

CARLOS EDUARDO CORADASSI

O MÉDICO VETERINÁRIO CLÍNICO DE PEQUENOS ANIMAIS DA
REGIÃO DOS CAMPOS GERAIS - PR E SUA PERCEPÇÃO DE
RISCO FRENTE ÀS ZOONOSES

PONTA GROSSA / RIO DE JANEIRO

2002

CARLOS EDUARDO CORADASSI

O MÉDICO VETERINÁRIO CLÍNICO DE PEQUENOS ANIMAIS DA
REGIÃO DOS CAMPOS GERAIS - PR E SUA PERCEPÇÃO DE
RISCO FRENTE ÀS ZONOSSES

Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública / Universidade Estadual de Ponta Grossa, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Saúde Pública sob a orientação do Professor Doutor Jorge Mesquita Huet Machado.

PONTA GROSSA / RIO DE JANEIRO

2002

“A sabedoria da vida não está em fazer aquilo que se gosta, mas em gostar daquilo que se faz”. (Leonardo da Vinci - Artista, arquiteto, inventor e escritor italiano - 1452/1519).

“Para minha esposa Ana Lorete e meu filho Pedro Henrique, com o amor de marido e pai.”

Agradecimentos

Em especial aos meus pais, **Humberto e Janete**, que dentro de sua filosofia de vida abdicaram de alguns projetos para que seus filhos realizassem seus sonhos.

Aos meus irmãos **César, Cláudio, Clóvis**, pelo sentido de união e por sermos grandes amigos.

A minha irmã **Carla**, pela sua sabedoria, doação e por desempenhar como ninguém, o papel de vice mãe de todos.

Ao meu sogro **Carlos Henrique**, pelo caráter e incentivo.

A minha sogra **Edite**, pelo carinho e por ser uma pessoa com um conhecimento e bom senso imensuráveis, com admiração.

Ao Instituto de Saúde Ponta Grossa, em particular ao Diretor **Isaias Cantóia Luiz**, pela confiança e por batalhar para que este projeto pudesse ser concluído.

Aos meus colegas Médicos Veterinários, em especial aos que participaram deste estudo, pelo desprendimento, conhecimento e sinceridade.

Aos colegas de Mestrado, que constituíram a base da troca de experiências .

À Professora Doutora **Célia Maria Da Lozzo Lopes**, pelo apoio e incentivo, principalmente nos momentos difíceis.

Ao meu Orientador, Professor Doutor **Jorge Huet Mesquita Machado** por disponibilizar seu conhecimento.

Aos grandes amigos **Joselito, Leandro, Priscilla e Silvio**, pela paciência e ajuda.

Sumário

Lista de figuras	vii
1. Introdução	1
2. Revisão Bibliográfica	4
2.1.O nascimento da Medicina Veterinária.	4
2.2. Aspectos históricos da saúde do trabalhador e sua relação com a epidemiologia	7
2.3. A saúde pública e a Medicina Veterinária.	10
2.4. A clínica de Pequenos Animais.	11
2.5. Zoonoses em clínica de Pequenos Animais	14
2.5.1. Dermatofitoses	15
2.5.2. Escabiose	16
2.5.3. Leptospirose	16
2.5.4. Raiva.	17
3. Material e Métodos	19
3.1 Região de abrangência do estudo e suas características	19
3.2 Número de clínicas, consultórios, hospitais e profissionais atuantes na área ..	21
3.3 Tamanho da amostra	22
3.4 Eleição dos sujeitos e coleta das informações	22
3.4.1 Abordagem qualitativa	23
3.4.2 Trabalho de campo	24
Tabela 1 -Distribuição dos casos de Leptospirose, no período de 1997 a 2002, na Região dos Campos Gerais e no Paraná	20
4. Resultados e Discussão	26
4.1. Trajetória profissional	26
4.2. Rotinas de procedimento	29
4.3. Acidentes e contenção animal	33
4.4. Origem e procedência do animal	36
4.5. Avaliação da percepção de risco	37
5 Conclusão..	42
6 Referências	44
Anexos	52

Lista de Figuras

Figura 1 – Mapa do Paraná e a Região dos Campos Gerais, segundo a Terceira Regional de Saúde	50
Figura 2 – Municípios componentes da Região dos Campos Gerais – PR. segundo a Terceira Regional de Saúde	51

Resumo

“O MÉDICO VETERINÁRIO CLÍNICO DE PEQUENOS ANIMAIS DA REGIÃO DOS CAMPOS GERAIS – PR E SUA PERCEPÇÃO DE RISCO FRENTE ÀS ZOONOSES” trata de uma pesquisa qualitativa que objetiva analisar e discutir a percepção do profissional em relação ao risco de contrair zoonoses, decorrente de seu exercício profissional. Tendo como apoio escassa literatura sobre o assunto específico, buscamos, na saúde do trabalhador e nos relatos dos clínicos, a base para o desenvolvimento deste trabalho. Este estudo estrutura-se em duas etapas, as quais surgiram a partir dos discursos obtidos através de entrevistas semi-estruturadas. A primeira trata especificamente do referencial teórico, do risco de contágio e nela são contextualizadas as percepções do referido profissional com relação às zoonoses. Nessa etapa, o trabalho divide-se em temas, visando discutir sumariamente a trajetória profissional, as rotinas e os procedimentos, os acidentes, a contenção animal, bem como a procedência e origem do animal. O trabalho desenvolve-se avaliando a percepção de risco pelo profissional, uma vez que os temas anteriores foram determinantes no processo de análise dessa percepção do risco. Pretende-se, com ele, contribuir para que ocorram mais discussões a respeito da exposição do clínico de pequenos animais relacionadas às zoonoses.

Palavras-chave: zoonoses, risco, veterinários.

Abstract

“THE SMALL ANIMALS’ VETERINARIAN IN THE REGION OF CAMPOS GERAIS – PR AND HIS PERCEPTION OF RISK RELATION TO THE ZOONOSIS”. This is a qualitative research with objective is to analyze and discuss the professional perception in relation to the risk of contracting zoonosis because of his professional exercise. Having as support the short literature about the specific subject, It is going to be used as basis for developing this work the worker’s health and the reports of some veterinarians. This study is structured in two stage, which appeared according to speeches obtained through semi-structured interviews. The first stage deals with the theoretical reference, the risk of contamination, and analyzing in a contextual way. These mentioned professionals’ perception in relation to zoonosis. In this stage the research is divided in themes, aiming to discuss briefly the professional career, the routines and the procediments, the accidents, the contention, as well as the animal’s origin. The research continues evaluating the risk perception, considering that previous themes were determinants in the process of the evaluation. Intends which this to contribute to the occurrence of more discussions about the exposure of the small animals’ veterinarian in relation to the zoonosis.

Keywords: zoonosis, risk, veterinarians.

