nem sempre estão presentes no caminho de uma epidemia. Ao

desconhecer um tratamento de uma doença que assola a coletividade ou quando esta provoca grande número de deformações ou mortes, os sadios tendem a migrar para locais que acreditam estar livres dos sofrimentos e da morte repentina que se instalou na comunidade. Nesta fase as epidemias ajudaram a promover a dispersão de povos no mundo e hoje podem ser consideradas como uma das justificativas para o êxodo rural.

Mesmo sendo realizadas medidas de controle, tais como: quarentena, desinfetar cômodos, fechar casas e queimar os pertences do enfermo ou do morto, a cada surto havia uma fuga coletiva desesperada. Por exemplo, durante a epidemia de cólera morreram cem mil franceses, sendo que cerca de 120 mil sobreviventes fugiram da França. Na fuga os sobreviventes levavam consigo as infecções incubadas, as quais afloravam ao encontrar ambiente propício à disseminação e, assim, o pânico e a fuga em relação às epidemias retornavam (UJVARI, 2003).

Segundo Rosen (2006), os fugitivos ao saírem de uma área que sofre um fenômeno epidêmico temem não ser aceitos em outras localidades (ROSEN, 2006) e, assim, permanecem na mesma localidade com medo, aplicando medidas que possam evitar o mal. Mesmo perante tantos sofrimentos a fuga não é uma ação coletiva visto que, por vezes, as pessoas podem considerar o fenômeno em questão um fato externo ao grupo social, que será sanado ao se regularizar a rotina local. Além da espera da regularidade do cotidiano existe a crença na salvação divina que é aclamada diante do infortúnio.

A humanidade ao sofrer com tais calamidades revela o seu grande poder de se renovar e se recuperar ao término de cada epidemia (BELTRÃO, 2004). A fase de recuperação coletiva é o período que cessam ou reduzem as incidências da doença instalada e que depende de fatores relacionados às demais fases epidêmicas por exemplo, se ocorre depopulação ou fuga.

Ao cessarem as mortes a população retorna as suas casas e os relacionamentos interpessoais tornam-se menos temerosos, mas os sobreviventes podem ficar marcados como possíveis transmissores do mal. Revela-se, assim, um estigma que, conforme Erving Goffman (1975) é evidenciado como um traço social, ou ainda, permanece como um sinal de alerta a um local e aos sobreviventes portadores de uma história de “desgraça”. Ou seja, um lugar com pessoas detentoras de atributos depreciativos e estereotipados.

A pesquisadora Rita Barata (1987) escreveu no artigo *Epidemias*: “O que faz da epidemia um fato único é a especificidade do contexto no qual ela ocorre e não a essência da doença em questão”, reafirmando a perspectiva foucaultiana, que aponta para o fato de que a doença se repete, enquanto que as epidemias são singulares e suscitam interpretações (FOUCAULT, 1980).

As aflições coletivas sofridas pelos grupos sociais apresentam fases com aspectos semelhantes que podem ser reconhecidas durante um processo epidêmico. A presença dessas fases numa epidemia depende da duração do fenômeno, do número de pessoas acometidas, da letalidade da enfermidade e do ponto de vista dos afligidos sobre a doença.

Portanto a construção das fases de fenômenos epidêmicos é uma interpretação de um número de características elencadas de eventos nefastos às populações de humanos, que devido as suas semelhanças, constituíram cinco diferentes fases as quais podem ocorrer de maneira concomitante e eventual.

3.1.1 Fases do surto de raiva humana no Pará

As pessoas, no contexto paraense, diante do aumento anormal da incidência da doença e, logo depois, de óbitos, perceberam a presença de um surto epidêmico nas suas localidades, configurando-se assim, o que denomino de fase epidêmica quantitativa do mal

instalado. Mesmo realizando buscas terapêuticas individuais fora e dentro do seu contexto cultural, o conjunto de sintomas e, enfim, as mortes consecutivas, suscitaram a busca de respostas às indagações frente a tantos sofrimentos e temores ligados a uma doença desconhecida.

As fases epidêmicas, quantitativa e abstrata, explicadas e exemplificadas no subcapítulo anterior deste estudo, são relatadas por familiares de Portel e Augusto Corrêa:

“Porque aqui morreram muitas pessoas... ixi era só chegar um, as vezes dois, e a gente até se assustava! O que aconteceu aqui foi uma coisa muito triste, muito triste mesmo.” (Dona Paula).

“Quando levava um pro cemitério, já vinha chegando outro da cidade, ai enterrava aquele (...) quando era de manhã já aparecia outro triste (...) quando era uns oito dias vinha de lá”. (Dona Almeida).

“Ai chegava ai, estava fazendo sentinela de um quando era de manhã o outro amanhecia triste. Você fica desesperada que não tem vontade de comer, nem de beber, de fazer nada.” (Dona Ariana).

Os sentimentos de medo e pavor apareceram diante de tantos óbitos e, após a orientação de que a causa era devido às mordidas provocadas por morcegos infectados, que continuavam a agredir aqueles que calmamente dormiam, a fuga foi uma das formas de defesa das comunidades. Quanto a esta ação de fuga o profissional de saúde Pablo ao referir: “o instinto de sobrevivência é mais alto!”, justificava a evasão de alguns moradores das margens do rio Acutipereira. Segundo os profissionais, Pablo e Valdomiro, os sentimentos amedrontadores também estimularam a comunidade a procurar medidas profiláticas que lhes assegurassem a vida.

A fuga de situações amedrontadoras é realizada a partir da constituição de significados que resultam do receio, do medo e do pavor relacionados aos sofrimentos e à morte. Considerando as observações de Geertz (1989), que afirma que o comportamento humano é visto como uma ação simbólica, rica em signos interpretáveis, percebe-se que os

motivos para onde fugir e quando fugir não é casual, e sim, uma ação construída conforme a formação cultural da coletividade.

“A comunidade que debandou mesmo foi a comunidade do Laranjal, Laranjal todinho veio embora [para a zona urbana]”, assim afirmou Pablo, profissional de saúde. Algumas famílias em Laranjal (Portel), de Limondeua (Viseu) e uma família da Piçareira (Augusto Corrêa) não retornaram a residir nas localidades atingidas pelo mal, apenas continuaram fazendo o trabalho agrícola e marisqueiro que realizavam antes do surto.

“... fiquei com medo mana, por causa da energia que não tinha... ai eu saí de lá... eu coloquei na minha cabeça assim: que se eu ficasse lá eu, ou um dos meus filhos, ia morrer.” (Dona Alva).

Os familiares foram à procura da terapia que trouxesse a cura para seus filhos e parentes, perguntando sobre as causas, a nosologia e sobre o tratamento a todo o instante. Não lhes faltava, inicialmente, a esperança de melhora, mesmo vendo outros parentes ou vizinhos morrerem. Todas as respostas eram vagas e duvidosas quanto às indagações da doença ainda não experienciada nas localidades. Mas, independente destas respostas, havia a necessidade de evitar as mortes.

“Essa doença chegou por aqui (...) a gente não sabia o que era” (Dona Vanessa).

“Ai eu pensava: que doença era aquela que eu nunca tinha visto (...) agente nunca desconfiava que existia este tipo de doença (...) num sei porque aconteceu essa arrumação”(Dona Almeida).

As localidades se reorganizaram após os surtos, mas ficaram marcadas pela doença desconhecida e devastadora que visitou aquelas comunidades paraenses. Alguns construíram novas casas ou as reformaram, outros tiveram mais filhos e ficam felizes com a chegada do neto para ficar no lugar do falecido, como ouvido em alguns relatos. Alguns comerciantes varejistas (“marreteiros” e “regatões”) não retornaram às localidades para fazer suas vendas, ficaram amedrontados e procuraram outros clientes.

Sobre as localidades afligidas pelos surtos de raiva foram construídos estigmas (Goffman, 1975), ligados a repulsa devido ao medo em relação à doença. Portanto, o estigma se estendeu às pessoas que lá residiam, pois existia a idéia de serem transmissores do mal. Quem morava na zona urbana dos municípios durante o evento deixou de freqüentar as localidades. Já aqueles que residiam fora dos municípios, compreenderam que poderiam ser “contaminados” pelos morcegos que transmitiam raiva, pois imaginaram que esses animais “corriam atrás das pessoas” transmitindo-lhes a temida doença. Conseqüentemente, os locais ficaram estigmatizados pelo fenômeno epidêmico, por exemplo, como é relatado a seguir:

“E gente ficou aqui como se fosse umas pessoas desprezada (Dona Paula).

Tinha marreteiro de comida que vende comida (...) não entravam, pois ficava com nervoso, com medo porque aqui estava afetado da doença da raiva (...) a gente saía daqui pra ir a Açaitéua, se a gente encostasse numa casa, aí na beira da estrada pra pedir uma água, eles tinha coragem de as vezes dar água na cuia pra gente ou se eles dessem água no canequinho de plástico, eles jogavam fora pra num pegar (...) tava muito ruim (...) agora não tem mais não, acho que eles esquecero.” (Dona Vanusa).

Das vítimas restaram suas lembranças e fotografias que, por vezes, se encontram em local visível da casa, em destaque. Vi as fotos de algumas crianças e adolescentes. As vítimas do surto expostas nas fotos estavam alegres. Enquanto os familiares mostravam as fotografias, lembravam de características pessoais, tais como a beleza, a inteligência e a habilidades dos entes queridos.

A memória dos eventos epidêmicos era trazida à tona pela imagem fotográfica das vítimas, bem assim pela imagem do agressor: o morcego. Ao apresentarem a fotografia⁹⁷ dos seus entes falecidos, os familiares tencionavam apresentar-me, a partir da foto, as qualidades das vítimas. Já quando se lembravam das imagens do morcego e tentavam fazer-me compreender que tipo de morcego era capaz de transmitir e provocar a raiva, ou outra categoria nosológica atribuída ao infortúnio. Assim ao mostrar-me a imagem fotográfica a

⁹⁷ Conforme Ariosvaldo Diniz (2001), a fotografia é integrante do campo da imaginação sendo a representação óptica uma projeção imaginária do sujeito sobre o objeto.

intenção era de suscitar um conjunto de significados sobre as vítimas, as quais eram desconhecidas por mim.

3.2 Itinerários terapêuticos: a busca da cura

A partir de uma desordem biofisiológica, primeiramente, é estabelecido um diagnóstico social do conjunto de sinais e sintomas observáveis do enfermo, então segue-se a procura de profissionais de saúde, curandeiros e benzedeiros, sendo que esta procura é denominada por Augé (1984, apud BUCHILEET, 1991) de itinerário terapêutico. A cada caminho percorrido pelos diversos sistemas terapêuticos a enfermidade é recategorizada, surgindo vários enunciados nosológicos, etiológicos e terapêuticos. Os processos interpretativos tornam-se mais intensos mediante os sofrimentos prolongados e os prognósticos letais.

A procura local por terapias tradicionais é geralmente a primeira ação realizada pelas pessoas, respeitando os significados culturais construídos e estabelecidos socialmente. Conforme Clifford Geertz (1989), os significados culturais são constituídos por orientações padronizadas mutáveis para problemas conjunturais. As terapias locais apresentam significados culturais que devem ser obedecidos pelos grupos daquelas localidades, evitando assim, punições sociais posteriores por não ter recorrido aos saberes locais.

“Geralmente aqui a gente tem uma cultura da gente de benzer, sabe ai eu mandei a mulher benzer, a mulher dizia que era molhado de bicho⁹⁸, ai depois eu levei pra outra e ela disse que ela tinha pego é (...) pra vocês lá é (...) pra nós aqui é derrame.” (Dona Almerida).

Cada sociedade tem desenvolvido seus próprios procedimentos e modos de curar, por isso, a busca de soluções dos problemas de saúde dentro da cultura local. Estes procedimentos e modos constituem os saberes tradicionais em saúde que são repassados por

⁹⁸ A categoria nosológica “molhado de bicho”, indicada por Dona Ana (benzedeira) que atendeu vítimas do surto de raiva, também é denominada mau-olhado de bicho.

curandeiros ou benzedeiros aos enfermos e seus familiares, os quais, por vezes, sentem-se mais acolhidos ao terem uma assistência contextualizada. O ato de dar explicações e realizar tratamentos das enfermidades, de acordo com os elementos disponíveis no meio que cerca o enfermo, assim como realizar orações e rezas, parece confortá-los diante das enfermidades experienciadas.

Para Mena (2005) os sistemas terapêuticos locais são adaptados às necessidades de saúde dos grupos, os quais utilizam os recursos naturais de sua localidade para prevenir e combater as enfermidades, facilitando, então, o acesso às medidas terapêuticas das pessoas residentes na zona rural. Consoante suas crenças são explicadas e, assim, compreendidos os processos de saúde e de doença no contexto em que experienciam os mesmos. Os curandeiros, a benzedeira e alguns familiares entrevistados consideram que a manutenção da saúde resulta da obediência das regras sociais da localidade.

Os profissionais de saúde locais, benzedeiros e curandeiros, são considerados pessoas que adquiriram dom divino para curar aqueles que os procuram com fé. Existem enfermidades que segundo a crença de algumas pessoas, somente estes profissionais podem curar, utilizando-se comumente de recursos locais, evitando, geralmente, gastos quanto aos deslocamentos às instituições oficiais de saúde. Eles são considerados como bons curadores e benzedeiros quando o resultado esperado, a cura, é alcançada. Quanto à designação causal, contribuem designando, segundo sua vivência, a causa de uma enfermidade perante o resultado de um tratamento prescrito (PINTO, 2002).

“O pai dela foi lá e ele [Sr. Américo] disse que era pra dá umas injeção, ai a gente compramo e demo (...)” (Dona Almira).

“Aqui abaixo de Deus está este homem [o curandeiro] (...)” (ACS Vilma).

“Na hora que o douto [médico] chegar eu vou vê se eu consigo uma ficha pra consultar ele (...) mas só que não dá [para conseguir uma ficha para o médico], como não dava eu vim embora...” (Dona Ariana).

“É que a gente tratava dele de um jeito quando a gente viu que não dava jeito pra tratar aqui é que nos corremo pra Bragança, mas também não tinha mais jeito.” (Benzedeira Ana).

Os pais das crianças vitimadas pelo mal notavam uma tristeza nas mesmas, que se apresentava pela falta de vontade de brincar ou de estar com outras crianças. Quanto a esta vontade de brincar, Dona Amélia lembrou de um dizer popular: “Quando a gente vê uma criança triste alguma coisa tá acontecendo!” Então a “tristeza” dos seus filhos foi o primeiro sinal de alerta para os pais. Os sintomas indicativos para o início das buscas por diferentes sistemas de saúde vinham da preocupação que se tornava inquietante quando a febre e a hidrofobia apareciam nos membros dos grupos sociais pesquisados.

As mães acompanharam seus filhos na busca da cura. O que as guiava era a facilidade de conseguir um atendimento que proporcionasse a melhora dos seus filhos que podia ser com o curandeiro ou benzedeira(s) da localidade, ou na Unidade de Saúde mais próxima da sua casa.

“Uma [benzedeira Dona Ana] dizia que tinha que fazer remédio de jiral, ai era aquele monte de remédio de giral (...) é arruda, catinga de mulata (...) Ai nós pegamos um monte fizemo uma fricção (...) Ai, depois, não achei melhora e voltamos na mulher de novo, isso no sábado já, porque aqui nos temo médico só durante a semana (...) Ai cada vez pior, ai nós fomos na benzedeira de novo, ai ela disse que tinha que repetir de novo que a doença estava muito forte isso já no domingo.” (Dona Almerinda).

“Eu achava que minha filha e os outros quando morreram só morreram porque não foram logo pro hospital, eu butei na minha cabeça que meu filho não ia morrer, ele ia ter logo os primeiros socorros e eu ia evitar (...) Ai, quando chegou lá [em Belém] (...) ele teve uma crise muito forte (...) ai com dois dias que chegamos lá [em Belém] meu filho morreu.” (Dona Antônia).

A dúvida quanto ao diagnóstico e/ou o tratamento fazia com que as mães mudassem de sistema terapêutico. Quando um sistema indicava um diagnóstico e/ou um tratamento que o familiar não concordava, ele buscava outro sistema. A terapia indicada por um sistema ou outro era cumprida, mas sem a resolução dos sofrimentos continuavam em busca da cura. O que movia as mães das vítimas não era o desejo de entender o que se passava com seus filhos, e sim, a tão desejada cura. Dessa forma, o que designa o itinerário é o desejo de findar os sofrimentos e não o conhecimento da nosologia, dos mecanismos causais ou outras explicações.

“Eu consultei ele com o doutor. Ele me disse assim: ‘A doença do teu filho é infecção pulmonar’ e, ele deu outra doença lá (...) dei o remédio, mas a minha impressão é que aquela doença não era o que ele dizia” (Dona Alvina).

“Pra cá tem muito esse negócio de derrame, aí eu falei [para o meu marido] vai na casa do seu irmão que eu não me conformo que a doença desse menino é infecção (...) o irmão dele aqui ensina negócio de remédio, é meio pajé” (Dona Alvina).

Os curandeiros e a benzedeira das localidades em Viseu e Augusto Corrêa tiveram um papel de designadores da doença e, alguns familiares só deixaram seus enfermos irem para o hospital de referência, Barros Barretos em Belém, ou sair de suas moradias, se tivessem o conselho destas lideranças locais em saúde.

Quando o curandeiro de Firmiana, em Viseu, adoeceu durante o surto de raiva, o curandeiro Sr. Américo veio ajudar as pessoas dessa localidade. Foi quando ele teve seu primeiro contato com os sinais e os sintomas da raiva humana. Dessa forma, quando o surto de raiva humana aconteceu em Augusto Corrêa, mais especificamente nas localidades de Araí, Porto do Campo, Cachoeira e Piçareira, o senhor, diante as observações já vivenciadas em Viseu, emitia aos que lhe procuravam o prognóstico letal da enfermidade. O Sr. Américo discordou do diagnóstico de raiva humana dos adultos, apontando o uso de medicações hospitalares como responsáveis pelo óbito de uma moradora.

Então os afligidos e familiares buscaram interpretações sobre o mal instalado. No caso da raiva humana, buscavam também respostas às dúvidas diagnósticas e a falta de soluções aos problemas de saúde. Dessa forma os agravamentos dos sintomas modificavam o rumo da procura terapêutica.

3.3 Da detecção da doença à morte

“Toda vez que se pensa em raiva, a gente pensa em confusão mental né, fofobia, aquela coisa toda né; agitação, e os pacientes não, ficaram calmos, aquela confusão mental e só iam paralisando de baixo pra cima.” (Pablo, profissional de saúde).

Conforme Maria Zélia Rouquayrol (1999, apud Associação Internacional de Epidemiologia), a epidemiologia auxilia na previsão e controle de risco a saúde estudando fatores que determinam a distribuição e a freqüência das doenças nas coletividades humanas.

Na tabela 4 verificamos que a notificação da raiva nas cidades em estudo teve baixa incidência na década de 1980 ao início da década de 1990, sendo que a relação com as agressões por morcegos, não foram registradas. As mordidas desses animais eram comuns nas localidades e já ocorriam há muitos anos.

Durante a procura por residentes em um afluente do rio Acutipereira, eu e a equipe de saúde, encontramos uma senhora de 82 anos que afirmou: “eu tinha 12 anos quando eu fui mordida a última vez”. Como eram comuns as agressões por morcegos às comunidades não relatavam os episódios aos profissionais de saúde. Dessa maneira, dificultavam o trabalho dos serviços de vigilância epidemiológica municipal e regional.

Tabela 5: Casos registrados de raiva humana nas cidades acometidas por surto entre 1980 -1993.

Municípios	Período			
	1980-1984	1985-1989	1990-1993	Total
Portel	01	-	-	01
Viseu	-	01	-	01
Augusto Corrêa	-	-	-	-
Total	01	01	-	02

Fonte: REZENDE *et al*, 1997.

A mortalidade em casa foi uma das características do início dos surtos de raiva humana nos municípios em estudo, fator que contribui para as subnotificações não apenas de raiva humana, mas também de outras enfermidades que necessitam de diagnósticos laboratoriais para serem confirmadas. Se nas localidades afligidas tivesse ocorrido apenas um ou dois óbitos não seria possível detectar a presença da doença e, logo, as medidas profiláticas não teriam sido realizadas.

A subnotificação de casos não apenas de raiva humana é freqüente na zona rural da região amazônica. Frente às mortes em quantidade incomum nas localidades, ou o acesso ao serviço de saúde oficial mais próximo das localidades, foi possível diagnosticar o surto. A ACS Vilma relata um possível caso de subnotificação de raiva humana ocorrido em 1998, portanto, antes do antigo ACS morrer também sem diagnóstico:

“Teve outro caso de raiva em outro tempo, mas ninguém sabia dessa doença aqui. Um rapaz com malária começou o tratamento e foi beber. Ele foi mordido por um cachorro raivoso no rosto, bem aqui [apontou o supercílio direito]. O cachorro tava com raiva; morreu babando. Ele foi mordido no mês de junho, quando foi setembro ou outubro, ele começou a correr de um lado pra outro, quando dava remédio ou água parecia um choque, mas a gente não sabia o que era, não tinha informação” (ACS Vilma).

Os primeiros casos de raiva que surgiram no Pará em 2004 e 2005, período em estudo, foram registrados em Portel. Inicialmente não eram suspeitos de raiva, visto que a incidência da doença era decrescente e a notificação foi negativa em 2003, no município e no estado do Pará. O primeiro caso diagnosticado pelos profissionais de saúde foi caracterizado como pneumonia e, o segundo, ocorreu sem assistência na localidade de Laranjal. Com a continuidade dos óbitos, surgiram outras suspeitas diagnósticas, como arbovirose e síndrome de Guillan-Barré, mas após o início da investigação foram constatados fatores de risco à raiva. Assim, o primeiro caso suspeito com confirmação laboratorial em 31/03/2004, iniciaram-se as medidas profiláticas: vacinação humana e animal; procura do vetor e, logo, o controle da população de morcegos hematófagos, seguido da educação em saúde nas comunidades.

A notícia do surto demorou a se concretizar entre as localidades próximas ao evento epidêmico. Geralmente as mortes eram rápidas e inespecíficas, assim, restavam associações dos sintomas observados com doenças já conhecidas nas comunidades, como por exemplo, o “derrame”, o “apêndice” ou a “malária”.

Com o aumento incomum do número de óbitos nas localidades, a procura pelo sistema de saúde oficial foi uma saída para a explicação do infortúnio, visando à salvação dos que iniciavam os sintomas repentinamente e faleciam. Assim, este sistema realizou o seu

papel de fazer a investigação, iniciar as medidas profiláticas e encaminhar os moradores que apresentassem os sintomas e sinais prodrômicos. Entretanto, o diagnóstico, a etiologia, a forma de transmissão e o tratamento hospitalar, não foram aceitos na íntegra pelos familiares. Eles, os curandeiros e benzedeira tinham outras crenças do processo de adoecer configuradas no local.

“Ela [ACS Augustina] disse raiva né. Deu lá no exame dele, mas ela não trouxe o papel do exame (...). Eles [os Profissionais de Saúde] disseram que foi, mas...” (Dona Alvina).

Um conjunto de sinais e sintomas foi aprendido a partir da experiência do adoecer, sendo memorizado pelos familiares das vítimas. Abaixo, são apresentados as sintomatologias mais recorrentes e os dias no hospital de referência:

“Primeiro apareceu essa tristeza nela...” (Dona Almerinda).

“Ela tinha medo da água, da água do vento, da claridade (...) era aquela febre que não parava (...)” (Dona Paula).

“A doença dela ia matando da perna pra cima, ixi, teve muita criança ai que morreu que queria morder a gente, muito feio mesmo...” (Dona Alva).

“É que apareceu uma dor desse lado [apontou na região do flanco direito] aqui dele, aquilo ficava que parecia um nó na barriga nele, aquela coisa assim corria na barriga.” (Benzedeira Dona Ana).

“Lá no hospital (...) a gente tinha mascarás, a touca (...)” (Dona Amélia).

“Ai, o vírus tava tão forte no corpo que ele começava a cuspir (...) ai o médico dizia pra mim não ter contato com aquela saliva (Dona Almeida).

“Eles [profissionais de saúde] amarraram ele na cama... [a enfermeira disse] ‘Você não vai resistir de agüentar ele’ (...) meu filho morreu muito triste.” (Dona Amélia).

E, enfim, o relato da despedida de um filho a sua mãe:

“Olha mãe eu te disse que... eu nunca ia ti deixar, mas agora eu sei que vou morrer, agora, eu não sei por que é.” (Benzedeira Dona Ana).

A morte é considerada um evento mórbido que, por vezes, é escondido ou é narrado de forma diferente do ocorrido. A morte do outro é sempre terrível, já o do seu ente querido é ocultada, principalmente tratando-se dos eventos de raiva humana que são associados a possessões demoníacas: agressões; necessidades de contenções, ou o “rosnar que

nem um cachorro” (Dona Almeida). Segundo Elisabeth Kubler-Ross: “A morte nunca é possível quando se trata de nós mesmos (...) em si está ligada a uma ação má (...)” (ELISABETH KUBLER-ROSS, 1998, p. 6).

Dona Almira afirmou:

“Meu filho foi sim preso as mãozinhas, os pés, pra eles não se machucarem (...) eles não se quietavam, eles se jogavam (...) mas a situação do [Antônio⁹⁹] era pior: ele gritava e cuspiam pra mãe dele.” (Dona Almira).

O estigma de morrer de um evento associado a uma dimensão maléfica e demoníaca, produz, neste caso, um processo denominado por Goffman (1975) de acobertamento. Segundo Goffman (1975), no acobertamento o estigmatizado sabe do estigma e se esforça para esconder o mal, e dessa maneira ele pretende reduzir a tensão própria e a dos observadores, além de manter a interação social. Então ao morrer de raiva humana, particularmente, do tipo furiosa, o estigma é formado mediante a associação dos sintomas agressivos com possessões demoníacas e, assim, pode tentar acobertar o estigma produzido socialmente omitindo narrativas que lembrem tal associação.

Os grupos sociais dão sentido às mortes dos indivíduos a partir de sua experiência cultural, assim, inserem a morte individual ou coletiva em um sistema classificatório. No Brasil, Rodrigues (2006) enumerou e explicou quatro tipos de morte: “morte morrida”; “morte de velhice”; “morte matada” e “morte violenta”. Dentre estas categorias listadas as vítimas de raiva humana se enquadrariam na “morte matada”, ou seja, aquela que tem uma causa ou um causador. Estas categorias serão apresentadas nos próximos subcapítulos.

Segundo Rodrigues (2006, p. 35), a “morte de um indivíduo é a ocasião em que o grupo, no mais amplo sentido do tempo, produz a sua reprodução, tanto nos planos cultural, simbólicos e ideológicos, como no plano das estruturas socioeconômicas”. Desta maneira, o sentido da reprodução da cultura é a existência da finitude (RODRIGUES, 2006).

⁹⁹ Nome fictício dado a uma vítima do surto.

Os rituais funerários que aconteceram nas localidades afligidas pelo fenômeno epidêmico tiveram diferentes características, as quais estavam baseadas na cultura local, enquanto outras tiveram que sofrer modificações, conforme orientações médicas. Os funerais das vítimas que faleceram com diagnóstico clínico epidemiológico, ou seja, as pessoas cujos óbitos ocorreram no domicílio, acabaram sendo veladas durante o dia na comunidade, recebendo amigos, conhecidos e familiares, os quais podiam se aproximar da vítima e cumprir todo o ritual estabelecido pela cultura local.

Seguindo as orientações médicas os funerais das vítimas que tiveram confirmação laboratorial foram rápidos. Os caixões, por sua vez, chegavam às comunidades, lacrados, a fim de evitar-se a “contaminação” das poucas pessoas, temerosas, mas solidárias, que compareceram nestes rituais. Por vezes, os funerais nem os enterros não aconteceram nas localidades e algumas vítimas foram veladas e enterradas fora do seu local de residência, fato comum quando a causa da morte é uma doença considerada contagiosa.

A queima de objetos dos enfermos que morreram é uma constância na história do combate às doenças consideradas “pegativas”, ou seja, contagiosas. Até os acompanhantes das vítimas de raiva humana tinham que se livrar do mal, que poderia ser encontrado nos seus pertences, segundo o relato de uma familiar: “botaram tudinho no fogo (...) quase queimaram meus documentos, tudinhos, eu quase morro” (Dona Ariana). A necessidade de eliminar objetos do enfermo e do acompanhante advém da crença do contágio através destes.

Uma situação difícil para os familiares foi o momento do funeral dos seus entes. O evento fúnebre faz parte da cultura de um grupo social que tem seu modo de velar e cuidar dos óbitos. A falta de pessoas no evento fúnebre tornou-se uma questão dolorosa aos familiares das vítimas. Familiares, amigos e conhecidos tinham receio de visitar e carregar o caixão dos mortos. Os caixões chegavam lacrados nas comunidades e, para seguir as

orientações médicas, algumas pessoas foram enterradas de lado¹⁰⁰. O que resultava nesta reação de repulsa era a nomeação social da enfermidade: “Ele morreu de doença feia (...) de tá de morcego, que era pegativa”, afirmou Dona Amélia.

Após a morte das vítimas seus familiares, amigos e conhecidos passaram a ter maior zelo com a iluminação da casa que residem. Contudo, as dificuldades econômicas impedem de manter o ambiente de suas casas iluminado enquanto dormem, facilitando a entrada de animais silvestres, particularmente, os morcegos. Alguns familiares passaram a dormir em locais mais fechados a partir da reforma de suas casas, enquanto outros familiares construíram habitações de tijolos.

3.4 “Sustos” e “nervoso” no surto de raiva humana

Nos estudos de Mena (2005), o susto desencadeia um estado de desânimo, tristeza, apatia, desengano, inapetência, medo e mal dormir, sintomas e sentimentos identificados nos familiares das vítimas da raiva humana indicados como “nervosos” ou “assustados”.

A notícia dos óbitos causava reações coletivas desesperadoras. Algumas pessoas foram internadas nos hospitais locais ou encaminhadas para instituições de saúde de referência, se queixando de dormência em membro mordido por morcego. Outros, que já estavam internados, ficavam mais agitados com a chegada dos seus vizinhos e com os prognósticos letais.

“Muita gente ia morrendo de negócio de nervoso” (Dona Vanessa). Aqueles que tinham história de agressão por morcego, principalmente no mesmo dia de uma das vítimas, chegaram a se queixar e até foram encaminhados para o hospital de referência, apresentando os mesmo sintomas dos que evoluíram ao óbito. Como relata a Dona Almerinda: “Ele [o pai]

¹⁰⁰Para chegar às localidades de Augusto Corrêa é percorrida uma estrada sem asfalto a qual durante o surto, período chuvoso, estava com muitos buracos, por isso algumas vítimas chegaram a ser enterradas de lado.

pensava que também que ia morrer deu uma crise nele que ele quase morre mesmo, dá doença da pequena”.

A categoria explicativa para o nervoso ou assustado resulta de um temor súbito, denominado pelas pessoas de “susto”. Ao notar-se numa situação de perigo acreditam que poderão também morrer. Com isso algumas pessoas começaram a desenvolver sintomas prodrômicos da raiva humana. Como o primeiro sinal que alertava os familiares era a tristeza, foi confuso compreender o que suscitava este sentimento, ou seja, se era a doença que assolava sua família e grupo social, ou se era o início de mais um sofrimento.

3.5 Muitos filhos mortos

A falta de planejamento familiar, isto é, deixar ao acaso a decisão do número e o tempo de ter filhos é freqüente entre as pessoas que vivem nas localidades estudadas, como relata Dona Amélia: “Eu pedia sempre pra Deus que eu não fosse operada pela mão do homem e, sim, pela mão de Deus”. Logo, as famílias são grandes, numa composição média de cinco pessoas por casa. As mulheres entrevistadas não fazem uso de anticonceptivos e, em geral, não querem realizar laqueadura.

Outra situação evidente é a mortalidade infantil nestas famílias: todas as mães entrevistadas, um total de treze, tinham história anterior de óbito de um ou mais filhos.