1. Introdução

As pessoas convivem com animais de estimação desde a Antigüidade, e não existem relatos de culturas que viveram sem a presença deles. Inicialmente, o homem caçava os animais, depois os domesticou. Diante dessa constatação, admite-se que não existiam apenas animais para propósitos funcionais, mas também para o desempenho do importante papel de companhia.

Segundo Endenburg (2002), mais animais de companhia são adquiridos a cada ano, e seu impacto sobre a vida dos seres humanos tem exigido maior atenção, pois os mesmos preenchem algumas necessidades emocionais das pessoas, e seu valor afetivo é maior que o econômico.

Atuando há alguns anos na Medicina Veterinária como clínico de pequenos animais, observamos, nessa trajetória profissional, que existe um acúmulo de conhecimento clínico em relação aos animais e suas necessidades, porém as informações destinadas especificamente aos profissionais sempre se mostraram escassas.

As zoonoses na clínica de pequenos animais variam de acordo com a casuística de cada estabelecimento, porém a realidade é que elas estão presentes e até o momento não se conhece a percepção do profissional acerca do assunto.

A busca que realizamos através de pesquisas e textos que envolvessem médicos veterinários acometidos por zoonoses decorrentes do seu exercício profissional, representa uma primeira abordagem, tendo em vista que esse é um universo ainda pouco explorado, que necessita ser melhor descrito e divulgado.

Em um estudo realizado na cidade de Ponta Grossa – PR, em 2001, constatamos que muitos profissionais já haviam sido acometidos por lesões/doenças zoonóticas, o que motivou-nos a aprofundar os estudos na classe específica dos Clínicos de Pequenos Animais, na Região dos Campos Gerais (Coradassi et al, 2002).

Com formação orientada para a Clínica de Pequenos Animais desde a graduação, as zoonoses nunca fizeram parte de nossa rotina de estudo, até assumir a Coordenação do Controle de Zoonoses no Município de Ponta Grossa, no ano de 1998. No exercício dessa atividade, desde então, tenho constatado a dificuldade em se obter dados com relação ao assunto.

Enfrentadas as dificuldades decorrentes da escolha e especificação do tema, entre outras, o trabalho foi estruturado em dois capítulos.

A primeira parte do estudo apresenta a Revisão Bibliográfica necessária para entender a profissão de Médico Veterinário, sua origem, seu crescimento no Brasil, suas relações com a clínica de pequenos animais e a Saúde Pública, as principais zoonoses potencialmente transmissíveis no exercício da clínica de pequenos animais, a relação da profissão com alguns aspectos históricos da saúde do trabalhador, bem como algumas considerações epidemiológicas.

Segue o estudo apresentando os procedimentos metodológicos utilizados revelando a abordagem qualitativa bem como a necessidade de categorizar os profissionais em dois extratos, um que envolvendo os profissionais mais experientes e outro com profissionais graduados há menos tempo.

Nesta etapa surgiu a necessidade de organizar as informações fornecidas pelos profissionais durante a realização das entrevistas. Assim, surgiram categorias que retratam as principais observações, referentes ao exercício profissional e a percepção de risco destes profissionais. Sendo elas: A trajetória profissional até a Clínica de Pequenos Animais, Rotinas e Procedimentos, Acidentes e Contenção Animal, Origem e Procedência do Animal e Avaliação da Percepção de Risco.

Cada categoria é discutida com base nas idéias centrais obtidas, decorrentes dos depoimentos, sendo associadas ao referencial teórico que serve como base de apoio. As fitas desses depoimentos e suas respectivas transcrições encontram-se arquivadas e disponíveis para eventuais esclarecimentos.

Este estudo tem como objetivo construir um conhecimento crítico, na avaliação do risco específico das zoonoses na clínica de pequenos animais.

Nas considerações finais, são retomados alguns dos aspectos que nos pareceram mais significativos, e tentamos apontar algumas diretrizes, no sentido de culminar com o objetivo principal, ou seja, a busca e a construção de uma consciência preventiva.

Com o conhecimento dos riscos e discutindo as principais zoonoses que acometem os médicos veterinários clínicos de pequenos animais, o presente estudo contribuirá com a Saúde Pública Veterinária, que segundo Meirelles (1997), é parte integrante da própria Saúde Pública.

Seria pretensioso achar que um estudo restrito como este venha a identificar e esclarecer toda a percepção do próprio risco que o profissional corre, porém existe um

objetivo pessoal de, através dele, contribuir para que mais Médicos Veterinários Clínicos de Pequenos Animais sejam sensibilizados para a adoção de medidas preventivas, gerando segurança ocupacional.

2. Revisão bibliográfica

2.1 O nascimento da Medicina Veterinária

O nascimento da Medicina Veterinária confunde-se com os primórdios da civilização humana, e sua antigüidade pode ser referenciada a partir do próprio processo de domesticação dos animais.

Na civilização Egípcia, existia um esboço de legislação sanitária, como pode ser observado no Papiro de Ébers (escrito entre os anos 2.670 a 2160 a.C). no qual foram encontradas ilustrações representando sacerdotes que procediam ao exame de reses destinadas a oferendas no túmulo de Ramsés III (Bardinet, 1995).

O papiro de Ébers traz evidências internas de ser um dos seis Livros Herméticos sobre Medicina, mencionados por Clemente de Alexandria(Blavatsky,1994) .O autor diz, ainda: 'Ao tempo de Jâmblico, em 363 a.C., os sacerdotes egípcios exibiram 42 livros que atribuíam a Hermes (Tuthi). Segundo ele, 36 desses livros continham a história de todo conhecimento humano; os seis restantes tratavam da anatomia, da patologia, das afecções dos olhos, dos instrumentos cirúrgicos e dos medicamentos.

O “Papiro de Kahoun”, encontrado no Egito em 1890, descreve fatos relacionados à arte de curar animais, ocorridos há 4000 anos a.C., indicando procedimentos de diagnóstico, prognóstico, sintomas e tratamento de doenças de diversas espécies animais (Bouzon, 1987).

A memória histórica também permite inferir que a Medicina animal era praticada 2000 anos a.C., em certas regiões da Ásia e da África, do Egito à Índia Oriental. Especial menção merecem os códigos de ESHN UNNA (1900 AC) e de HAMMURABI (1700 AC), originários da Babilônia, capital da antiga Mesopotâmia, onde são registradas referências à remuneração e às responsabilidades atribuídas aos “Médicos dos Animais”. E ainda continham leis, que regulavam os direitos e obrigações de classes especiais (médicos, veterinários, barbeiros, pedreiros e barqueiros).

Há muito tempo o homem já possuía preocupações com a ocorrência de doenças. De acordo com Pinheiro (2002), na Medicina Veterinária, os primeiros registros de doenças são:

- a) Os Papiros dos Kahunas (Papyrus Veterinarius Kahun) (1.800 a.C).
- b) Os Códigos Babilônicos de ESH UNNA (1.900 a.C).
- c) O código de Hammurabi (1.700 a.C).

Esses três códigos foram os primeiros registros que a humanidade conheceu sobre a Medicina dos Animais, sendo relatados procedimentos mais invasivos. Tais códigos descreveram práticas pertinentes à Medicina Veterinária e estabeleceram uma relação com a remuneração financeira.

- d) Velho Testamento, Levítico (11:8) (1.500 a.C).

A Bíblia mostra a preocupação do povo hebreu, quando descreve as restrições ao consumo de carne suína, possivelmente, pelo potencial transmissor da triquinelose e cisticercose.

Dentre as primeiras pessoas a se preocuparem com a medicina dos animais podem ser citados:

- a) Hipócrates (460-370 a.C.): viveu na antiga Grécia e é considerado o pai da Medicina. Foi o primeiro homem a postular a transmissão de doenças pelo ar, água e lugares.
- b) Aristóteles (384-322 a.C.): foi contemporâneo de Hipócrates e autor da obra *História Animalium*, que relatou sintomas e tratamentos de doenças de animais, realizando, inclusive, a primeira citação de transmissão da raiva.
- c) Marcus Terentius Varro (primeiro século depois de Cristo) foi o primeiro a ser mais específico com relação à transmissão de doenças. Especulou a existência de microorganismos patogênicos, que denominou *Animálculos Invisíveis*.

e) Galeno (130-200 d.C.): defendeu o concurso de 3 fatores fundamentais: a- O atmosférico, b- O interno (suscetibilidade natural), c- O predisponente (alimento, água, costumes etc)

f) Thomas Sydenham (século XVII): O autor relata que pessoas dedicam-se ao trato de animais já nos tempos antigos, desde que começaram a domesticá-los. A prática da veterinária foi estabelecida desde 2.000 a.C., na Babilônia e no Egito; porém, segundo alguns registros encontrados, remonta a 4000 a.C.

O Código de Hammurabi, o mais completo e perfeito conjunto de leis sobrevivente, que se encontra hoje no Museu do Louvre francês, desenvolvido durante o reinado de Hammurabi (que viveu entre 1792 e 1750 a.C.), na primeira dinastia da Babilônia, já continha normas sobre atribuições e remuneração dos "médicos de animais" (Hatschbach, 2001).

A Medicina Veterinária moderna, organizada a partir de critérios científicos, começou a desenvolver-se com o surgimento da primeira escola de Medicina Veterinária do mundo, em Lyon-França, criada pelo hipologista e advogado francês CLAUDE BOUGERLAT, a partir do Édito Real assinado pelo Rei Luiz XV, em 04 de agosto de 1761.

Com a chegada da família real ao Brasil, em 1808, nossa cultura científica e literária recebeu novo alento, pois até então não havia bibliotecas, imprensa e ensino superior no Brasil Colônia.

São fundadas, inicialmente, as Faculdades de Medicina (1815), Direito (1827) e a de Engenharia Politécnica (1874).

No Brasil, a Medicina Veterinária confunde-se com a chegada dos primeiros desbravadores do nosso país; porém, oficialmente, o início do ensino das ciências agrárias ocorreu no século XIX, quando o Imperador D. Pedro II, ao viajar para a França, em 1875, visitou a Escola Veterinária de Alfort e impressionou-se com uma Conferência ministrada pelo Veterinário e Fisiologista Collin. Ao regressar ao Brasil, tentou propiciar condições para a criação de entidade semelhante no País (Hatschbach, 2001).

Entretanto, somente no início do século XX, já sob regime republicano, nossas autoridades decretaram a criação das duas primeiras instituições de ensino de Medicina Veterinária no Brasil, a Escola de Veterinária do Exército, pelo Decreto nº 2.232, de 06 de janeiro de 1910 (aberta em 17/07/1914), e a Escola Superior de Agricultura e Medicina Veterinária, através do Decreto nº 8.919, de 20/10/1910 (aberta em 04/07/1913), ambas na cidade do Rio de Janeiro.

2.2 Aspectos históricos da saúde do trabalhador e sua relação com a epidemiologia

Dentre os vários aspectos importantes na vida de cada ser humano, o profissional é fundamental, pois além de ser o condutor para a auto-realização, o homem moderno encontra dificuldades em dar sentido à vida se não for pelo trabalho (Arendt, 1995).

Por ser o local de trabalho o lugar onde o homem concentra uma considerável parte do tempo vivido (8 horas ou mais por dia), as condições de trabalho passam a ser fundamentais para o bem-estar físico, mental e social, resultante de uma condição de equilíbrio nas interações entre o homem e o seu meio ambiente (WOH, 1992).

A preocupação com a saúde do trabalhador não é recente. Existe uma tradição secular na área de saúde, que considera o trabalho como fator de risco ambiental e, portanto, gerador de doenças, quer em grupos específicos de trabalhadores, quer na população em geral.

Com relação à saúde do trabalhador, diagnosticar as condições de trabalho e saúde para eleger prioridades no sentido de eliminar os determinantes e condicionantes dos problemas de saúde, a partir do conhecimento dos trabalhadores, não é uma prática nova, mas merece ser refletida (SATO, 1996).

A emergência dessa tradição é apontada a partir da publicação, em 1556, do livro *Remettalica*, de autoria de Georgius Bauer. Posteriormente, houve a publicação do livro de Bernardino Ramazzini, em 1700, e trabalhos realizados na área, por Morgani e Percival Pott, culminando no I Congresso Internacional das Doenças do Trabalho, realizado em Milão, 1906. A partir dessa data, a Medicina do Trabalho firmou-se como uma área específica e hegemônica na produção de conhecimento (Mendes, 1980).

Susser (1973), *apud* Guilam (1996), ao discutir a evolução de conceitos em Epidemiologia, declara que *”diferentes conceitos levam os cientistas a procurar*

diferentes explicações para as doenças e a seguir diferentes rumos para eliminá-las. A nossa prática depende se temos em mente miasmas ou microorganismos, enzimas, moléculas, comportamento humano ou estrutura das sociedades”.

O campo da *Saúde do Trabalhador* possui como objeto de investigação, de acordo com Mendes & Dias (1991), o *processo saúde e doença* dos trabalhadores na sua relação com o trabalho, ou ainda, segundo Machado & Gomez (1995), a relação entre *processo de trabalho e saúde*.

Um dos seus principais desafios, enquanto campo recente de conhecimentos e práticas no interior da Saúde Pública brasileira e que busca romper com as abordagens fragmentadoras presentes na *Medicina do Trabalho* e na *Saúde Ocupacional*, é ser capaz de construir uma abordagem teórico-metodológica integradora, a qual busca colocar os trabalhadores como sujeitos fundamentais da transformação das suas condições de trabalho e saúde (Mendes & Dias, 1991).

Dessa forma, sua conformação multiprofissional e a busca de abordagens interdisciplinares devem possibilitar não somente um aprofundamento das disciplinas que podem compor o campo - provenientes das áreas biomédica, tecnológica, social e humana -, mas também, e principalmente, um diálogo entre as mesmas e os diversos atores envolvidos, particularmente os trabalhadores, dentro de uma perspectiva transformadora do conhecimento e da realidade social.