“Ainda tenho saudade da minha filha. Eu gostava da minha filha. Eu sinto falta dela. A gente pode ter um monte de filho, mas a gente sempre gosta da filha da gente (...)” (Dona Alvina).

“[Eu] tinha duas [filhas] que morreu e a outra que é falecida (...) eu fiquei com três [filhos], era cinco.” (Dona Almerinda).

A raiva humana vitimizou várias crianças e adolescentes que estudavam, trabalhavam, ajudavam no trabalho doméstico e namoravam. Dos 39 que faleceram, 58,9 %

eram menores de 20 anos. Alguns pais perderam dois filhos, ou filho e netos, durante o surto epidêmico de 2004 e 2005.

“Quando foi no dia cinco, meu filho entristeceu. O outro, um dos menores, ai já pensou, ai eu pensei: meu Deus tá morrendo as crianças e meu filho vai morrer (...) eu fiquei com três [filhos], era cinco.” (Dona Alvina).

Em Augusto Corrêa, na localidade de Piçareira, as cinco vítimas eram da mesma família da benzedeira. No organograma a seguir, é apresentada uma árvore genealógica das vítimas do infortúnio epidêmico em Portel elaborado pela Secretária Executiva de Saúde Pública do Pará (SESPA). Como pode ser observada a raiva humana acometeu cinco diferentes famílias, as quais residem à margem do rio Acutipereira. Dentre estas famílias, percebe-se que, em apenas uma delas, uma chegaram a falecer sete pessoas, sendo que um dos óbitos foi classificado como caso suspeito descartado, pois em exame sorológico não foi encontrado o vírus rábico.

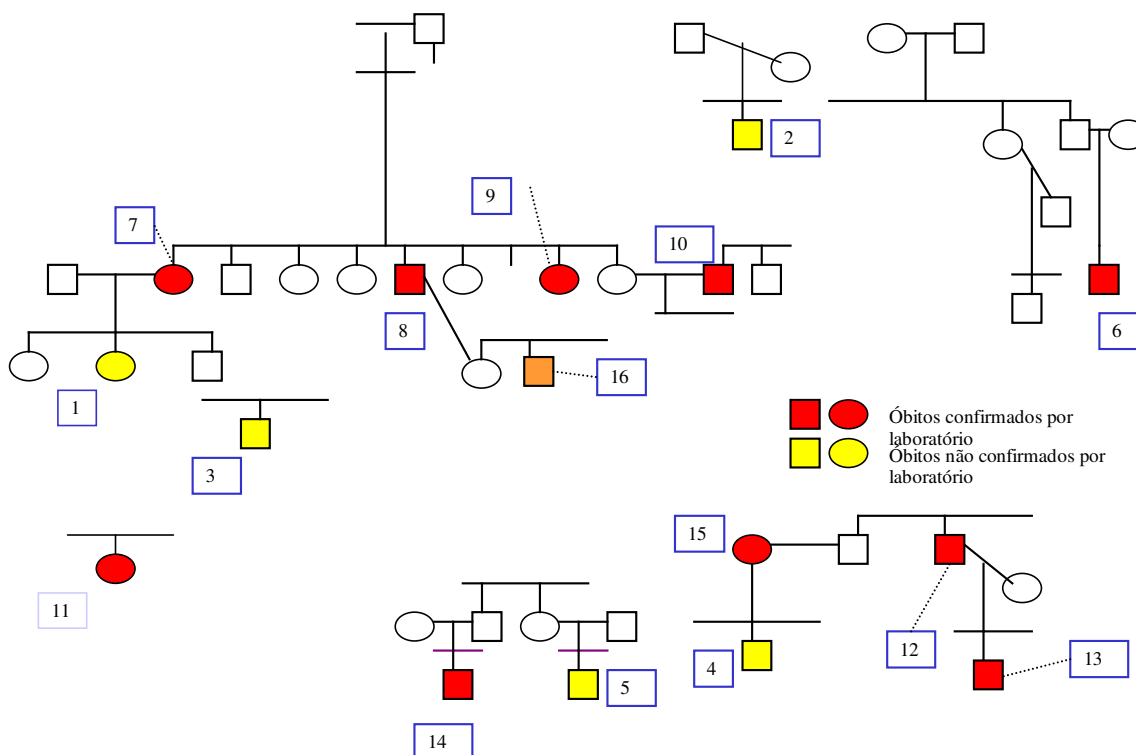


Figura 23 - Árvore genealógica dos casos confirmados e descartados de raiva humana em Portel – PA no ano de 2004 (Fonte: Departamento de Controle de Endemias. Grupos de Trabalho Zoonoses/SESPA, 2006).

Então, a raiva humana no Pará afligiu vários grupos familiares. Com o aumento do número de óbitos a árvore genealógica da morte por raiva foi se constituindo, e mesmo com o grande número de filhos que ainda cercam seus pais, ficaram os sofrimentos provenientes das mortes de um, dois e até três filhos de uma mesma família.

3.6 Concepções causais e formas de morrer de raiva humana

3.6.1 As conexões causais vivenciais: racionalidade etiológica local

As enunciações etiológicas racionais do grupo social devem dar sentido lógico sequencial aos fatos observáveis em práticas sócio-simbólicas do grupo, constituindo um pensamento local sobre a doença e os fenômenos epidêmicos (SINDZINGRE e ZEMPLINI, 1981).

Em locais onde o serviço diagnóstico é difícil e, por ora, impossível de se realizar, as associações de fatos com a vivência são algo essencialmente explicativo às enfermidades que assolam as comunidades rurais. É através das experiências com enfermidades, bem como junto ao meio ambiente que são, comumente, encontradas respostas às explicações causais dos males à saúde.

A necessidade de dar sentido ao mal desconhecido e instalado é suscitada em um momento de ameaça, procurando as supostas causas do perigo para atenuar o mistério. Para tanto, são produzidas, resgatadas ou reelaboradas representações sociais que procuram conferir ao mal algum significado (SINDZINGRE, 1984).

A aprendizagem por associação é uma constância para as populações estudadas as quais une o saber escolar, a mídia televisiva, quando têm acesso, e o saber local. Tais saberes são construídos a partir da explicação social, seja em suas casas ou nas rodas de conversa entre familiares e amigos, resultando em representações sociais das experiências cotidianas.

Designadores locais da saúde e da doença, curandeiros e benzedeira, fortalecem esse aprendizado em relação ao processo de adoecer e morrer nas localidades rurais amazônicas.

Os municípios atingidos pela raiva apresentam uma situação hiperendêmica para a malária, com isso toda a febre é um sinal da possível ocorrência de malária, que se confirma com o exame de fácil acesso para os atingidos nestas localidades.

“Disseram que era coisa de raiva, mas na minha mente eu acho que não, que em vinte e quatro horas que ela faleceu, que eu fui vestir a roupa dela, ela tava tudo manchada, tava quente (...) [ela] morreu de malária preta, porque ela manchou todo o corpo dela (...) A malária preta quando dá mata logo, quando essa doença dá não tem cura, da preta não tem cura, agora dessas outras que chamam têm” (Dona Ariana).

A associação de sintomas e cores já conhecidas pela família resultou na nosologia e etiologia social, construída através de conexões metafóricas. Vejamos a seguir na figura 24 as conexões metafóricas de sintomas às categorias nosológicas: malária e “malária preta” descrita por Dona Amélia. Nota-se uma interseção de sintomas para designar o tipo de malária. A distinção nosológica entre malária e “malária preta” é encontrada quando os sinais, de “manchar o corpo todo” e “sangue aguado”, e “as evidências sem cura e morrer logo” são relatados.

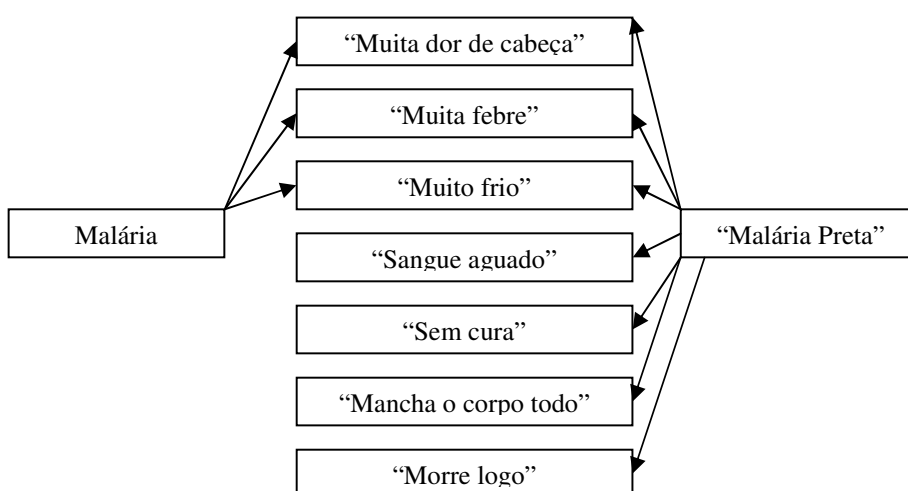


Figura 24 - Conexões sintomatológicas metafóricas para as categorias nosológicas da malária.

Assim, o que designa a nosologia “malária preta” são os sinais das manchas corporais; o “sangue aguado” e a morte do acometido, além dos sintomas da malária já conhecidos pelos grupos. Independente da nosologia, a causa eficaz das enfermidades é a mesma: “Carapanã ferra e vem e ferra numa pessoa, e é assim que se pega”.

Os entrevistados usam metáforas para expressar e fazer-se entender como acontece e quais são as características da malária preta, ou seja, as metáforas são criadas para facilitar o entendimento durante o processo de comunicação, provocando uma reação imaginativa imediata através de associações vivenciadas, que o emissor considera essenciais à compreensão do receptor¹⁰¹. Por exemplo, quando o emissor se refere à “malária preta”, ao “sangue aguado” e ao fato de que o “corpo mancha todo”, é para facilitar a minha compreensão dos aspectos da doença e da explicação dada.

Na localidade de São Bento, os ribeirinhos ao verem morcegos, outros animais silvestres e peixes mortos no rio, após a chegada de uma nova madeireira, concluíram, segundo a entrevistada: “eles achavam que [a morte das pessoas] eram a água envenenada por uma nova madeireira de lá de cima [início do rio]”. Dona Paula, quando indagada por mim sobre a relação causal entre a madeireira e os casos de raiva relatou:

“Eles falaram que parece que foi uma balsa que tinha gastado aquele negócio na água (...) é um negócio de um veneno que envenenam madeira parece foi o que ficou na mente do pessoal” (Dona Paula).

Essa relação causal entre a madeireira e os casos de raiva pode ter sido estabelecida devido à morte de animais e morcegos nas águas do rio Acutipereira, após a passagem desta balsa com produto estranho ao cotidiano dos moradores das margens do rio, assim concluíram que se a água estava envenenada, a mesma pode ter contaminado os morcegos que, por sua vez, contaminaram as pessoas.

“Essa doença [raiva] pairou sobre nós (...) Foi uma coisa que veio pelo ar (...) de uma coisa qualquer que morria perto, que ficava perto da gente. O vento pegava e transmitia pra pessoa (Dona Paula).

¹⁰¹ Conforme Alves e Rabelo, 1995.

Aqui perto morreu um boi, num será que foi isso? (...) conversa com outras pessoa que diz por causa que essa doença que ela era dum bicho (...) foi com um vento, e acho que não foi o morcego como vocês [profissionais de saúde] dizem (...) eles nunca que acreditam que foram do morcego” (Dona Vanessa).

Outra conexão causal estabelecida e relacionada ao meio ambiente foi em relação à contaminação do ar por um animal morto. Alguns familiares das vítimas, nas localidades de Viseu, afirmaram que teria sido a morte de um boi nas proximidades das casas, que desencadeou o mal.

3.6.2 As concepções míticas e encantadas do imaginário

No imaginário está presente um conjunto de imagens que são perpetuadas através da oralidade, algumas relativas às fantasias e mitos, os quais, conforme José Guilherme Fernandes (2003), constituem narrativas presentes em roteiros imaginários contextuais de coletividades. O contexto amazônico é rico em imaginários pluriculturais resultado de trocas e conflitos sociais entre europeus, africanos e indígenas cujas narrativas são alteradas no tempo e no espaço, segundo uma intencionalidade individual e/ou do grupo social (FERNANDES, 2003).

As concepções causais, originárias de mitos e de encantados¹⁰² foram identificadas nas localidades dos surtos de raiva humana. Como causa eficiente, os Morcegos¹⁰³, o Boto, a Mãe do Rio e o Curupira são seres míticos e encantados, capazes de produzir doenças perante atitudes consideradas socialmente desrespeitosas ou da falta de proteção divina.

Os mitos são elaborados e reelaborados segundo um contexto sócio-histórico, sendo importantes para a compreensão da cultura de grupos sociais. A partir da oralidade,

¹⁰² Os encantados são seres que se apresentam de várias formas, geralmente invisíveis, residem no meio ambiente amazônico (mata, rios, igarapés, mangual) manifestando-se por vozes e sinais (MAUES, 1995).

¹⁰³ Maués (2005) constatou que o morcego para alguns povos amazônicos revela-se como a transformação de seres considerados encantados como a Anhangá e a Matintaperera.

histórias míticas e de encantados na Amazônia, expressam significados culturais para o entendimento do processo saúde-doença naquelas localidades.

O personagem mítico “morcego” é considerado, por alguns grupos sociais, como um dos causadores da raiva humana independente do seu hábito alimentar, ou de sua virulência. Segundo Dabezies (1997) o mito é uma narrativa de uma coletividade, sendo um elemento de coesão social. O morcego é vislumbrado, nos surtos, como destruidor da vida, pois se alimenta do símbolo dela: o sangue. Esta visão só é percebida conforme a proximidade e a concepção social do animal numa comunidade (DABEZIES, 1997).

Esses personagens míticos aos olhos das pessoas afligidas apresentam diferenças: os “pequenos” denominados de “morceguinhos” mordiam, mas não são “venenosos”, já “os grandes”, semelhantes ao que estava no cartaz explicativo, revelava o ser “venenoso” e “com cara de sapo, muito feio”. Mesmo em relação aos hematófagos, dependendo das características, segundo algumas pessoas não há necessidade de preocupação, vejamos: [O morcego morde] “mas graças a Deus não acontecia isso [a doença]... sabe lá que esse não vem mandado (...) mandado do inimigo que mandou pra tirar essas pessoas do mundo.” (Dona Alvina). Esta é uma das explicações de alguns familiares da localidade de Augusto Corrêa, que compreendem que apenas um morcego “envenenado” ou “contaminado” mordeu, provocando a adoecimento e a morte a todos.

Então, quando o morcego agressor não se parece com aquele da foto do cartaz explicativo, ou se a mordida que ele deixar na vítima for de pequenas proporções, segundo alguns entrevistados não há motivo para se preocupar e, até mesmo, procurar medidas profiláticas. O morcego, animal em destaque no cartaz explicativo, na perspectiva local é considerado “grande”, enquanto os que mordiam na praia e nas localidades eram “pequenos”, “estes não matam e, se matassem nós estava morto tudinho”, afirmavam os familiares das vítimas em Viseu e Augusto Corrêa.

O imaginário ocidental acerca do morcego está associado à figura do diabo, das bruxas, dos vampiros, ou seja, ao lado obscuro da experiência humana. Portanto, está presente nas crenças populares, principalmente a imagem de que todas as espécies de morcegos possuem hábitos hematófagos em relação aos humanos. Entre os familiares de algumas vítimas, de Viseu e Augusto Corrêa, existe a visão de que apenas um morcego, em uma noite, mordeu todos que foram a óbito e que este tinha sido “mandado do inimigo”.

Com o episódio da raiva, o temor dos morcegos tornou-se mais grave. Na narrativa dos moradores do rio Acutipereira presente nas narrativas de entrevistados e na matéria do Jornal Diário do Pará de 11 de abril de 2005, intitulada “Morcegos levam pânico a Portel”, é possível vislumbrar este medo:

“Tenho medo do morcego, mas eles aparecem todos os dias, sempre depois da meia noite, quando já estamos dormindo. Não tem como evitar. Antes a gente acordava e até os porcos amanheciam cheios de sangue pelo corpo. Hoje, pelo menos por aqui, quase não temos pessoas picadas” (Dona Paula).