A formação do núcleo de investigação em Saúde do Trabalhador é delimitado por Machado (1997), em dois aspectos centrais:

(1) a epidemiologia, como essencial para a integração interdisciplinar, ao constituir-se em um instrumental de aglutinação de diversas abordagens de identificação das características do processo de trabalho e do processo saúde/doença, transformando-as em variáveis de exposição e efeito;

(2) a identificação de efeitos confundidores ao incorporar o processo de trabalho como categoria fundamental nas ações de vigilância, pois há relação direta entre a profundidade do entendimento do processo de trabalho e a possibilidade de quantificação da exposição e da especificidade dos estratos recortados nas análises epidemiológicas.

Segundo Machado (1997), a construção do agir epidemiológico em saúde do trabalhador baseia-se nos dois aspectos anteriormente citados que são relacionados com a identificação de situações de risco.

No entanto, para Bensoussam *et al* (1988), considerando-se que o trabalho é condição fundamental para a vida e a base para o desenvolvimento social, este sempre representou risco para a saúde.

Almeida Filho (1989), em sua obra *"Epidemiologia sem números"*, define risco como *"a probabilidade de um membro de uma população definida desenvolver uma dada doença em um período de tempo"*.

Czeresnia (2002) relata em seu trabalho que o conceito de risco atingiu alto poder normativo no mundo contemporâneo, e que as estratégias preventivas e de promoção à saúde propõem-se estimuladoras da autonomia, da capacitação dos indivíduos e grupos sociais, para que eles próprios possam exercer capacidade de escolha.

Castiel (2001) diz que se fala e se escreve com frequência sobre risco na chamada mídia leiga. Nota-se, também, que as pessoas, em suas esferas particulares, incorporaram, de alguma forma, a idéia de risco.

Rodrigues da Silva (1990), apud Guilam (1996), relata como um dos momentos históricos da epidemiologia os fatores de risco que configuram o modelo hegemônico nos nossos dias.

Quanto ao conhecimento do trabalhador refletir sobre a natureza do risco, é uma

... tarefa necessária, pois, se parece apenas questão de bom senso aceitar que todos os homens têm um conhecimento adquirido na sua vivência diária, isso é insuficiente quando se trata de elaborar metodologia original sustentada no conhecimento prático que conduza a um conhecimento legítimo e não um 'desconhecimento' porque não segue os moldes do conhecimento cientificamente construído. (Sato, 1995).

Jodelet (1984) acrescenta que:

A representação social é o ponto de intersecção do psicológico e do social. Constitui-se a partir das experiências, dos conhecimentos, informações e modelos de pensamentos transmitidos, cotidianamente, através da tradição, educação e comunicação social. Toda representação define-se por seu conteúdo, o qual tem como elementos conceitos e imagens criadas por alguém a respeito de um objeto, de forma a se relacionar com outras pessoas. A representação social é produto e processo de uma elaboração psicológica e social do real, ou ainda, designa uma forma de pensamento social. Assim, um observador da vida social deve estar atento para perceber as diferentes formas que a representação social assume.

De acordo com Sato (1996), a produção do conhecimento prático pode ser totalmente influenciada pela ordem social, o que gera, muitas vezes, situações estruturais produtivas emergentes de novos paradigmas.

Nessa perspectiva, lidar com o conhecimento do trabalhador requer que se esteja alerta ao contexto no qual ele se constrói, assim como requer atenção sobre a realidade à qual se pretende atribuir significado. É também no nível das condições de produção dos discursos que talvez possa ser entendido por que determinadas necessidades estão referidas na formulação dos problemas e outras não, em contextos

nos quais diferentes níveis e dimensões da vida social e do grupo e da história e expectativa de cada pessoa se fazem presentes.

Para Harrison (1988), apud Guilam (1996), a representação do risco para os profissionais depende tanto do contexto social no qual se dão, como da natureza do risco. Como se evidenciava no Modelo Operário, onde era mencionado que os trabalhadores 'não delegassem' a outros aquilo que dissesse respeito à sua saúde e, para nortear a elaboração de pautas de reivindicação visando a intervir sobre os riscos, propunha-se uma metodologia de conhecimento desses problemas. Parte da 'subjetividade/experiência operária'; trabalha com os 'grupos homogêneos de risco', classifica os achados em 'grupos de risco' (Oddone, 1986). Ao longo da história, constata-se a diminuição da capacidade produtiva causada por acidentes ou por doenças ligadas à atividade realizada; portanto, a prevenção de acidentes é importante etapa da saúde ocupacional e deve ser voltada para a eliminação do risco. Em qualquer tipo de atividade que estamos realizando, existem riscos (Bensoussam et al, 1988).

2.3 A saúde pública e a Medicina Veterinária

Bogado (1997) descreve a atuação do Médico Veterinário, na Saúde Pública, como um profissional frente a mananciais de atividades e especializações. Ainda dentro dos inúmeros campos de atuação direta na Saúde Pública, o autor cita o campo das zoonoses, comentando que, em face da aproximação do homem com os animais, em função das explorações intensivas e o contato continuado com os animais de esportes, serviços e companhia, criam-se continuamente condições de transmissibilidade de zoonoses.

Dentro do exercício profissional no contexto Saúde Pública, Miranda (1999) sintetiza as ações dos Médicos Veterinários nas áreas de produção e proteção dos alimentos, proteção ambiental, vigilância e controle de zoonoses e doenças transmitidas por vetores, ensino, pesquisa e extensão, planejamento, gerenciamento e educação em saúde, além da interdisciplinaridade com outras áreas de conhecimento.

Segundo Ferreira (1976) a Saúde Pública Veterinária é a aplicação dos esforços provenientes das ciências veterinárias, na prevenção de um certo número de doenças do homem, na proteção de sua vida e na promoção do seu bem estar. De acordo com

Meirelles (1997) a veterinária dos novos tempos é a principal responsável pela própria Saúde Pública Veterinária.

Freitas (1999) relata que o profissional de Medicina Veterinária sofre uma crise de identidade, desempenhando muitas de suas funções ligadas às Ciências Agrárias e outras ligadas à Saúde Pública , gerando, desta forma, uma dicotomia.

Rosenber & Olascoaga, (1991) apud Freitas, (1999) citam que:

“ el objecto profesional veterinário de la promocion de bienestar está referido o a la problacion humana(...) o a ambas(...)”.

As atividades clássicas do Médico Veterinário baseiam se nas ações de promoção e preservação da saúde dos animais, assegurando a produtividade dos rebanhos e diminuindo o risco de doenças de caráter zoonótico ao homem (Miranda 1999).

O profissional pode atuar com diversas espécies animais e desenvolver seu trabalho em diversos setores, como clínica e cirurgia, tecnologia de alimentos, atividades laboratoriais, melhoramento genético, reprodução, animais de produção, responsabilidade técnica, entre outras.

Costa & Neto (1999) relatam que os Médicos Veterinários no Brasil estão lotados a partir desta distribuição: 55% estão na Agricultura, 19% em atividades docentes, 18% na saúde, 4% são militares e outros 4% lotados em outras áreas.

Como o objetivo deste trabalho é avaliar a percepção de risco relacionada aos clínicos de pequenos animais frente às zoonoses, a área de clínica médica -cirúrgica de pequenos animais recebe atenção especial.

Uma das mais relevantes funções do Médico Veterinário clínico de pequenos animais é sua participação como agente de Saúde Pública na prática médica, cuidando da saúde dos animais de companhia, orientando proprietários em práticas preventivas como a imunização. Dessa forma, ele está atuando na prevenção das zoonoses.

2.4 A clínica de pequenos animais

Na Medicina Veterinária, entende-se que pequenos animais são aqueles de convívio doméstico e com valor afetivo, destacando-se os cães, gatos, aves, pequenos roedores, entre outros.

É uma área com profundo aperfeiçoamento científico, a qual muito se assemelha com a medicina humana, pois várias especialidades foram criadas, tais como: homeopatia, radiologia, dermatologia, cirurgia, entre outras.

Observa-se uma maior concentração de veterinários especialistas em grandes centros como Rio de Janeiro e São Paulo e, numa menor proporção, em centros como Porto Alegre, Curitiba, Belo Horizonte e Salvador. Mesmo em centros menores, como a região em estudo, a demanda de especialidades e atendimentos aumenta consideravelmente a cada ano, haja vista que o mercado para cães e gatos é muito promissor, sendo o Brasil, atualmente, o segundo mercado mundial nesse setor, ficando atrás apenas dos Estados Unidos (Delboni, 2002).

Nota-se uma grande variedade de aspectos relacionados à representatividade social do animal dentro do núcleo familiar, características que variam do abandono até o mesmo ser considerado um membro da família.

O ambiente de trabalho em que esses profissionais executam sua rotina diária divide-se, segundo o Conselho Federal de Medicina Veterinária (2000), em três tipos de estabelecimentos:

Consultórios Veterinários: estabelecimentos destinados exclusivamente à realização de consultas, vacinações, medicações e pequenos procedimentos cirúrgicos.

Clínicas Veterinárias: estabelecimentos que atendem a casos de maior complexidade, onde a estrutura física difere dos consultórios, sendo exigido um fluxo racional e instalações específicas para internamento de animais.

Hospitais Veterinários: estabelecimentos que devem funcionar obrigatoriamente 24 horas e dispor de setores específicos, como o de isolamento para animais com doenças infecto contagiosas zoonóticas, ou não.

Muitos profissionais, em virtude de diversos fatores, não cumprem as normas físicas do Conselho Federal de Medicina Veterinária, fato esse que pode contribuir para

umentar o risco de serem acometidos por zoonoses, decorrentes de sua atividade ocupacional.

Outro aspecto a ressaltar, é que poucas clínicas / hospitais veterinários adotam rotinas de procedimentos, podendo ser esse um fator potencializador dos riscos de transmissão em algumas zoonoses.

O exercício da Clínica médica constitui a maior parte do trabalho do Clínico de Pequenos Animais, o qual realiza a consulta, que pode seguir uma rotina pré-estabelecida ou não.

Nessa atuação, o profissional possui duas opções para realização do procedimento, em um consultório ou a domicílio, sendo que alguns profissionais não realizam atendimentos domiciliares, devido a vários motivos, discutidos posteriormente.

Birgel (1999) caracteriza o procedimento de uma consulta que envolve as manifestações subjetivas atuais e os antecedentes do animal doente, como também o modo de a moléstia se instalar e se desenrolar, que constituem um capítulo específico da semiologia: a anamnese ou histórico do animal. As informações referentes a tais manifestações e antecedentes só podem ser obtidas por interrogatório feito ao proprietário ou ao tratador do animal.

Outros fatores de grande importância no desenrolar de um exame clínico metuculoso são destacados a seguir.

- a) A Identificação do animal permite estabelecer os dados que caracterizam o animal, tendo grande valor clínico e médico-veterinário legal.
- b) A avaliação do estado geral permite estabelecer as condições de saúde, constituição orgânica, estado de nutrição, temperamento e das atitudes do animal examinado. Essas observações orientam o clínico na programação de seus exames, como também auxiliarão na elaboração de seu diagnóstico, na instituição da terapia adequada e na pressuposição do prognóstico (Birgel, 1999).

Na clinica médica, muitas vezes, o Médico Veterinário realiza exames laboratoriais no consultório, tais como: coprológico direto, raspados de pele à procura de ácaros, esfregaços sangüíneos e mais uma série de exames simples, que podem ser realizados junto à uma consulta. A realização desse procedimento cria novos indicadores de risco, uma vez que revela uma interação maior entre o profissional e o animal.

Berto et al (2000) fazem referência a respeito de funcionários que trabalham ou irão trabalhar com agentes biológicos, ressaltando que os mesmos devem conhecer a patogenicidade e virulência, com relação ao agente em estudo. Ainda citam a importância do treinamento dos funcionários na aplicação de técnicas microbiológicas seguras em procedimentos de risco

2.5 Zoonoses em clínica de Pequenos Animais

Segundo Corrêa & Corrêa, (1992) e Rouquayrol & Almeida Filho (1999), zoonoses são enfermidades infecciosas que podem se instalar no homem a partir de animais infectados.

Existem várias classificações para as zoonoses: Wagener (1957) e Ferreira (1976), relatam que são zooantroponoses as doenças transmitidas pelo homem aos vertebrados inferiores; antropozoonoses as infecções transmitidas ao homem pelos vertebrados inferiores; anfixenoses as infecções que se mantêm tanto no homem como nos vertebrados inferiores e que podem ser transmitidas tanto em um sentido como no outro.

Tal classificação provavelmente levou a Organização Mundial da Saúde a sugerir uma nova classificação para as zoonoses, fundamentando-se no tipo de ciclo biológico do agente causal transmissível e dividindo as zoonoses em quatro categorias, a seguir: e as zoonoses diretas, as ciclozoonoses, as metazoonoses e as saprozoonoses.

Zoonoses diretas são as que se transmitem de um hospedeiro vertebrado infectado a outro hospedeiro vertebrado, suscetível por contato direto, por contato com objeto contaminado, ou por intermédio de um vetor mecânico. O agente transmissível sofre poucas alterações, ou mesmo nenhuma, em sua reprodução e o seu desenvolvimento não se altera essencialmente durante a transmissão. Exemplos desse tipo de zoonoses diretas são a raiva, a brucelose, a pasteurelose, a estafilococcose, entre outras. As ciclozoonoses são as zoonoses nas quais o agente causal necessita passar por mais de uma espécie de hospedeiros vertebrados, porém, por nenhum hospedeiro invertebrado, a fim de completar seu ciclo evolutivo. Como exemplos, encontramos as teníases humanas, a hidatidose e as infecções por pentastomídeos.