Estas narrativas nos remetem ao estudo das representações relativas aos morcegos e à raiva, ora como doença ora como sentimento. A compreensão dos significados do vetor morcego e da palavra raiva pelas pessoas, pode auxiliar na aplicação de medidas profiláticas anti-rábicas a serem adotadas em contextos onde animais e humanos estão expostos ao vírus rábico.

“Todo morcego tem raiva” é uma expressão que relaciona à este mamífero ao ato hematofágico de apenas três das mais de mil espécies de morcegos encontradas somente nas Américas. Assim, estas espécies ao se alimentarem, mordem a vítima, ações que são consideradas raivosas¹⁰⁴. Para os familiares das localidades acometidas com o surto, um morcego era capaz de realizar estratégias para “picar” a quem desejasse. Por exemplo, conforme o relato de uma familiar: “A gente usava lamparina, ele [o morcego] vinha e apagava a lamparina pra poder atacar” (Dona Paula).

¹⁰⁴ Ver em AZEVEDO, F. F. S. Dicionário analógico da língua portuguesa: idéias afins. Brasília: Coordenada/Thesaurus, 1983.

Assim, o morcego parece ser “humanizado”, sendo capaz de realizar estratégias para alcançar seu objetivo, ou seja, retirar o sangue dos que dormem. Os mosquitos, assim como os morcegos, são símbolos de agressividade, posto que procuram obstinadamente violar a tranquilidade de sua vítima e se alimentar de seu sangue. Dessa forma, os narradores estabelecem uma analogia quando afirmam que o morcego “pica”, assim como um mosquito.

Outra categoria etiológica associada aos morcegos, em Augusto Corrêa e Viseu, foi apontada pelos familiares e está relacionada à queimada que ocorreu em uma ilha próxima à localidade de Fernandes Belo. Esta ilha era considerada o habitat dos morcegos, que “vieram e morderam as pessoas daqui”, conta Dona Alva e confirma Sr. Valdomiro. Já em Portel à queimada de uma floresta para pasto foi o dano que resultou na agressão dos morcegos aos humanos. Segundo Maués (1995), a agressão ambiental pode ser considerada motivo para um encantado desencadear ações maléficas castigando os agressores.

O morcego é considerado um vingador que castiga os homens, pois os agride devido aos desmatamentos, queimadas e destruições ambientais. Os morcegos, personagens centrais no processo de adoecimento de raiva, mesmo os hematófagos, desempenham um papel fundamental na cadeia alimentar de florestas e cavernas. O diálogo entre profissionais de saúde e grupos sociais sobre os hábitos alimentares de morcegos pode evitar a extinção destas espécies que são imprescindíveis para manutenção de alguns ciclos ecológicos silvestres.

Em outro momento um líder comunitário falou para o profissional de saúde, Pablo, durante a primeira reunião ocorrida nas margens do rio Acutipereira, o seguinte relato: “o morcego mordeu meu pai, que morreu com 110 anos, agora vocês inventaram doença disso”

¹⁰⁵. Nesse sentido, este líder comunitário desconfia do papel do morcego na transmissão da raiva humana, porém o temor deste animal continua como é relatado por Dona Almeida:

¹⁰⁵Relato transcrito conforme apresentação do autor WADA (2007), disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/SSAUDE/Vigilancia/zoonoses/raiva/raivabrasil.pdf>. Acessado em: dez 2008.

“Que Deus defenda! Se entrar um morcego dentro de casa, os meninos aqui em casa ficam desesperados quando apaga a luz da lamparina.” (Dona Almeida).

Percebe-se que existe uma contradição nas localidades sobre o agente eficaz da raiva. Contudo o que é semelhante entre as mesmas é a necessidade de ficar longe dos morcegos, independente dos seus aspectos morfológicos, grande ou pequeno, e dos seus hábitos alimentares e/ou se transmite ou não a raiva.

Foram narrados por alguns familiares a relação entre os encantados e a raiva humana em Viseu e Augusto Corrêa. Os encantados nesta região são seres perigosos e provocam “doença apanhada”, isto é, doenças que não têm cura ou letais. As ações dos encantados Curupira e Mãe do Rio foram associadas às mortes por raiva humana.

O estudo do antropólogo Raimundo Heraldo Maués retrata o universo dos encantados, os quais são considerados seres humanos que não morreram e foram atraídos para o local de morada dos encantados. Galvão (1955), citado por Maués (1995), constata que a capacidade de encantar humanos, animais e objetos é narrada nas histórias de algumas populações amazônicas. Essas histórias foram concebidas por europeus, indígenas e africanos tendo distinções de uma região para outra. Maués também identificou que na região do Salgado paraense os encantados são seres perigosos e invisíveis, podendo provocar mau-olhado ou flechada de bicho.

Consoante alguns familiares das vítimas, o Curupira¹⁰⁶ pode dar flechadas com contas - na ponta da flecha -, naqueles que entram no rio ou na mata sem pedir permissão. A partir daí, se o transgressor apresenta dor localizada em alguma parte do corpo, acompanhado de febre e fortes dores de cabeça, então, é indicada a categoria nosológica “molhado de bicho”, que só leva a óbito quando o indivíduo “toma o remédio do hospital”, explicam os familiares nas localidades de Viseu e Augusto Corrêa.

¹⁰⁶ O curupira também é encontrado em estudos de Raimundo Maués (1995) na região do Salgado no Pará.

As percepções relativas aos sintomas (febre e fortes dores de cabeça) e à letalidade da doença em estudo, ou seja, o conjunto dos sofrimentos e o mecanismo do adoecer e do morrer indicam as causas socialmente compartilhadas pelos grupos sociais. Considerando que o imaginário é identificado pelos símbolos¹⁰⁷, os conjuntos de sintomas, sentimentos e transgressões ambientais e sociais experienciados pelas pessoas, simbolizaram o processo de adoecer de raiva humana, assim como a figura do morcego, ou seja, trata-se de um conjunto complexo de símbolos vinculados ao mal.

No contexto amazônico o boto é um animal encantado que vira homem, gosta de festas e de seduzir as mulheres (MAUÉS, 1995; OLIVEIRA, 2002), além de ser considerado um “bicho do fundo”, isto é, um encantado aquático que vive no fundo dos rios e que, quando se agrada de uma pessoa, quer levá-la para as profundezas do rio (MAUÉS, 1995). Vejamos na narrativa acerca dos “delírios” no momento da morte de Pompeu¹⁰⁸, às margens do rio Acutipereira, relatada por uma familiar de Portel:

“Ele dizia assim pra gente: ‘o desgraçado do boto, que quer me levar né, pode até me levar, mas tu vai custar’. Que era o boto. É que ele gostava muito de ficar na beira do rio, tava pescando, aí o tio dele falou: ‘eh rapaz para com isso!’” (Dona Paula).

Contudo, o boto quando não se transforma em humano para buscar as pessoas que lhe agradam é um animal importante para as comunidades amazônicas. Para alguns pescadores do rio Acutipereira o boto também é um indicador de que existem muitos peixes num rio, portanto, um elemento da natureza importante para o seu trabalho, um ser sagrado que ajuda na subsistência. Assim, a morte de um boto por alguém de uma comunidade merece um castigo.

Averigüei que as conexões causais estabelecem interpretações coerentes e incoerentes com os paradigmas sociais presentes. São coerentes as conexões de um evento nefasto, como por exemplo: a morte de animais encantados (boto e morcegos) ou não (boi),

¹⁰⁷ Conforme Laplantine e Trindade (1997) as imagens são sempre de natureza perceptiva construídas pelas experiências individuais e coletivas sobre uma situação social.

¹⁰⁸ Nome fictício de uma das vítimas da raiva humana

próximos das residências, com os óbitos individuais ou coletivos ocorridos. Já as interpretações incoerentes encontradas são práticas locais relacionadas aos morcegos, as quais expressam comportamentos de temor a estes animais, independente de suas características morfológicas, alimentares e, por vezes, não o associam à raiva humana.

A doença-punição, denominada por Laplantine (1991) como uma punição necessária provocada por um indivíduo ou por um grupo, está presente na fala do profissional de saúde Pablo, sendo reafirmada por Dona Paula. A teoria teúrgica está presente como base da causalidade das enfermidades porque relacionada à falta de ordem social, isto é, com o desrespeito às prescrições religiosas e sociais locais. Assim, a punição pela morte de um boto é devido à transgressão da ordem social - e à esfera do sagrado -, estabelecida pelos moradores brasileiros das margens da bacia do rio Amazonas.

São aceitos acréscimos de categorias etiológicas nas permanências culturais causais de longa duração e, logo, uma constituição de uma pluricausalidade para um conjunto de sinais e sintomas enunciados. Contudo, as permanências culturais “são mais evidentes do que as pretensas mudanças” (SEVALHO, 1993. p.355). Por exemplo, o temor e a doença enquanto resultados da punição por pensamentos e ações de transgressões ao grupo social, participam da experiência humana resistindo ao tempo e conformando as permanências culturais (SEVALHO, 1993) das concepções no processo de adoecimento.

As representações de saúde e doença persistem numa certa dinâmica de influências recíprocas da órbita cultural subordinada ao espaço onde estas se manifestam. Sevalho (1993) constata em estudos permanências culturais de longa duração no tempo, como participantes das expressões sociais no processo saúde doença (SEVALHO, 1993).

As concepções causais apresentam uma racionalidade contextual que é elaborada e reelaborada pelos atores sociais. Estas podem ganhar maior aderência se enunciadas por curandeiros e benzedadeiras. As causas das doenças, assim como as nosologias, são alteradas

segundo o contexto que surgiram, admitindo uma interpretação causal hipotética (se p então q¹⁰⁹) que emergem das vivências e experiências acumuladas, estabelecendo conexões necessárias e possíveis entre a doença-sintoma e um conjunto de causas contextuais.

As conexões ou relações necessárias constituem as causalidades *a priori*, ou seja, um conjunto de enunciados hipotéticos que são memorizados, entre as categorias nosológicas e os três níveis de causalidade: instrumental, eficaz e última (SINDZINGRE e ZEMPLINI, 1981).

Na tabela 6 são elencadas as categorias nosológicas do fenômeno epidêmico com as respectivas causas enunciadas nas narrativas dos familiares das vítimas, curandeiros, benzedeira e profissionais de saúde. As categorias diagnósticas e sintomatológicas estão relacionadas aos três níveis de causalidade, o que constitui a causalidade *a priori*.

Foram encontrados na pesquisa cinco tipos de nosologias e suas respectivas categorias êmicas, as quais estão distribuídas nos três níveis de causalidades. É observada que uma nosologia pode albergar uma causa ou multicausalidades, às quais são elaboradas conforme os saberes locais e conhecimentos do discurso médico, adicionados durante o período do surto. Por exemplo, a nosologia “da raiva” aprendida pelos familiares das vítimas, durante o fenômeno epidêmico, apresenta múltiplas conexões necessárias para explicar a enfermidade. Esta múltipla causalidade é denominada por Horton (1967, apud Zindzingre, 1994), como “seqüência causal convergente”, quando uma doença e/ou sintoma podem estar relacionados a diversas causas.

¹⁰⁹ A letra “p” representa uma doença ou sintoma e “q” a(s) causa(s) atribuída(s).

Tabela 6: Série de enunciados etiológicos memorizados, ou inventário das categorias êmicas explicativas dos surtos epidêmicos de raiva humana no Pará no biênio 2004 e 2005.

Doenças/ Causalidades	Categorias êmicas		
	Causa (Instrumental) Como aconteceu?	Agente (Eficaz) O que e quem provocou?	Origem (Última) Por que?
Malária Preta	Passa de uma pessoa para outra através do carapanã	Carapanã contaminado	
“Da raiva” “essa doença”	Lavagem de madeira no rio	O veneno da balsa dos novos madeireiros	Água envenenada
	Vento contaminado por animais mortos próximo da casa	Vento contaminado	
Falta de ar, “essa coisa”	O Inimigo ¹¹⁰ envenenou o morcego grande	Morcego grande e venenoso	Mandado do Inimigo
“Da raiva”	Queimada que ocorreu numa Ilha próximo de Fernandes Belo	Morcegos moradores de uma Ilha próximo de Fernandes Belo	Vingança dos morcegos
	Morte de um boto em rede de pesca	Um pescador da comunidade	Castigo divino
	O Boto levou o menino porque se agradou dele	O Boto	Castigo por ficar na beira do rio no final da tarde e à noite pescando
Doença Apanhada	Vacina do posto e medicamentos aplicados no hospital que estimularam doenças pré-existentes (derrame, depressão, doença mental).	Curupira ou a Mãe do Rio	O Curupira ou a Mãe do Rio flechou as pessoas as quais eles queriam levar
Molhado de Bicho	Flechados pela Mãe do Rio ou pelo Curupira	Mãe do Rio ou Curupira	Castigo por ter feito uso do medicamento do hospital e não “o remédio do mato”

Os enunciados etiológicos foram constituídos por elementos dos ecossistemas que cercam os grupos sociais, indicando o causador da doença (as causas eficazes): carapanã contaminado; água envenenada; morcego venenoso; vento contaminado e o boto. Vejamos que, exceto pelos seres encantados, os outros agentes etiológicos apresentam uma característica semelhante: são elementos que estão “contaminados”, logo passíveis de

¹¹⁰ Referindo-se ao demônio.

transmitir doenças. Esta transmissão não é designada aos humanos, apenas aos elementos dos ecossistemas alterados (por exemplo: água envenenada). Então, a causalidade é externa à sociedade e ao indivíduo.

Quanto às causas últimas, nota-se que é seguida a tradição da punição por uma transgressão social. Assim, a morte de um boto; a pesca no final da tarde; o uso da terapia medicamentosa descontextualizada e agressões ao meio ambiente são transgressões inaceitáveis para os grupos sociais em estudo. Essas atribuições causais são associadas aos usos sociais da doença, identificadas por Sindzingre (1984), como maneiras de direcionar um grupo social a um comportamento compatível com as necessidades organizacionais ditadas para aquele grupo, evitando assim, transgressões às regras sociais.

O início de uma categorização êmica dos tipos e formas de morrer acontece quando se indaga a uma coletividade acerca “de que se morreu?”. Os tipos são categorizados a partir das concepções causais do grupo social afligido. Então, as mortes por raiva humana foram elencadas pelos entrevistados como sendo de cinco tipos: “morte por morcego”; “morte de doença feia”; “morte de doença apanhada”; “morte de uma falta de ar” e “morte por malária preta”.

Já as formas de morrer de raiva humana explicitadas são as características sentidas e percebidas pelos familiares. Logo, as formas são encontradas mediante a pergunta: “Como foi a morte do seu familiar?”. Então, segundo as narrativas dos entrevistados, as formas de morrer de raiva significaram para este grupo a imagem de uma morte inesperada, rápida, inexplicável, sofrida e triste.

O conhecimento das desordens fisiológicas coletivas instaladas e a introdução das medidas sanitárias, realizadas pelos profissionais de saúde alteraram a forma de morrer de raiva humana. Antes, as vítimas morreram junto aos seus familiares nas suas casas, quando utilizavam terapias, segundo o conhecimento de curandeiros e da benzedeira. Além das

terapias, as explicações das concepções da morte inesperada e rápida também emergiram conforme os saberes locais.

Contudo, com o início das investigações epidemiológicas e a instituição de medidas profiláticas, o ato de morrer passou a se dar longe do contexto social das vítimas e dos seus familiares. Esta forma de falecer é denominada por Rachel Menezes (2005), como “morte moderna”, ou “morte usurpada”, referindo-se à morte no espaço hospitalar, onde o paciente é expropriado da própria morte.

Menezes também constata que as pessoas que morrem em Unidades de Terapia Intensiva são submetidas aos procedimentos curativos e paliativos instituídos pelo modelo biomédico, e assim fora dos rituais familiares (MENEZES, 2005). Desta maneira, para aqueles que faleceram de raiva humana no ambiente hospitalar, a morte aconteceu como algo cercado por dúvidas sobre as explicações causais provenientes de acusações sobre os cuidados terapêuticos desta instituição de saúde.

Os profissionais de saúde elaboraram folders explicativos considerando os enunciados etiológicos que surgiram durante o período do surto de raiva. Na figura 23 é possível ver um dos folders que foram distribuídos em várias regiões do Pará. Nestes folders são “evidentes” as formas de “ não pegar” raiva humana.

NÃO PEGUE NEM TENTE MATAR OS MORCEGOS. VOCÊ PODE SER MORDIDO

FIQUE ATENTO!

NÃO SE PEGA RAIVA

- PELO AR
- PELA ÁGUA E TERRA.
- PELA PICADA DO MOSQUITO
- PELO APERTO DE MÃO.

SE O MORCEGO LHE PEGAR, NÃO FIQUE COM RAIVA. PROCURE IMEDIATAMENTE A UNIDADE DE SAÚDE MAIS PRÓXIMA DE SUA CASA.

Sistema Unico de Saude
GOVERNO DO PARÁ Governo do Estado do Pará
Secretaria Especial de Estado de Proteção Social
Secretaria Executiva de Estado de Saúde Pública
SESPA

SUS
GOVERNO DO PARÁ
SEEPS
Secretaria Especial de Proteção Social
SESPA

Figura 25 - Imagem de parte do folder que foi impresso e distribuído por profissionais de saúde no Pará a partir dos surtos de raiva humana (2004 e 2005), ocasionados por morcegos infectados (Fonte: Departamento de Controle de Endemias. Grupo de Trabalho Zoonoses/SESPA, 2006).

É interessante a semelhança quanto aos folders explicativos da AIDS e outras doenças contagiosas consideradas incuráveis. Na fabricação destes materiais explicativos é notado por profissionais de saúde que entre as pessoas estas categorias estão presentes, logo tratam de informar a visão da biomedicina para os afligidos. Dessa maneira, a representação etiológica de morrer de raiva humana, para as coletividades afligidas pelos surtos de raiva, é semelhante a tantas outras doenças ditas “contagiosas” e incuráveis, sendo sua explicação no contexto em que surge o infortúnio.

3.7 Relações das causas com o tratamento profilático

3.7.1 A vacina desconhecida: recusa e salvação

O acesso das pessoas da zona rural aos serviços básicos de saúde na Amazônia é difícil devido também à extensão do território amazônico e à dispersão da população em pequenas comunidades. Mesmo quando são disponibilizados os serviços de UBS destas localidades, estes são precários, sendo um número de profissionais de saúde e recursos materiais para assistir os enfermos e realizar a manutenção da saúde poucos. Somente após horas em barcos, canoas, rabetas, bicicletas, motocicletas ou ônibus, é possível chegar à zona urbana onde fica centralizada boa parte dos recursos destinados à assistência em saúde.

Geralmente é encontrado um auxiliar ou um técnico de enfermagem nas UBSs localizadas na zona rural, os quais prestam os primeiros socorros e encaminham os clientes para outros serviços de saúde, a fim de continuar o atendimento. Nas localidades que sofreram com os surtos de raiva, apenas Araí, em Augusto Corrêa, tinha UBS com serviço médico matutino de terça à sexta. Além de médico, havia enfermeira e sala de vacina onde eram feitos os atendimentos nos dias úteis da semana.

A dificuldade de acesso à assistência em saúde na zona urbana é a justificativa para a prática da automedicação, que é freqüente após agressão por morcego. Uma receita local utilizada no trato de uma ferida parece ser o suficiente para evitar qualquer dano à saúde, logo não era procurada ou informada a UBS sobre as ocorrências freqüentes das mordidas dos morcegos.

“Eu comprava remédio e dava pra eles, comprava aquela sulfa, butava, que por aqui ninguém sabia que tinha vacina, né mulher, ai a gente cuidava (...) dava remédio, butava álcool.” (Dona Amélia).

Na narrativa acima, o termo cuidar é compreendido enquanto ato curativo, ou seja, perante um dano corporal são desencadeadas ações para tratá-lo. Nota-se que não existia uma concepção preventiva à raiva humana conectando o sistema de saúde externo ao tradicional,

bem como ao cuidar domiciliar. Essa compreensão do cuidar é visualizada também pela enfermeira Elizabeth Teixeira (2001) quando realiza estudos de populações tradicionais (ribeirinhos). Ela entende o ato de cuidar de maneira dinâmica, porque entrelaçado a um conjunto de saberes e práticas locais em saúde. Assim, a maneira como, porque e a partir de quando cuidar é diferente em cada grupo social.

A vacina do posto e a medicação aplicada no hospital foram consideradas por alguns entrevistados, ora como a salvação ora como a causa ativadora de doenças pré-existentes. Enquanto ativadora, por exemplo, foi interpretado que quem tinha derrame no corpo, doença mental, depressão “a vacina mexia com o sofrimento junto com a doença” (Dona Almerinda) e o sofredor “pegava doença apanhada e morria logo” (Dona Vanessa), explica uma familiar, moradora de Viseu.

Na chegada ao hospital alguns familiares foram avisados pelos conhecidos e vizinhos: “Você vem trazer seu filho pra cá, você trouxe ele vivo, mas ele vai é morto!” (Dona Vanusa). Existia uma comparação entre os vivos e os mortos que voltavam do hospital às localidades de Augusto Corrêa. Segundo Dona Almeida aquele que permaneceu vivo fez os exames laboratoriais, mas não tomou os remédios do hospital e retornou “bonzinho e tá por ai andando (...) comendo farinha”.

A morte inesperada e rápida pode ser chamada de “doença apanhada”, assim a raiva humana foi denominada por alguns familiares de Viseu e de Augusto Corrêa. Esta denominação também é indicada para pessoas que “pegam derrame”, ou seja, acidente vascular cerebral. As pessoas que têm “doença apanhada” não podem, segundo alguns familiares dos municípios supracitados, ingerir remédios do hospital porque morrem se já tiverem uma “doença no corpo” (Dona Vanessa). A terapia indicada é a “do mato” (Dona Vanessa e Dona Alvina).

Quando ocorreu o surto em Portel foi necessário montar uma base de atendimento nas comunidades afligidas. Esta base instalou-se nas comunidades de São Bento às margens do rio Acutipereira, facilitando as estratégias estabelecidas pelos profissionais de saúde. Assim como em Firmiana várias pessoas em Portel desconheciam a enfermidade e as medidas profiláticas.

Já nas localidades de Augusto Corrêa tinham ouvido falar da vacina anti-rábica, mas não sabiam que a mesma existia na UBS e, compreenderam que o surto ocorrido em Firmiana, no município de Viseu, estaria restrito àquela localidade como referiu Dona Ariana: “aí aqui só ouvia dizer que ninguém podia entrar ou sair de lá (...) que levava a alimentação pra essa comunidade (...), a gente achava que isso era de lá, pra lá”. Em Augusto Corrêa, queixaram-se dos profissionais de saúde e, principalmente dos ACS pela falta de aviso da disponibilidade da vacina.

“Eu ouvi falar dessa doença há um ano atrás ali pra Firmiana, mas eu não sabia mesmo como é que era, né (...) a gente só acha que só acontece na casa do vizinho e na casa da gente não acontece (...), mas ninguém nem ai, nos esquecemos [de tomar a vacina] quando foi com um ano apareceu aqui.” (Dona Almeida).

Antes do início das medidas profiláticas durante o surto de raiva humana, os profissionais de saúde reuniram-se com líderes comunitários e com as comunidades do rio Acutipereira para explicar o diagnóstico, a causa do mal instalado e o tratamento profilático a ser realizado, contudo:

“Logo no início teve uma resistência que algumas pessoas queriam vacinar e outras não queriam, mas no final, quando eles viram que começaram a ocorrer óbitos mais, um atrás do outro, ai já procuravam a gente [os profissionais de saúde] pra tomar vacina (...) não teve muita resistência depois que começou os óbitos.” (profissional de saúde Pablo).

“Eles deram umas vacinas prus meninos, mas era quando eles estavam morrendo mesmo (...) quando fizeram não tinha mais jeito.” (Benzedeira Ana).

Para alguns a informação sobre as medidas profiláticas, a disponibilidade da vacina, assim como os óbitos de familiares e conhecidos, não alterou concepções sobre a

eficácia terapêutica da prevenção da raiva. Dessa forma, quando indagados sobre o momento do surto e o atual uso da vacina relataram:

“Teve muita gente que não tomou [vacina]. Eles andava de casa em casa, o pessoal da saúde, tinha gente que se escondia (...). Tinha uns que não queria, tinha gente que tomou pela metade também”. (Dona Paola).

“[Quem] não tomou vacina... gente assim que não acredita nas coisas (...) [disseram] que nasceu pra morrer, eu sei que eu nasci pra morrer, mas se pode prevenir é melhor (...), agora quem não toma é que só vive porre (...) ele [um vizinho] só ia tomar vacina depois da festa da Cultura.” (Dona Antônia).

Durante a pesquisa de campo foram pedidos cartões de vacina para alguns familiares, assim como àquelas pessoas localizadas a partir de fichas de atendimento anti-rábico incompleto. Tanto o cartão de rotina quanto o de atendimento anti-rábico não foram encontrados por várias pessoas, as quais afirmaram que perderam o cartão. Notei que entre os cartões de vacinação de rotina de crianças que foram encontrados por mim, alguns se mostravam incompletos e os pais tiveram inúmeras justificativas, como por exemplo, “pensava que tinha acabado a vacinação dele”.

Os cartões de onze pessoas que iniciaram o tratamento anti-rábico apresentavam registros incompletos do tratamento. As justificativas por não terem terminado o processo de vacinação, foram: por “falta de tempo, tava trabalhando”; “eu esqueci”; “tive que ir pro centro [roça]; “não sabia que precisava tomar mais de uma”; “me disseram que eu tava grávida e não precisava tomar mais”. Assim, percebi que entre as justificativas, havia o fato de que os horários do trabalho dos entrevistados coincidiam com o horário de funcionamento das unidades básicas, dificultando o comparecimento nos dias pré-determinados.

Então, várias foram as justificativas de não-adesão ao tratamento anti-rábico, sendo recorrentes inúmeros tipos de dificuldade de acesso, dentre estes, é destacado os geográficos e os institucionais.

A percepção da vacina enquanto “heroína do evento nefasto” está presente na memória de alguns dos familiares entrevistados. A proteção da morte por raiva humana

devido à adesão às medidas profiláticas, foi relatada pela mãe de uma das vítimas, Dona Almira que afirmava que se “soubesse que mordida de morcego matava a gente (...) logo que ele [seu filho] chegou, eu tinha peitado ele pra ele vacinar”. Neste sentido, a morte foi uma das alavancas, senão a principal, para o estímulo e a realização da vacinação daqueles que desacreditavam na contaminação por mordidas de morcegos hematófagos.

3.7.2 Atribuições causais que interferem na vacinação anti-rábica humana

O abandono do tratamento profilático anti-rábico no interior do Pará é superior ao recomendado pela OMS. No triênio – 1998 a 2000 – foram registrados pelo Ministério da Saúde brasileiro (2003), 27,2% de óbitos de pessoas que realizaram o tratamento profilático inadequado e/ou porque o abandonaram.

As minhas participações na condição de enfermeira (integrante de equipes multiprofissionais) em estratégias de combate à raiva na zona rural do município de Portel, durante o surto, e depois em Viseu, na prevenção de novos surtos, ocorreu a partir de negociações com base na educação em saúde, proposta pelo sistema de saúde biomédico. Dessa forma, as equipes de saúde (particularmente a de enfermagem) mesmo com busca ativa domiciliar de faltosos não conseguiram administrar o tratamento completo anti-rábico em cem por cento dos agredidos por morcegos hematófagos. Chama-nos a atenção que no biênio 2004 e 2005, período de aumento da incidência da raiva humana, a não-adesão ao tratamento proposto foi superior ao preconizado pela OPAS, sugerindo assim que a educação em saúde realizada não surtiu o efeito desejado.

Ao falar sobre adesão terapêutica proponho um encontro entre o sistema de saúde, neste caso o biomédico e o cliente deste sistema. Neste encontro, percebe-se que as

concepções sociais sobre o processo de adoecimento e de tratamento de uma enfermidade, vêm à tona auxiliando na escolha terapêutica a seguir.

Anterior aos surtos, a concepção para alguns dos entrevistados sobre prevenção de raiva humana era inespecífica: ao ser mordido por um animal o tratamento da ferida era, por muitas vezes, o único recurso terapêutico dos afligidos. É perceptível na fala de familiares o desconhecimento, por alguns, da existência da vacina anti-rábica humana ou, que a mesma, estava disponível nas UBS. Portanto, o encontro do sistema de saúde com o cliente ocorria em detrimento de outros agravos à saúde e, somente perante o surto e suas conseqüências, é que a prevenção contra a raiva aconteceu.

Segundo Buchillet (1991), a aceitação do tratamento profilático não implica na compreensão das teorias científicas biomédicas nem no abandono de práticas terapêuticas tradicionais. Este pressuposto também é descrito e analisado por Sindzingre e Zemleni (1981) e Mena (2005) em diferentes grupos sociais, em que o resultado esperado é a cura. Portanto, a divulgação da experiência de cura é imperativa no processo de adesão a um sistema de saúde. Assim, aquele profissional de saúde versado, conforme o modelo biomédico ou tradicional, que for capaz de curar a enfermidade pode ganhar o mérito de ser procurado perante uma desordem fisiológica.

O mérito ao sistema de saúde não se dá apenas pelo resultado benéfico esperado de todo tratamento em saúde. O enfermo e seus familiares quando não concordam com uma explicação etiológica e/ou prescrição de um sistema de saúde procuram outro sistema, mas nem sempre abandonam o tratamento proposto por outro. Isto fica claro no relato de familiares das vítimas, moradores de Augusto Corrêa, que trocaram de sistema, quando discordaram da nosologia dada ou o tratamento prescrito.

Dessa maneira, a explicação de uma enfermidade pode sofrer alterações sociais perante um tratamento instituído que resulte em cura. Exemplificando: a categoria enunciada

“doença apanhada” pelos familiares deve ser tratada com “o remédio do mato senão morre”, assim, como o tratamento foi “do hospital”, ocorreram os óbitos. Tal questão indica a importância terapêutica com resultados positivos independente dos enunciados etiológicos e nosológicos.

Outra razão também relatada anteriormente para a adesão a um sistema de saúde é o acesso geográfico e institucional daqueles que precisam de tratamento: quanto melhor e mais fácil o acesso maior é a adesão. Mas, porque será que quando o tratamento anti-rábico encontra-se disponível, mesmo a nível domiciliar durante as buscas ativas, existem pessoas que não aderem ao tratamento, ou não o fazem de maneira completa? Torna-se necessário compreender melhor outras associações que levaram as pessoas a não-adesão do tratamento profilático anti-rábico. Portanto, tento mostrar tais associações a partir de algumas concepções causais atribuídas aos fenômenos epidêmicos de raiva apresentadas a seguir.

A distinção social dos morcegos é um dos fatores que interferem na não-adesão ao tratamento profilático anti-rábico. Para algumas pessoas das localidades estudadas existem “os morceguinhos”, os quais “não são contaminados”, e logo, se ocorre a agressão por estes “morceguinhos”, a vacina é considerada desnecessária. Esta representação nasce com a experiência anterior com agressões por morcegos, visto que segundo Dona Alvina: “se tivesse que matar eu já tinha morrido”.

Antes do surto epidêmico de Augusto Corrêa uma familiar, Dona Antônia, me relatou que uma ACS “passou nas casas perguntando se tinha alguém mordido de morcego, aí eu falei que não”. No decorrer do relato, no entanto, ela falou que tinha sido mordida, mas tinha sido por “morceguinhos” diferentes daquele do cartaz. Segundo a compreensão das pessoas afligidas, os morcegos grandes são espécies que podem ser responsáveis pelos óbitos ocorridos, sendo estes “envenenados ou não”.

Outras pessoas oriundas dos três municípios, no total de onze, que foram procuradas para relatar os motivos do abandono ao tratamento anti-rábico, não associaram estes motivos a sua concepção causal. As razões para o abandono mais frequentes eram a falta da vacina na UBS próxima da sua localidade. Segundo os profissionais de saúde entrevistados a vacina não falta sempre, mas a quantidade enviada pelas Regionais de Proteção Social do estado do Pará não é insuficiente para atender a demanda possivelmente exposta ao vírus anti-rábico.