Metazoonoses são as doenças que se transmitem biologicamente por vetores invertebrados. O agente causal se multiplica, se desenvolve ou efetua esses dois processos no invertebrado. A transmissão a outro hospedeiro vertebrado não será possível, a menos que ocorra um período de incubação extrínseco ou período pré-patente. Os vetores invertebrados ou vetores biológicos, no caso, atuam também, por vezes, como verdadeiros amplificadores da dose infectante do agente causal, como no caso específico das arboviroses. Os exemplos nesse grupo de zoonoses são numerosos e compreendem as infecções por arbovírus, a peste e a esquistosomíase.

As saproozoonoses possuem, no ciclo, um hospedeiro vertebrado e um local de desenvolvimento ou reservatório não animal. A matéria orgânica, inclusive os alimentos, o solo e as plantas são os locais ou os meios não animais citados. Existem diversas formas de larva migrans e algumas formas entre as micoses como, por exemplo, a histoplasmose (Pinheiro 2002).

Pelos relatos obtidos dos discursos dos entrevistados, algumas zoonoses são mais comuns em clínicas de pequenos animais, principalmente em decorrência da casuística diária.

As dermatofitoses, ectoparasitoses (Escabiose) e Leptospirose são citadas e figuram no dia a dia dos clínicos de pequenos animais.

A raiva, sempre temida, não faz parte da realidade atual da região, mas merece ser considerada, haja vista que sua monitoração e vigilância são permanentes.

2.5.1. Dermatofitoses

Segundo Scott et al (1996), Wilkinson & Harvey (1996) e Willemse (1998), as Dermatofitoses são micoses superficiais que envolvem as camadas superficiais da pele, pêlos e unhas.

Os dermatófitos que mais infectam os animais são *Microsporum* e *Trichophyton*. A maioria dos casos clínicos são causados pelo *M.canis*, *M. gypseum* e *T. mentagrophytes*, havendo grande variação na ocorrência de cada um nas diferentes partes do mundo.

Estudos realizados por Mendoza & Acosta (1985) relatam a incidência de dermatofitoses em Médicos Veterinários. Nogueira *et al* (1995), descrevem um caso de

esporotricose felina, a qual acometeu o animal, o proprietário e o profissional que manteve contato com o animal.

2.5.2. Escabiose

Com uma casuística bastante elevada nas clínicas de pequenos animais a escabiose torna-se uma das principais enfermidades relatadas com potencial zoonótico.

Segundo Rey (1991), a escabiose é uma dermatose cosmopolita que acompanha o homem em todos os climas e regiões do mundo.

O agente envolvido é o ácaro *Sarcoptes scabiei*, o qual apresenta muitas variedades ou subespécies como *canis*, *felis*, *bovis* entre outras. (Pêssoa & Martins, 1978). Ainda segundo Rey (1991), ácaros do gênero *Notoedres* e *Trixacarus*, presentes em roedores, felinos e lagomorfos, podem causar no homem a sarna passageira.

A aquisição de lesões compatíveis com sarna podem ser adquiridas pelo contato com pessoas infectadas e animais domésticos acometidos (Pêssoa & Martins, 1978).

O autor relata que o cão é a maior fonte de sarna de origem animal, a qual é auto-limitada e apresenta menor período de incubação.

2.5.3. Leptospirose

Segundo o Ministério da Saúde (1998), a Leptospirose é uma doença infecciosa aguda, de caráter sistêmico, que acomete o homem e os animais, sendo causada por microorganismos pertencentes ao gênero *Leptospira*.

Os animais são considerados hospedeiros primários, essenciais para persistência dos focos da infecção, sendo os humanos hospedeiros acidentais e terminais.

Existem, segundo o Ministério da Saúde (1998), algumas profissões consideradas de alto risco, tais como agricultores, magarefes e garis, entre outras.

Há outras modalidades menos importantes de transmissão, como a manipulação de tecidos animais e a ingestão de água e alimentos contaminados. A transmissão de pessoa a pessoa é muito rara e de pouca importância prática. A penetração do microorganismo se dá pela pele lesada ou mucosas da boca, narinas e olhos, podendo ocorrer através da pele íntegra, quando imersa em água por longo tempo.

A leptospirose animal representa um fator de preocupação para os profissionais envolvidos com a saúde animal e a Saúde Pública os quais consideram que a melhoria das ações de controle voltadas aos animais refletirá na diminuição do nível de contaminação ambiental e, conseqüentemente, na redução do número de casos humanos da doença.

Munõz et al (1997), descrevem a Leptospirose como uma antropozoonose também de caráter ocupacional, com uma prevalência de 7,4% em um estudo realizado com 74 Médicos Veterinários, quando estes foram argüidos a respeito de doenças que já haviam adquirido sem especificamente estarem relacionadas ao exercício profissional.

O estudo da leptospirose, como doença do trabalho, é menos freqüente e ainda requer maiores investigações, visando conhecer sua ocorrência e grau de importância.

2.5.4. Raiva

Segundo Konolsaisen (1995), trata-se primordialmente de uma doença dos animais, pouco comum no homem, causada por um vírus (rhabdovírus), que apresenta um tropismo pelo sistema nervoso central. Sendo a maioria dos mamíferos naturalmente sensíveis ao vírus da raiva, com diferentes graus de suscetibilidade, é favorecido o ciclo da doença nesses animais, doença essa que ocorre em todos os continentes, com exceção da Oceania.

Konolsaisen (1995), sugere profilaxia de pré-exposição para pessoas que, por força de suas atividades, estejam expostas permanentemente ao vírus rábico. O autor inclui Médicos Veterinários em sua seleção.

A Raiva, no Brasil, é endêmica, com graus de diferenciação geopolítica, não existindo relatos de raiva humana na região sul, desde 1987. Cães e gatos foram responsáveis por 77% dos casos humanos de raiva segundo a Secretaria de Estado da Saúde (S.E.S. A 2002).

No caso das clínicas de pequenos animais, a principal exposição ao vírus pode ocorrer através do atendimento de uma animal portador, o que acarreta um grande risco, uma vez que muitos profissionais não são imunizados. É o caso, por exemplo, dos 14 profissionais entrevistados:nenhum era imunizado.

Os animais infectados podem disseminar o vírus da raiva pela saliva até por 14 dias antes de exibirem os sintomas clínicos (Nelson & Couto 2001).

A prevenção através de pré-exposição em situações de alto risco é recomendada por Birchard (1998), para veterinários e seus auxiliares.