A profissional de saúde de Augusto Corrêa, Dona Aldemira, afirma que quando identificam uma pessoa que tem indicação para o tratamento e este não quer realizá-lo, é preenchida a ficha de atendimento anti-rábico, sendo solicitado que a pessoa assine-a, negando a realização da medida profilática. Desta forma os profissionais de saúde se isentam da negligência de não realizar a identificação e realização de um tratamento anti-rábico aos expostos ao vírus rábico.

As pessoas estabelecem culturalmente as necessidades individuais e coletivas à manutenção da vida e a redução dos sofrimentos, conforme as adversidades que se lhe apresentam. Para tanto, atribuem significados as suas experiências frente às alterações que se dão no mundo vivido. No caso em análise, refere-se à construção causal do processo epidêmico e às demandas que dão racionalidade interpretativa local a esta construção.

Além da interferência por esta concepção causal também é possível compreender que os sentidos do termo raiva podem interferir na disposição à realização do tratamento em questão a partir dos relatos de experiências do Sr. Pedro e minha, as quais descrevo abaixo:

Certa vez, durante o surto, o Sr. Pedro, um profissional de saúde, relatou-me um episódio na Unidade de Saúde da Família Bosque em que uma senhora, Dona Pedrita, chegou e pediu: “Vim aqui tomar vacina contra raiva”. Prontamente, o Sr. Pedro iniciou o preenchimento da ficha de atendimento anti-rábico. Tal foi sua surpresa, quando a senhora complementou: “Lá em casa eu passo muita raiva com meus filhos!”.

Em outro momento, durante uma ação de vacinação que ocorreu junto à população moradora nas proximidades de um afluente do rio Anapú, promovida pelo Estado em consonância com as equipes da Regional de Proteção Social do estado do Pará e Municipal em Portel, solicitei que uma adolescente, Priscila, aguardasse um pouco para iniciar a sorovacinação contra raiva, visto que a vacina tinha terminado. Foi quando ela disse: “Não precisa não. Eu não tenho raiva”. Logo percebi que não estava sendo compreendida, visto que para Priscila o termo raiva não significava uma doença letal e prevenível, e sim, mais uma vez um sentimento que ela referiu não apresentar por ninguém.

A palavra “raiva” apresenta diferentes conotações semânticas, como fica claro na fala de Dona Pedrita e de Priscila perante o tratamento que lhes foi disponibilizado. John Lyons (1987, apud BONIATTI e BIDARRA, 2005), afirma que um termo utilizado por determinados emissores pode não ter o mesmo significado para todos os receptores, já que o conhecimento individual e social de mundo tende a interferir na interpretação dos enunciados (BONIATTI e BIDARRA, 2005). A palavra raiva remete a diferentes significados: um sentimento, uma doença, um biscoito nortista, assim como inquietação, aversão, desejo veemente e prurido gengival de crianças, aglutinando assim, diversos significados que solicitam um contexto para seu entendimento (HOUAISS e VILAR, 2001).

Tanto na primeira narrativa quanto na segunda, a palavra raiva, elemento dêitico variável, é gramaticalmente um substantivo comum, a qual é significada enquanto um sentimento, interferindo na concepção da necessidade de tratamento visto que se disponibilizam ou não, a tratar-se mediante a presença do sentimento de raiva. Neste contexto, a investigação dos sentidos das palavras deve constituir um dos procedimentos realizados por profissionais de saúde na abordagem profilática da raiva, evitando indicações errôneas dos tratamentos.

Aos olhos dos profissionais de saúde a não-adesão ao tratamento terapêutico anti-rábico é uma situação de risco¹¹¹ individual e coletivo à raiva humana. Contudo, essa mesma visão não é contemplada pelos agredidos por morcegos hematófagos.

A decisão de se expor a um risco, não realizando o tratamento profilático, e assim podendo contrair e desenvolver raiva humana, é construída a partir de experiências vivenciadas, as quais nem sempre são alteradas perante a divulgação de informações em saúde. Então, o problema se agrava para a saúde coletiva quando esta decisão individual passa a ser um perigo social. As antropólogas Maria Luísa Garnelo e Esther Jean Langdon (2005) chamam a atenção para a necessidade de relativizar o conceito de risco e de causalidade considerando as concepções dos assistidos em serviços de saúde. O médico sanitарista José Ricardo Ayres (1997) propõe que o enfoque de risco constitui eixo norteador para a busca de paradigmas já que é um conceito subjetivo. Dessa forma é importante incorporar os conhecimentos sobre as denominações de risco na elaboração e reelaboração de Políticas Nacionais de Saúde.

As antropólogas supracitadas também atentam para a ineficiência da veiculação de informações em saúde por profissionais da área, afirmando que os profissionais de saúde pressupõem que a partir dos seus domínios sobre as Ciências Médicas podem garantir “a mudança de comportamentos da população alvo”, esquecendo assim, “comportamentos sanitários específicos” de cada grupo social (GARNELO e LANGDON, 2005. p. 141).

Alguns antropólogos que estudam a doença¹¹² consideram a adesão ao tratamento biomédico “um pressuposto etnocêntrico implícito” (BUCHILLET 1991.p. 33), no qual a sociedade tem que aceitar a superioridade técnica médico-sanitarista no diagnóstico e no

¹¹¹ Neste estudo utilizo a compreensão de risco, segundo Niklas Luhmann (1990, apud BRUSEKE, 2007) o qual afirma que o risco surge quando o indivíduo conhece as conseqüências dos seus atos e procede na consciência, tanto do possível sucesso da sua decisão como de possíveis danos. Como proposto por Bruseke (2007) é a conseqüência de uma resolução individual e/ou coletiva.

¹¹² Ver Sindzingre e Zempeni (1981), Sindzingre (1984), Buchillet (1991) e Zempeni, A (2005).

tratamento. Assim é necessária uma reflexão: O que profissionais de saúde, curandeiros, benzedoras e familiares podem fazer perante a exposição ao vírus rábico?

Na tabela 7 é apresentado um resumo de algumas concepções dos sistemas de saúde biomédico e tradicional sobre o adoecer e morrer de raiva humana:

Tabela 7 – Diferenças das concepções sobre o processo de adoecer e morrer de raiva humana no Pará em 2004 e 2005 para os sistemas de saúde tradicional e biomédico.

	Sistemas Terapêuticos	
	Sistema Tradicional	Sistema Biomédico
Prevenção	Inespecífica	Vacinação anti-rábica humana completa
Itinerário terapêutico	Permitido a procura de outros sistemas de saúde a fim de alcançar a cura	Não admite a procura de outros sistemas terapêuticos
Nosologias	Catalogadas várias nosologias, segundo a associação com enfermidades já experienciadas	Única: Raiva humana
Causalidades	Multicausalidade contextual	Multicausalidade científica
Compreensão sobre a letalidade	Modifica segundo a experiência com a enfermidade	Quase cem por cento letal
Risco de ser infectado (“contaminado”)	Desconhecido ou relacionado a mordida de cão raivoso	Desconsidera aspectos culturais
Interferência no tratamento profilático	Desconhecimento sobre a existência da vacina	A desobediência dos expostos ao vírus rábico
Rituais funerários	Existência do contato do morto com os familiares e conhecidos	O caixão deve continuar lacrado para evitar a infecção dos presentes durante o ritual
Formas de morrer	Diversas segundo as concepções locais	Insuficiência respiratória Parada cardiorrespiatória

As concepções de cada sistema são constituídas de maneiras diferentes. O sistema tradicional elabora e reelabora as concepções segundo as experiências vivenciadas, enquanto o sistema biomédico constitui o conhecimento sobre a raiva a partir das dimensões anatomo-fisiológicas. Existem diferentes sentidos perante a enfermidade os quais são construídos por práticas discursivas, que Spink (1995) afirma ser sustentadas pelos processos locais de negociação dos sentidos, sejam eles consensos ou disputas, em suas práticas cotidianas. Então, as pessoas quando não aderem ao tratamento não podem ser consideradas

desobedientes, como alguns profissionais de saúde se referem a elas. Como os profissionais de saúde do sistema biomédico não compartilham os mesmos sentidos que as pessoas expostas ao vírus rábico, os curandeiros e a benzedeira, o processo de adesão pode sofrer diversas interferências segundo as concepções baseadas nos sentidos contextuais.

O conhecimento das concepções de saúde e doença e das práticas dos sistemas de saúde tradicionais oferece subsídios para melhorar os paradigmas sanitários, evitando assim, atritos entre os sistemas terapêuticos e auxiliando na compreensão dos processos de adoecimento local. A negociação e a comunicação entre profissionais de saúde, curandeiros, benzedeiras e as coletividades ao serem pautadas nesta compreensão, impedem sofrimentos e perdas de vidas, aceitando assim, a pluralidade dos sentidos sociais sobre a saúde, o adoecer e o morrer. Nesse sentido a busca da manutenção da vida individual e coletiva saudável na concepção de um grupo social deve ser inserida em planejamentos de ações do Programa Nacional de Profilaxia da Raiva.

Os surtos refletiram significados do sofrimento perante o adoecer e o morrer de raiva humana. As representações sociais apresentadas, neste estudo, contribuem para a explicação empírica do evento mórbido, e assim, são verificadas as diversas maneiras de pensar e agir durante os fenômenos epidêmicos. Os grupos sociais afligidos compreenderam e narraram as suas interpretações acerca dos eventos relacionados à epidemia de raiva humana, de forma contextual e plural, unindo as explicações sobre o processo de adoecer e morrer relacionado ao mal, segundo as informações do sistema tradicional e biomédico disseminadas durante os surtos. Assim, a situação de intermedicalidade surge a partir do diálogo dos sistemas explicativos da desordem biofísica perante os surtos, propondo uma reflexão ao Programa Nacional de Profilaxia da Raiva sobre a aplicação contextual de medidas profiláticas contra a raiva humana.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste momento final retomo algumas considerações sobre os aspectos epidêmicos, biológicos, econômicos e sócio-culturais da raiva humana. Além dessas também sintetizo as representações sobre o processo de adoecer e morrer durante um fenômeno epidêmico, bem como as interferências das concepções causais na adesão ao tratamento profilático.

Desta forma, a raiva humana é uma antropozoonose endêmica nas Américas que surge com características de epidemias: temporária, provisória e inesperada. É transmitida por um vetor, no caso, um mamífero infectado pelo agente etiológico *Rhabdovirus lyssavirus*, sendo inoculado através da saliva a seres humanos. Nos últimos anos ocorreu uma alta incidência de raiva humana, tendo o morcego como vetor, fato que vem criando novas representações sobre a doença. Ademais, a antropozoonose em questão, é uma enfermidade aguda com elevada taxa de letalidade que afligiu grupos sociais em algumas localidades da zona rural do Pará.

O presente estudo não se ateve a realizar uma pesquisa apenas de cunho epidemiológico, biológico, mas tratou de investigar o adoecer e o morrer coletivo de maneira subjetiva de coletividades rurais, residentes em pequenas localidades do estado do Pará no período de 2004 e 2005, onde a raiva vitimou 39 pessoas. O sofrimento coletivo ocorreu em três cidades do Pará – Portel, Viseu e Augusto Corrêa – afligindo trabalhadores rurais, pescadores e marisqueiros, suscitando assim, significados sociais relacionados ao fenômeno epidêmico.

Assim, procurei conhecer as concepções do processo de adoecer e morrer de raiva humana a partir de interpretações das narrativas de famílias das vítimas, de curandeiros, benzedeira e profissionais de saúde. Desta forma, foi possível verificar que os infortúnios não ficaram sem explicações coletivas locais e que o acesso aos serviços de saúde, não um é fator

determinante na crença explicativa do processo saúde/doença e morte entre os diferentes grupos sociais pesquisados.

As epidemias de algumas doenças infecto-contagiosas possuem aspectos semelhantes, as quais denominei de fases de fenômenos epidêmicos. A partir de uma incursão bibliográfica e na pesquisa de campo identifiquei e agrupei estes aspectos que constituíram cinco fases. Estas fases, que podem ocorrer de forma simultânea e eventual, são delineadas pelas coletividades ao perceber a presença da fase quantitativa que, a partir daí, procura uma reorganização coletiva para a manutenção da vida e redução dos sofrimentos. A maneira desta reorganização é relativa e depende do pensar e do agir da coletividade perante o fenômeno, que ganha significados conforme a cultura do grupo.

Partindo do princípio que o conhecimento da causalidade *a priori* pode fazer parte do processo de adesão de tratamento profilático, enfatizei a compreensão destas causas baseadas nas reflexões teóricas consoante aos antropólogos François Laplantine (1991), Nadia Sindzingre e Andras Zempleni (1981). As narrativas sobre o processo saúde e doença foram expressas e interpretadas a partir dos pressupostos relacionados à antropologia da doença, apoiados na antropóloga Dominique Buchillet (1991).

Segundo pesquisa bibliográfica sobre as causas das epidemias foi possível verificar que sofreram inúmeras alterações que acometeram os humanos no decorrer da História. Estas alterações não ocorreram na mesma ordem cronológica nem excluindo crenças anteriores, mas admitindo uma pluralidade etiológica que é constituída pelas experiências vivenciadas com as enfermidades.

De maneira semelhante a pesquisa bibliográfica, os surtos de raiva humana ocorridos no Pará admitiram uma multicausalidade para as epidemias em questão, que receberam diversas interpretações. A construção causal do processo epidêmico da raiva humana no estado do Pará foi estabelecida a partir do itinerário terapêutico realizado por

familiares perante o fenômeno epidêmico e também foi pautada nas experiências com enfermidades anteriores nas associações com eventos nefastos ocorridos nas comunidades e na ruptura com as regras sócio-culturais.

Ademais, percebi que as características sobre a letalidade; o risco da infecção rábica; a interferência no tratamento; as formas de morrer e os rituais funerários são diferentes nas práticas discursivas dos sistemas biomédico e tradicional. Tais diferenças provocam conflitos de sentidos que pode resultar na não-adesão a terapia profilática proposta.

Perante a minha compreensão dos enunciados etiológicos verifico a existência de interferências ao tratamento profilático anti-rábico proposto. Além dos conflitos de sentido, as dificuldades de acesso geográfico e institucional; as características sociais do morcego (morceguinho e morcego grande) e a semântica do termo raiva também contribuíram para a não-adesão ao tratamento profilático anti-rábico.

Numa perspectiva que se aproxima do olhar antropológico foi possível conhecer aspectos significativos da enfermidade e da morte que emergiram da experiência com o processo de adoecimento de raiva humana entre os grupos sociais afligidos. A partir deste olhar procurei me aproximar de caracteres culturais destes grupos, a fim de compreender a dimensão do processo de adoecer e morrer durante os fenômenos epidêmicos experienciados e, desta forma, procuro fornecer alguns subsídios para a organização de paradigmas que possam embasar a formação e atuação de profissionais de saúde de maneira sensível aos aspectos culturais à grupos sociais expostos ao vírus rábico, evitando sofrimentos ocasionados por doenças transmissíveis e preveníveis, particularmente a raiva humana. Dessa maneira, partindo de uma negociação com os sistemas de saúde tradicional e biomédico, sugiro uma adequação das Políticas Nacionais de Saúde aos conhecimentos aqui apresentados.

Por fim indico a possibilidade de investigações futuras sobre raiva humana tendo um suporte interdisciplinar que contemple além das ciências epidemiológicas e biológicas, as

ciências sociais. Para tanto é importante uma triangulação de métodos de pesquisa, albergando assim, vários olhares e saberes em relação a esta enfermidade. Dessa maneira haverá outras formas de conhecer e compreender o processo de adoecer e morrer de raiva humana durante um surto epidêmico.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ALMEIDA FILHO, N. *Transdisciplinaridade e saúde coletiva*. Ciência e saúde coletiva. Vol. II. N° ½, 1997.

ALMEIDA FILHO, N e COUTINHO, D. *Causalidade, contingência, complexidade: o futuro do conceito e risco*. In: PHYSIS: Revista Saúde Coletiva 17(1). Rio de Janeiro, 2007. p. 95-137.

ALMEIDA, L. M. A. ERIGOLIN, T. B. *Geografia*. 2 ed. Série Novo ensino médio. São Paulo: Editora Ática, 2005.