3. Material e Métodos

3.1. Região de abrangência do estudo e suas características.

A Região dos Campos Gerais (Figuras 1 e 2) é composta, segundo a Terceira Regional de Saúde do Paraná, por 12 municípios (Arapoti, Carambeí, Castro, Ipiranga, Jaguariaíva, Palmeira, Piraí do Sul, Ponta Grossa, Porto Amazonas, Ivaí, São João do Triunfo e Sengés) envolvendo uma população de 636.253 habitantes.

Dentre as atividades econômicas da região, destaca-se a agroindústria, a qual engloba tanto atividades primárias como a agricultura e a pecuária, seu beneficiamento e produtos derivados. A região, principalmente o Município de Ponta Grossa, é considerado o maior entroncamento rodo-ferroviário do sul, fato este que torna a região em si uma área de grande risco epidemiológico principalmente por passarem na região as principais rodovias federais do sul, e conseqüentemente ocorrerem grandes movimentos de ordem migratória.

Ao levantar dados a respeito das zoonoses na região, com objetivo de inserir um referencial numérico ao trabalho, constatamos dados incompletos, e que o acesso às notificações estão disponíveis somente para as zoonoses de comunicação obrigatória.

A Vigilância Epidemiológica da Terceira Regional de Saúde do Paraná informou que, muitas vezes, essas notificações são incompletas, devido a deficiências de execução e alimentação dos sistemas de informações, nos municípios da Região dos Campos Gerais.

Os dados incompletos prejudicam o conhecimento da ocorrência das zoonoses no universo estudado, impedindo a comparação desses dados com as informações fornecidas pelos profissionais. Essa dificuldade em obter dados nos permite justificar a necessidade de ampliar e divulgar estudos a respeito das zoonoses.

Devido à fragmentação das informações, uma abordagem qualitativa da experiência dos profissionais passa a ser a melhor fonte, capaz de delinear um quadro aproximado do risco ocupacional na região.

Os dados ou informações existentes referem-se ao Estado do Paraná, sendo possível relacioná-los na região em estudo. As informações foram organizadas em quinquênios, para melhor visualização de uma tendência regional.

Segundo dados fornecidos pela (S.E.S.A) 2002, 965 casos de Leptospirose foram notificados no período 1997-2001, sendo que os casos ocorridos na Região dos Campos Gerais e no Paraná, no mesmo período, estão representados na tabela a seguir:

Tabela 1 - Distribuição dos Casos de Leptospirose, no período de 1997 a 2001, na Região do Campos Gerais e no Estado do Paraná.

ANO	REGIÃO DOS CAMPOS GERAIS	PARANÁ
1997	12	242
1998	15	212
1999	28	242
2000	08	118
2001	02	151
Total	65	965

Fonte: Sistema Nacional de Informações (SINAN)

Dentre os casos relacionados, a variável ocupação não pode ser trabalhada devido à dificuldade de acesso às fichas de investigação epidemiológica. Com relação à raiva humana, no Estado do Paraná, não foram computados casos desde o ano de 1987, porém focos de raiva canina e bovina foram notificados no Estado e campanhas de vacinação anti-rábica são realizadas nos municípios de fronteira com o Estado de São Paulo, Mato Grosso do Sul e países vizinhos, ou seja, Paraguai e Argentina.

Os casos de Raiva canina no Estado estão representados pela ocorrência, em 2001, de casos na Região Oeste do Paraná, Município de Foz do Iguaçu, sendo que a investigação epidemiológica concluiu que os animais com a doença eram procedentes do Paraguai.

Os dados apresentados anteriormente têm como objetivo oferecer uma melhor visualização do quadro das zoonoses no contexto específico da clínica de pequenos animais. Citam-se somente duas enfermidades devido a não existência de informações disponíveis a respeito de outras zoonoses, com ocorrência na clínica de pequenos animais.

Existe ainda um programa de monitoramento da raiva desenvolvido pela S.E.S.A, o qual solicita que cada município envie amostras (cérebro canino), ao Laboratório Central do Estado, para diagnóstico de rotina para raiva.

A quantidade de amostras para cada município é determinada pela regional correspondente, e segue uma faixa de 0,2% da população canina estimada para o município.

Existe uma “consciência cultural” relacionada à criação de animais de companhia na região em que procedemos a pesquisa, onde o animal permanece mais fora do contexto familiar do que agregado a ele, diferentemente do que observamos em outras regiões do país. Isso significa que, em algumas situações, quando o proprietário leva o animal ao veterinário, é motivado por situações extremas. As doenças zoonóticas, nesses casos, geralmente são observadas em avançados estágios, quando muitas vezes encontramos pessoas do núcleo familiar infectadas.

Nessas situações, existe a possibilidade potencial de contaminação dos profissionais que trabalham diretamente com esses animais em centros de pequeno porte, como é o caso da região em estudo.

3.2 Número de clínicas, consultórios, hospitais e profissionais atuantes na área.

Nos doze municípios da região de acordo com dados fornecidos pelo Conselho Regional de Medicina Veterinária do estado do Paraná residem 156 profissionais, dos quais 21 atuam em atividades ligadas a clínica de pequenos animais.

O universo dos estabelecimentos destinados ao atendimento de pequenos animais na região corresponde a 11 clínicas, três consultórios e um hospital.

No município de Ponta Grossa estão localizados a maior parte dos estabelecimentos sendo: 9 clínicas, 2 consultórios e um hospital. O município de Castro apresenta duas clínicas e um consultório. Existe ainda um consultório em Palmeira.

As demais cidades da região não possuem estabelecimentos próprios para o atendimento de pequenos animais, a população desses municípios buscam orientações em casas agropecuárias e ou procuram atendimento profissional em outros municípios.

3.3. Tamanho da amostra

O presente estudo se fundamenta em técnicas qualitativas desde a sua origem e nos permite revelar que a amostragem estatística é representativa considerando-se as características regionais.

De acordo com Demo (1985), não nos cabe combater a quantidade, e também não vale a pena investir na dicotomia entre quantidade e qualidade; pode se, no máximo, priorizar uma ou outra, mesmo porque, neste caso, trabalhamos com uma amostra pequena do ponto de vista quantitativo.

Demo ainda relata que todo fenômeno, em virtude de ser histórico, também tem inserido nele um contexto material, temporal e espacial.

A fragilidade quantitativa é explicada pela precariedade dos dados existentes. É sob esse pressuposto que pretendemos descrever os riscos ocupacionais dos Médicos Veterinários clínicos de pequenos animais, a partir da coleta de dados junto aos que exercem esta profissão, para tanto foram realizadas quatorze entrevistas, atingindo mais da metade (63,63%) de um total de 21 Clínicos de Pequenos Animais na Região.

3.4 Eleição dos Sujeitos e coleta das informações

A escolha dos sujeitos baseou-se exclusivamente na sua atividade profissional, ou seja, Médicos Veterinários Clínicos de Pequenos Animais, atuantes na Região dos Campos Gerais -PR.

Os profissionais foram divididos em dois extratos, categorizados abaixo:

Extrato I – Profissionais graduados e atuantes há menos de 10 anos.