ALVES, P. C. *A experiência da enfermidade: considerações teóricas*. Caderno de Saúde Pública, 1993. p. 263-271.

ALVES, P. C. B. & RABELO, M. C. M. *Significações e metáforas na experiência da enfermidade*. In: RABELO M.C, ALVES P. C, SOUZA I. M (Org.). *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. p. 171-185.

ALVES, P. C. B. & MINAYO, M. C. S. *Saúde e doença. Um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

AMARAL, A. S. *Vamos à vacina? Doenças, saúde e práticas médico-sanitárias em Belém (1904 a 1911)*. Dissertação (Mestrado em História Social da Amazônia) – Universidade Federal do Pará, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em História Social da Amazônia, Belém, 2006 (mineo).

AZEVEDO, F. F. S. *Dicionário analógico da língua portuguesa: idéias afins*. Brasília: Coordenada/Thesaurus, 1983.

BAER, G.M. *The natural history of rabies*. Boca Raton, CRC Press, 1991.

BARATA, R. C. B. *A historicidade do conceito de causa*. In: Barata, R. C. B. et al. *Textos de apoio: epidemiologia 1*. Rio de Janeiro: ENSP/ABRASCO, 1985. p. 13-27.

_____. *Epidemias*. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública 3(1) jan/fev, 1987. p. 9-15.

BARBOSA, L. M. M. *Glossário de epidemiologia e saúde*. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e saúde*. 5° ed. Rio de Janeiro: Editora Medsi, 1999. p: 523-557.

BARBOSA, M. A. et al. *Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva*. Revista eletrônica de enfermagem, vol. 06, n 01, 2004. p. 09-15.

BARTH, F. *Grupos étnicos e suas fronteiras*. In: POUTIGNAT, P. e STREIFF-FENART, J. Teorias da Etnicidade. Tradução de Elcio Fernandes. São Paulo: Fundação editora da UNESP, 1998 p. 185-229.

BAUER, M. W. ; JOVCHELOVITCH, S. *Entrevista Narrativa*. In: BAUER, Martin W; GASKELL, George (Ed.). *Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som Um Manual Prático*. Petrópolis: Editora Vozes, 2004. p.90-113.

BELTRÃO, J. F. *Cólera, o flagelo da Belém do Grão-Pará*. EDUFPA/MPEG. Coleção Eduardo Galvão. Belém: Editora Universitária UFPA, 2004.

_____. *Cólera e gentes de cores ou o acesso aos socorros públicos no século XIX*. PHYSIS, Revista de Saúde Coletiva. Vol. 14. N° 2, 2004. p. 257-282.

BEZERRA, P. M. *Anthropological study of rabies outbreak in the city of Portel (PA/Amazônia/Brazil): Conceptions and representation of the illness for the family of the victims*. In: REUNIÓN INTERNACIONAL DE RABIA EN LAS AMÉRICAS XVII, 2006, Brasília - DF. Anais: Reunião Internacional de Raiva nas Américas... Brasília – DF, 2006. p. 51.

BÓGUS E NOGUEIRA-MARTINS, *Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde*. Saúde e Sociedade v.13, n.3, set-dez, 2004. p.44-57.

BONIATTI, E. & BIDARRA, Jorge. (2005). *O destino das palavras: a ambigüidade lexical na interpretação de texto*. Ciências & Cognição; Ano 02, Vol.06, nov/2005. Disponível em <http://www.cienciasecognicao.org/>. Acesso em: 30 de jul. 2006.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Normas Técnicas de tratamento profilático anti-rábico humano*. Brasília, 2003

_____. 2004. *Boletim epidemiológico de raiva humana transmitida por morcegos no município de Portel/PA*. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/boletim_eletronico_06_ano04.pdf#search=%22Boletim%20epidemiol%C3%B3gico%20de%20raiva%20humana%20transmitida%20por%20morcegos%20no%20munic%C3%ADpio%20de%20Portel%2FPA%22. Acesso: 01 de dezembro de 2005.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Guia de vigilância epidemiológica*. 6. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005. p. 4

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Guia de vigilância epidemiológica*. 6. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005. p. 603-632.

_____. 2005. *Raiva humana transmitida por morcego no estado do Pará e Maranhão*. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nota_raiva.pdf#search=%22Raiva%20humana%20transmitida%20por%20morcego%20no%20estado%20do%20Par%C3%A1%20e%20Maranh%C3%A3o%22

[20transmitida%20por%20morcego%20no%20estado%20do%20Par%C3%A1%20e%20Maranh%C3%A3o%22>](#). Acesso: 01 de dezembro de 2005.

_____. 2006. *Raiva humana: Distribuição de casos confirmados, por Unidade Federada. Brasil, 1980 – 2005.* Disponível em:<
[BREDDT, et. al. *Morcegos em áreas urbanas e rurais: manual de manejo e controle.* Brasília: Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 1996. p: 30-36; 71-94.](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/raiva_2006.pdf#search=%22RAIVA%20HUMAN%A%20%20Distribui%C3%A7%C3%A3o%20de%20casos%20confirmados%2C%22>.
Acesso: 01 de fev. de 2007.</p>
</div>
<div data-bbox=)

BUCHILLET, D. *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia.* Belém-PA: Ed. CEJUP, 1991.

BRUNNER S. C. S. e SUDDARTH B. G. B. *Educação/ orientação à saúde aos pacientes.* In: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Ed 7^a. Vol. 1. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 1994. p. 37-44.

BRUSEKE, F. J. *Risco e contigência.* Rio de Janeiro: Revista Brasileira de Ciências Sociais vol. 22, nº 63, 2007. p.69-80.

CABRAL, J. D. e LORENÇO, N. *Dinâmicas da etnicidade de Macaenses.* In: Em terra de tufões. Coleção documentos e ensaios nº. 6. Macau: Instituto Cultural de Macau, 1993. p. 41-51.

CAIRUS, H. F. *Ares, Águas e Lugares.* In: CAIRUS, H. F.; RIBEIRO JR, W. A. Textos Hipocráticos: O doente, o médico e a doença. Coleção História e Saúde: Clássicos e Fontes. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p.131-146.

CAMARGO JR, Kenneth Rochel de. *A Biomedicina.* Rio de Janeiro: Physis: Revista Saúde Coletiva, 15 (suplemento), 2005 p. 177-201.

CAMPOS, M. V. *O conceito de prevenção no discurso da Organização Pan Americana da saúde.* Dissertação de Mestrado apresentada à Pos-Graduação da Faculdade de Ciências Médica da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Campinas, SP: 2002 (mineo).

CASTRO, E. *Território, biodiversidade e saberes de populações tradicionais.* In: CASTRO, E. ; PINTON, F. (org.) Faces do trópico úmido: conceitos e questões sobre desenvolvimento e meio ambiente. Ed. Cejup: UFPA NAEA, 1997. p.221-242.

CHEVALIER, J & GHEERBRANT A. *Dicionário de Símbolos: Mitos, sonhos, costumes, gestos, formas, figuras, cores, números.* 9^a ed. Rio de Janeiro: Editora José Olympio, 1995.

CHIN, J. *Raiva.* In: CHIN, J. e colaboradores. Manual de controle das doenças transmissíveis. Porto Alegre: Editora Artmed, 2002. p.397-404.

COSTA, W. A. *Raiva*. In: FARHAT, et al. *Infectologia pediátrica*. 2ª edição. São Paulo: Editora Atheneu, 1998. p. 460-473.

CZERESNIA, D. *Do contágio à transmissão: uma mudança na estrutura perspectiva de apreensão da epidemia*. Rio de Janeiro: História, ciência e saúde. Vol.IV (1) mar/jun, 1997. p.75-94.

DABEZIES, A. *Mitos Primitivos a Mitos Literários*. In: BRUNEL, P. (Org.). *Dicionário de Mitos Literários*. Editora José Olympio, 1997. p.730-743.

DESLANDES, S. F. & GOMES, R. *A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas técnicas*. In: BOSI, M. L. M. ; MERCADO, F. (orgs). *A pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Ed. Vozes, 2004. p. 99-120.

DIEGUES, A. C. *Populações tradicionais em unidades de conservação*. In: VIERA, P. F.; MAIMON, D (org.). *As ciências sociais e a questão ambiental; rumo à interdisciplinaridade*. Belém: UFPA; Rio de Janeiro: APED, 1993.

DINIZ, A. S. *A iconografia do medo: Imagem, imaginário e memória da cólera no século XIX*. In: KOURY, M. G. P. (org). *Imagem e memória: ensaios em Antropologia visual*. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2001. p. 113-150.

DIVISÃO DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE ENFERMIDADES. *Boletins: Vigilância Epidemiológica de la Rabia em las Américas*. Vol. XXXII. Rio de Janeiro: Ed. Centro Pan-americano de Febre Aftosa, 2000.

_____. *Boletins: Vigilância Epidemiológica de la Rabia em las Américas*. Vol. XXXII. Rio de Janeiro: Ed. Centro Pan-americano de Febre Aftosa, 2000.

_____. *Boletins: Vigilância Epidemiológica de la Rabia em las Américas*. Vol. XXXIII. Rio de Janeiro: Ed. Centro Pan-americano de Febre Aftosa, 2001.

_____. *Boletins: Vigilância Epidemiológica de la Rabia em las Américas*. Vol. XXXIV. Rio de Janeiro: Ed. Centro Pan-americano de Febre Aftosa, 2002.

_____. *Boletins: Vigilância Epidemiológica de la Rabia em las Américas*. Vol. XXXV. Rio de Janeiro: Ed. Centro Pan-americano de Febre Aftosa, 2003.

_____. *Boletins: Vigilância Epidemiológica de la Rabia em las Américas*. Vol. XXXVI. Rio de Janeiro: Ed. Centro Pan-americano de Febre Aftosa, 2004.

DEPARTAMENTO DE CONTROLE DE ENDEMIAS G.T. – ZONOSE/SESPA. *Raiva: Avaliações das ações desenvolvidas em 2005 e propostas para 2006*, Belém: 2005.

_____. *Raiva humana segundo município e regional de ocorrência*. Estado do Pará: 1978 – 2005, Belém: 2006.

DIÁRIO DO PARA. *Morcegos levam pânico a Portel*. Abril/2006. Disponível em:http://www.florestanews.com.br/home/modulos.php?link=servicos/noticias_view&id=3852&secao=Notã-cias%20Online. Acesso: 23 de abr. de 2006.

- DONALISIO, M. R. *O Dengue no espaço habitado*. São Paulo: Editora Hucitec, 1999. p. 13-195.
- DURKHEIM, E & MAUSS, M. *Algumas formas primitivas de classificações*. IN: Ensaio de sociologia. Mauss, M. Ed. Perspectiva, 2001. Tradução: Luiz João Gaio e J. Guinsburg, 1903.
- FERNANDES, T. M. *Vacina Antivariólica: ciência, técnica e o poder dos homens (1808-1920)*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 104p.
- FERNANDES, J. G. S. *Narrativas cruzadas: Discursos e imaginários Amazônicos*. In: SIMÕES, M. S. (org.). *Sob o signo do Xingu*. Belém: UFPA/ IFNOPAP, 2003.
- FISHBEIN, D. B.; BAER, G.M. *Raiva*. In: WYNGAARDEN, J. B. ; SMITH JR, L. H. *Tratado de medicina interna*. Trad. Cláudio Péricles de Andrade Santos Cruz. 18ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, Vol. 2, 1990. p. 1927-1929.
- FLORES-GUERREIRO, R. *Salud, enfermedad y muerte: lecturas desde La antropologia sociocultural*. Chile: Revista Mad n. 10, Mayo, 2004.
- FOLLER, M. *Intermedialidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde*. In: LANGDON, E. F. ; GARNELO, L.(org). Trad. Jonh Moon. Rio de Janeiro: Ed. Associação Brasileira de Antropologia, 2004.
- FOUCAULT, M. *Aula de 17 de março de 1976*. In: *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2002.
- _____. *O nascimento da clínica*. Tradução: Roberto Machado. 2ª ed. Bras. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1980. 241p.
- GALLIANO, A. G. *Introdução à sociologia*. São Paulo: Harper & Row do Brasil, 1981.
- GALLOIS, D. T. *A categoria “doença de branco”: ruptura ou adaptação de um modelo etiológico indígena?* In: BUCHILLET, D. (org.). *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: Ed. CEJUP, 1991. p.175-205.
- GARNELO, L.; LANGDON, J. *A antropologia e a reformulação das práticas sanitárias na atenção básica à saúde*. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA Jr, C. E. A. (Orgs.) *Críticas e atuantes. Ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p.133-156.
- GASKELL, G. *Entrevistas individuais e grupais* In: BAUER, M. W ; Gaskell, George. *Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som Um Manual Prático*. Petrópolis: Editora Vozes, 2004. p.64-89.
- GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1989.
- GONÇALVES, H. *Peste branca. Um estudo antropológico sobre tuberculose*. Porto Alegre: UFRGS, 2002.

HESS, C. T. *Tratamento de feridas e úlceras*. 4ª edição. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editora, 2002.

HOUAISS, A.; VILAR, M. S. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. [s. l.]: Objetivo, 2001.

JODELET, D. *Representações Sociais: Um domínio em expansão*. In: JODELET, D. (org.) *As Representações Sociais*. Tradução: Lilian Ulup – Rio de Janeiro: Ed. UERJ; 17-44p. 2001.

LANGDON, E. J. *A doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para prática médica*. São Paulo, 1995. Disponível em: <<http://www.cfh.ufsc.br/~nessi/A%20Doenca%20como%20Experiencia.htm>>. Acesso: set. de 2006.

LAPLANTINE, F. *Antropologia dos Sistemas de representações da doença: sobre algumas pesquisas desenvolvidas na França contemporânea reexaminadas à luz de uma experiência brasileira*. In: JODELET, D (org.) *As Representações Sociais*. Tradução: Lilian Ulup – Rio de Janeiro: Ed. UERJ. 2001. p. 241-259.

_____. *Antropologia da Doença*. Tradução: Walter Lelis Siqueira. São Paulo: Ed Martins Fontes, 1991.

LAPLATINE, F; TRINDADE, L. *O que é imaginário?* São Paulo: Editora Brasiliense, 1996. p. 303.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. *O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa*. Caxias do Sul: Educs, 2003.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. *Depoimentos e discursos*. Brasília: Liberlivro, 2005.

LEITE, M. L.M. *Morte e a fotografia*. In: KOURY, M. G. P. (org). *Imagem e memória: ensaios em Antropologia visual*. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2001. p. 41-50

LEITE, S. N. ; VASCOCELOS, M. P. C. *Adesão à terapêutica medicamentosa elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura*. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, 2003.

LÉVI-STRAUSS, C. *A estrutura dos mitos*. In: *Antropologia estrutural*. 6ª ed. Editora Tempo Brasileiro, 2003.

LUZ, M. T. *Novas práticas em saúde coletiva*. In: MINAYO, M. C. S. e COMIMBRA JR, C. C. A. (Org.). *Criticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MACHADO, J. P. *Dicionário Etimológico da língua portuguesa*. 2ª ed. Editora Confluência. Vol. III, 1967.

MATTA, R. da. *A morte nas sociedades relacionais: reflexões a partir do caso brasileiro*. In: MATTA, R. da. *A casa e a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil*. 5 ed. Rio de Janeiro: Editora Rocco, 1997. p.133-158.

MAUÉS, R. H. *Um aspecto da diversidade cultural do caboclo amazônico: a religião*. Estudos Avançados 19 (53), 2005.

_____. *Os encantados e a pajelança cabocla*. In: *Padres, pajé, santos e festas: catolicismo popular e controle eclesiástico. Um estudo antropológico numa área do interior da Amazônia*. Belém: Cejup, 1995. p. 185-201.

MAUÉS, R. H. “*Morte moderna*” e “*morte contemporânea*”: *formas distintas e contemporâneas de expropriação*. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312006000200011&script=sci_arttext>. Acesso em: dez. 2007.

MENA, A. J. A. *Medicina tradicional: medicina sociobioecocultural. Ejemplo del susto como visión cultural de un problema complejo*. Disponível em: <<http://www.monografias.com/trabajos26/medicina-tradicional/medicina-tradicional.shtml>>. Acesso: mar. 2006.

MENEZES, R. A. *Um modelo para morrer: última etapa na construção social contemporânea da pessoa?*, 2003. Disponível em: <<http://calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/campos/article/viewFile/1590/1338>>. Acesso: dez 2007.

MINAYO, M. C. S. *Saúde-doença: uma concepção popular da doença*. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública (4), out/dez, 1988. p. 363-381.

_____. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 2ª ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Editora Hucitec – ABRASCO, 1993. 269p.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUSA, E. R. (org.) *Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MILSTEIN-MOSCATI I, PERSANO S & CASTRO L. L. C. *Aspectos metodológicos e comportamentais da adesão à terapêutica*. In: Castro L. L. C. (org.). *Fundamentos de farmacoepidemiologia*. AG Editora, [s.l.], 2000. p. 171-179.

MOSCOVICI, S. *Das representações coletivas às representações sociais: elementos para uma história*. IN: JODELET, D. (org.) *As Representações Sociais*. Tradução: Lilian Ulup – Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2001. p.45-66.

MURRIETA, R. O dilema do papa-chibé: consumo alimentar, nutrição e práticas de intervenção na Ilha de Ituqui, baixo Amazonas, Pará. *Revista de Antropologia*, Belém, v.41, n.1, 1998. p.97-150.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C; BÓGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e sociedade*. v.13, n.3, p.44-57, set-dez, 2004.

NUNES, E. D. *A doença como processo social*. In: Ciências sociais e saúde para o ensino médico. Editora Hucitec. FAPESP, São Paulo, 2000.

NUNES, ET. AL. *O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico*. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública, 2002. p.1639-1649.

OLIVEIRA, F. A. *Antropología en los servicios de salud: integralidad, cultura y comunicación*. Interface _ Comunic, Saúde, Educ, v.6, n.10, 2002. p.63-74.

OLIVEIRA, M. O. E. *As variações míticas do lexema “Boto” em Santarém conta: Aspectos socioterminológico*. In: Marajó: um arquipélago sob a ótica da cultura e da biodiversidade. Maria do Socorro Simões (org). Belém: UFPA, 2002.

OLIVEIRA, R. S. *Reserva extrativista Marinha: um processo em discussão em Porto do Campo, Augusto Correa*. Mestrado em ecologia de ecossistemas costeiros e estuarinos – Universidade Federal do Pará, Centro de ciências biológicas, Bragança – PA, 2003 (mimeo).

PINTO. B. C. M. *Vivências cotidianas de parteiras e experientes do Tocantins*. Pontifícias Estudos Feministas. Universidade Católica de São Paulo: Ano 10 (2), 2002. p. 441-448.

POSSAS, C. A. *Social ecosystem health: confronting the complexity and emergence of infectious diseases*. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública, 2001. p. 31-41.

QUEIROZ, M. S. e CANESQUI, A. M. *Contribuições da antropologia à medicina: uma revisão de estudos no Brasil*. São Paulo: Revista Saúde Pública 20 (2), 1986. p. 141-151.

QUEIROZ, M.S. e CHIARINI, A. M. *Pensar e agir sobre saúde, doença e cura em Paulínia*. Ed. UNICAMP. Caderno de pesquisa n. 21: 1991. p. 01-41.

QUIVY, R. *Manual de investigação em ciências sociais*. Trad. João Minhoto Marques, Maria Amália Mendes e Maria Carvalho. 4ª edição. Lisboa: Gradiva, 2005. 282 p.

REIS, N. R. et al. *Morcegos do Brasil*. Londrina, 2007. 253p.

RENGEL, F. S. *Raiva (Hidrofobia)*. In: VERONESI, R. Doenças infecciosas e parasitárias. 6ª Edição. Rio de Janeiro, 1976. p. 154-161.

REZENDE, et al. *Raiva*. In: LEÃO. R. N. Q. (Coord). Doenças Infecciosas e Parasitárias. Enfoque Amazônico. Belém: Editora Cejup, 1997. p.377-395.

ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M. C. P de. *O processo de enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade*. Ver. Latina americana de enfermagem, riberão Preto, Vol. 8, n 6, dez. de 2000. p. 96-101.

RODRIGUÊS, J. C. 2ª ED. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. 260p.

ROSEN, G. A. *Uma história da saúde pública*. Tradução: Marcos Fernandes da Silva Moreira 3ª edição São Paulo: Editora Hucitec UNESP, 2006. 400p.

ROUÉ, M. *Novas perspectivas em etnoecologia: “Saberes tradicionais” e gestão dos recursos naturais*. In: CASTRO, E. ; PINTON, F. (org.) *Faces do trópico úmido: conceitos e questões sobre desenvolvimento e meio ambiente*. Belém: Ed. Cejup UFPA NAEA, 1997. p.187-217.

ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia descritiva*. In: ROUQUAYROL, M. Z. ; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e saúde*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p: 77-117.

SÁ, C. P. *A fundamentação teórica da pesquisa empírica*. In: *A Construção do Objeto de pesquisa em representações sociais*. Rio de Janeiro: Editora UERJ, 1998.

SCHEFFER ET AL. *Vírus da raiva em quirópteros naturalmente infectados no estado de São Paulo, Brasil*. *Revista de Saúde Pública* 41(3) 2007.p.389-95. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n3/5872.pdf>>. Acesso: jan 2008.

SCHNEIDER, M. C. e SANTOS-BURGOA, C. *Tratamento contra raiva humana: um pouco de sua história*. *Revista Saúde Pública*. Vol. 28, nº 6, 1994. p. 454-463. Disponível em:< World Wide Web: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SOO34-89101994000600010&Ing=pt&nrm=isso. Issn 0034-8910>. Acesso: abr. de 2006.

_____. *Algunas consideraciones sobre la rabia humana transmitida por murcielago*. *Salud Publica de México*. Volume 37 nº 4 jul-ago, 1995. p. 354-362.

SCHNEIDER, et al . *Controle da raiva no Brasil de 1980 a 1990*. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 30, n. 2, 1996. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101996000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: Mar 2007.

SEVALHO, G. *Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença*. Número temático: *Abordagens antropológicas em saúde*. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública 9 (3), 1993. p: 349-363.

SINDZINGRE, N. ; ZEMPLIENI, A. *Modèles et pragmatique, activation et répétition: réflexions sur la causalité de la maladie chez les Senoufo de Côte d’Ivoire*. *Social Science and Medicine* 15B, 1981. p.279-293.

SINDZINGRE, N. *La necessite du sens*. In: AUGÉ, M. ; HERZLICH, C. *Le sens du mal. Anthropologie, histoire et sociologie de la maladie*. Paris: Editons des Archives Contemporaines (Ordres sociaux), 1984. p. 92-122.

SPERBER, D. *O Estudo antropológico das representações: problemas e perspectivas*. In: JODELET, D. (org.) *As Representações Sociais*. Tradução: Lilian Ulup – Rio de Janeiro. Ed. UERJ: 2001. p. 91-103.

SPINK, M. J.; MEDRADO, B. *Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas*. In: SPINK, M. J. (org.). *Práticas*

discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. 3.ed. São Paulo: Ed. Cortez, 2004. p. 41-61.

SPITZER, C. *Dicionário analógico*. Porto Alegre: Edição da livraria do Globo, 1936.

STEELE, J.H. *History of rabies*. In: BAER, G.M. The natural history of rabies. New York: Academic Press, 1975. p. 1- 29.

SONTAG, S. *A doença como metáfora*. Tradução: Marcio Ramalho. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1984. 108p.

TELAROLLI Jr., R. *Imigração e epidemias no estado de São Paulo*. História, Ciências, Saúde — Manguinhos, III (2): jul.-out. 1996. p: 265-283.

TELLES, F. S. P.; ANTOUN, H. e ARÊAS, J. B. *Doença e tempo*. Número temático: Abordagens Antropológicas em saúde. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública. 9 (3), 1993. p: 309-315.

TEXEIRA, C. S.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. *SUS, modelos assistências e vigilância da saúde*. Informe epidemiológico do SUS 7 (2), 1998. p: 7-28.

TEIXEIRA E. *Travessias, redes e nós: complexidade do cuidar cotidiano de saúde entre ribeirinhos*. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2000 ago; 4(2): 269-78.

UCHÔA, E.; VIDAL J. M. *Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença*. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, 10 (4): 497-504, out/dez, 1994.

UJVARI, S. C. *A História e suas epidemias – A convivência do homem com os microorganismos*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora SENAC Rio de Janeiro e Editora SENAC São Paulo, 2003. 328p.

VIANNA, A. *As Epidemias no Pará*. Belém: UFPA, 1975. 207p.

ZEMPLÉNI, A. A “doença” e suas “causas”. Tradução: Solange Unti Cunha Pinto. São Paulo: Cadernos de Campo nº 4, 2005. p. 137-163.

WADA (2007). *Raiva no Brasil* Disponível em:<
<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/SSAUDE/Vigilancia/zoonoses/raiva/raivabrasil.pdf>>.
Acesso em: dez 2007.

WHO EXPERT COMMITTEE ON RABIES, Geneva, 1991. *8th Report*. Geneva, World Health Organization, (WHO - Technical Report Series, 824), 1992.

ANEXOS

ANEXO I

Ficha de atendimento anti-rábico humano (2006)

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE ESTADO DE SÃO PAULO SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO FICHA DE INVESTIGAÇÃO		Nº
1 Tipo de Notificação		2 - Individual		
2 Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação	
ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO		W 64		
4 UF		5 Município de Notificação		Código (IBGE)
6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Atendimento	
8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento		
10 (ou) Idade		11 Sexo	12 Gestante	
1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional Ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica	
14 Escolaridade		13 Raça/Cor		
0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta da EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa da EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta da EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colégio ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colégio ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica		1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado		
15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe		
17 UF		18 Município de Residência		Código (IBGE)
20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código
22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1
25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP
28 (DDD) Telefone		29 Zona		30 País (se residente fora do Brasil)
		1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		
Dados Complementares do Caso				
31 Ocupação				
32 Tipo de Exposição ao Vírus Rábico				
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Contato Indireto Arranhadura Lambedura Mordedura Outro				
33 Localização				
1 - Sim 2 - Não 3 - Desconhecida Mucosa Cabeça/Pescoço Mãos/Pés Tronco Membros Superiores Membros Inferiores				
34 Ferimento				
1 - Único 2 - Múltiplo 3 - Sem ferimento 9 - Ignorado				
35 Tipo de Ferimento				
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Profundo Superficial Dificultante				
36 Data da Exposição				
37 Tem Antecedentes de Tratamento Anti-Rábico ?				
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Pré-Exposição Pós-Exposição				
38 Se Houve, quando foi concluído?				
1 - Até 90 dias 2 - Após 90 dias				
39 Nº de Doses Aplicadas				
40 Espécie do Animal Agressor				
1 - Canina 2 - Felina 3 - Quiróptera (Morcego) 4 - Primata (Macaco) 5 - Raposa 6 - Herbívoro doméstico (especificar) 7 - Outra				
41 Condição do Animal para Fins de Conduta do Tratamento				
1 - Sadio 2 - Suspeito 3 - Ralvoso 4 - Morto/ Desaparecido				
42 Animal Passível de Observação ? (Somente para Cão ou Gato)				
1 - Sim 2 - Não				
43 Tratamento Indicado				
1 - Pré Exposição 2 - Dispensa de Tratamento 3 - Observação do animal (se cão ou gato) 4 - Observação + Vacina 5 - Vacina 6 - Soro + Vacina 7 - Esquema de Reexposição				
Vacina				
44 Laboratório Produtor Vacina				
1 - Instituto Bulantan 2 - Instituto Vital Brasil 3 - Aventis Pasteur 4 - Outro Especificar				
45 Número do Lote				
46 Data do Vencimento				

ANTRAB_NET 15/12/2006 MR COREL Atendimento Anti-Rábico Humano Sinan Net SVS 27/09/2005

ANEXO II

Tabela 5: Esquemas de reexposição, conforme o esquema e vacina prévios e a vacina a ser utilizada por ocasião da reexposição.

	Completo Cultivo celular	Incompleto ¹¹³ Cultivo celular ¹¹⁴
Até 90 dias	Não tratar	Completar o número de doses
Após 90 dias	Duas doses, uma no dia 0 e outra no dia 3	Ver esquema de pós-exposição (conforme o caso).

¹¹³ Não considerar o esquema anterior se o paciente recebeu apenas duas doses (Ministério da Saúde, 2006).

¹¹⁴ Pelo menos duas doses de vacina de cultivo celular em dias alternados (Ministério da Saúde, 2006).

ANEXO III**Orientação para vacinação de faltosos em uso da Vacina Cultivo Celular**

Quando o paciente falta para a segunda dose: aplicar no dia que comparecer e agendar a terceira dose com o intervalo mínimo de dois dias;

Quando o paciente falta para a terceira dose: aplicar no dia que comparecer e agendar a quarta dose com o intervalo mínimo de quatro dias;

Quando o paciente falta para a quarta dose: aplicar no dia que comparecer e agendar a quinta dose para 14 após.

ANEXO IV

Ficha de notificação e investigação de raiva humana (2006)

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº
		FICHA DE INVESTIGAÇÃO		RAIVA HUMANA
CASO SUSPEITO: Todo paciente com quadro clínico sugestivo de encefalite rábica, com antecedentes ou não de exposição à infecção pelo vírus rábico.				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	RAIVA HUMANA		Código (CID 10) 3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)
Notificação Individual	7 Data dos Primeiros Sintomas	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida...)		Código
Dados de Residência	22 Número	23 Complemento (apto., casa...)		24 Geo. campo 1
	25 Geo. campo 2	26 Ponto de Referência		27 CEP
	28 (DDD) Telefone	29 Zona		30 País (se residente fora do Brasil)
	Dados Complementares do Caso			
	31 Data de Investigação	32 Ocupação		
Antecedentes Epidemiológicos	33 Tipo de Exposição ao Vírus Rábico			
	34 Localização			
	35 Ferimento			
	36 Tipo do Ferimento			
	37 Data da Exposição			
Antecedentes Epidemiológicos	38 Tem Antecedentes do Tratamento Anti-Rábico?			
	39 Número de Doses Aplicadas			
	40 Data da Última Dose			
	41 Espécie do Animal Agressor			
Mendicância	42 Animal Vacinado			
	43 Ocorreu Hospitalização?			
	44 Data da Internação			45 UF
	46 Município do Hospital		Código (IBGE)	47 Nome do Hospital
	48 Principais Sinais/Sintomas			
Raiva Humana				
Sinan NET				
SVS 08-05-2006				

Tratamento Atual	49 Aplicação de Vacina Anti-Rábica Atualmente: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			50 Data do Início do Tratamento		
	51 Número de Doses Aplicadas			52 Data da 1ª Dose da Vacina		
	53 Data da Última Dose da Vacina			54 Foi aplicado soro? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	55 Se Sim, Data da Aplicação			56 Quantidade de Soro Aplicado ml		
	57 Infiltração de Soro no(s) Local(ais) do(s) Ferimento(s) 1 - Sim, Total 2 - Sim, Parcial 3 - Não 9 - Ignorado					
	58 Diagnóstico Laboratorial 1 - Positivo: <input type="checkbox"/> Imunofluorescência direta <input type="checkbox"/> Prova biológica 2 - Negativo <input type="checkbox"/> Histológico <input type="checkbox"/> Imunofluorescência indireta 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado					
	59 Variante					
Conclusão	60 Classificação Final <input type="checkbox"/>			61 Critério de Confirmação / Descarte		
	1 - Confirmado 2 - Descartado			1 - Laboratório 2 - Óbito com Clínica Compatível + Vínculo Epidemiológico 3 - Evolução Clínica Incompatível		
	Local Provável da Fonte de Infecção (no período de 45 dias)					
	62 O caso é autóctone do município de residência? 1 - Sim 2 - Não 3 - Indeterminado					
	63 UF			64 País		
	65 Município		Código (IBGE)		66 Distrito	
	67 Bairro		68 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado			
69 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			70 Data do Óbito			
71 Data do Encerramento						
Informações Complementares						
Investigador	Município/Unidade de Saúde			Código da Unid. de Saúde		
	Nome		Função		Assinatura	
	Raiva Humana		Sinan NET		SVS 08/06/2006	

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)