Extrato II – Profissionais graduados e atuantes há mais de 10 anos.

Tal divisão se fez necessária, para que fosse adotado um sistema de comparação com a percepção desses profissionais com seu tempo de atuação no ramo, detalhes que serão discutidos no decorrer do trabalho.

A opção escolhida para este trabalho foi a realização de entrevistas semi – estruturadas, seguindo um roteiro de entrevistas (Anexo 1).

3.4.1 Abordagem qualitativa

Schaiber (1995) relata que “buscar a investigação na produção de um pensamento sobre a experiência vivida significa centrá-la em representações dos sujeitos, o que, de um lado, constitui a opção de se estudar uma realidade social e coletiva por meio de narrativas individuais e vividos singulares, e de outro, pretender verificar não apenas o que estes sujeitos percebem [de sua profissão e seu papel], mas a própria existência objetiva [da profissão].

O mesmo autor, ao teorizar a respeito das representações dos sujeitos, expõe toda expressão e singularidade de cada grupo, bem como as suas percepções a respeito do exercício do seu trabalho e da sua profissão.

Autores como Becker (1995), relatam que cada peça (entrevista) acrescentada contribui para a formação do cenário como um todo, sendo que cada dado apresenta uma relação com os demais, o que para o autor pode ser considerada uma “Imagem de Mosaico”.

Baseando-se nos estudos empíricos que trabalham a noção de representações sociais, Spink (1994) sistematiza as técnicas habitualmente empregadas em estudos desse tipo, dentre essas, estão as técnicas verbais (como questionários e entrevistas abertas), observação e técnicas não verbais (a dramatização). Quanto à análise de dados, os procedimentos podem ser variados, importando aí não a técnica em si, mas o quanto permita respeitar a lógica do conhecimento prático.

Segundo Lefèvre (2000), o que se pretende com a escolha da entrevista semi-estruturada, como técnica de pesquisa qualitativa, é superar a limitação implícita na compreensão dos campos, através de dados que poderíamos chamar de objetivos como, as normas, as leis, os decretos, o número de servidores, a disposição dos organogramas. Ainda, esse tipo de entrevista permite, através de um discurso, sabermos como as pessoas naturalmente pensam, tendo acesso a dados da realidade.

De acordo com Spink (1994), a relação pesquisador-pesquisado é um dos níveis do contexto de produção dos discursos. Ainda, Carvalho (1987), nos diz: “As vivências pertencem à ordem dos motivos e precisam ser compreendidas”.

Geertz (1999) relata que o fato de partilhar da mesma experiência profissional com os interlocutores é importante para estabelecer um clima de confiança e empatia, facilitando o desempenho dele na pesquisa.

Cruz Neto (1997) relata que o trabalho de campo “se apresenta como uma possibilidade de conseguirmos não só uma aproximação com aquilo que desejamos

conhecer e estudar, mas também de criar um conhecimento, partindo da realidade presente no campo”. Sendo em síntese, “Fruto de um momento relacional e prático”.

3.4.2 Trabalho de Campo

Os sujeitos da pesquisa foram contatados por telefone e demonstraram -se receptivos em participar.

A partir do primeiro contato, eram marcados data, horário e local para a entrevista, sendo que comparecíamos nos horários por eles disponibilizados.

Os depoimentos obedeceram a um roteiro pré-determinado e à medida que observávamos que a fala era produtiva, intervínhamos, tentando enriquecer e fixar a idéia central.

O objetivo desse roteiro era que o conteúdo da entrevista seguisse um padrão, tentando não dispersar a idéia central que, de acordo com Lefèvre (2000), pode ser entendida como a(s) afirmação (ões) que permite (m) traduzir o essencial do conteúdo discursivo utilizado pelo sujeito em seus depoimentos.

Segundo Spink (1994), a relação pesquisador - pesquisado é um dos níveis do contexto de produção dos discursos. Dentro desse contexto, solicitamos, seguindo o roteiro, que os entrevistados descrevessem sua trajetória, desde a graduação até a clínica de pequenos animais.

Também solicitamos a eles que descrevessem como eram realizadas as consultas em domicílio, se obedeciam a uma rotina pré-determinada, enfim, se existia uma constância nas ações realizadas durante as consultas, tanto em domicílio como no consultório. O tempo despendido em cada consulta também foi questionado.

As entrevistas foram gravadas com autorização dos sujeitos, mediante ciência no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme orientações do Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública.

Os depoimentos foram transcritos na íntegra e ouvidos durante a análise para que pudessem ser observadas situações não descritas nas transcrições, tais como pausas, hesitações; valorizando, desta forma, cada particularidade do discurso pois, segundo Spink (1996), é importante *“não traçar simplesmente a história, mas ter a sensibilidade às diferentes narrativas sobre o assunto e aprender o que tem de comum entre os que passaram pelo processo compartilhado”.*

Com relação a esse contexto, é importante salientar que o mesmo não exerce uma influência unidirecional sobre o comportamento e processos individuais, pois estes participam ativamente da continuação das realidades sociais (Sá, 1993).

Terminado esse processo, realizamos uma leitura simples dos discursos, primeiramente tentando introduzir-nos como observador, buscando, dessa forma, identificar expressões e idéias-chaves, dentro do contexto estudado.

4. Resultados e discussão

Nessa etapa pretendemos avaliar a percepção de risco dos clínicos de pequenos animais frente às zoonoses mais comuns, de acordo com a casuística indicada pelos profissionais participantes da pesquisa. Desenvolvemos o estudo discutindo as idéias centrais dos clínicos mais experientes e dos recém graduados. Para tanto, essa etapa foi dividida em temas surgidos a partir das categorias localizadas dentro dos discursos obtidos junto aos profissionais.

A experiência profissional dos entrevistados ancora importante e rica representação dentro da pesquisa, uma vez que o profissional e seu processo de trabalho são os objetos de estudo. Os relatos revelaram muitas situações/attitudes e ou procedimentos específicos de cada profissional.

Dentre as categorias identificadas, depois da formação das idéias centrais, com auxílio de entrevistas, as aqui discutidas constituem a base para avaliação da percepção de risco pelos Clínicos de Pequenos Animais, em seu ambiente de trabalho

A partir da análise de elementos estruturantes das práticas e procedimentos, adotamos um processo progressivo de formação do discurso do “sujeito coletivo”, metodologia essa que emprega técnicas como da ancoragem idéia central, identificando desta maneira algumas categorias importantes, como a Trajetória Profissional, Procedimentos Clínicos, Acidentes e Contenção e Percepção de Risco as quais são discutidas a seguir.

4.1 Trajetória profissional

Foi constatado neste sentido que os profissionais que atuam há mais de 10 anos percorreram longos caminhos até aportar na clínica de pequenos animais, talvez pela escassez de Médicos Veterinários em um passado recente na Região. Fato este não observado nos profissionais mais novos, os quais foram incisivos em expor que optaram, logo após a graduação, em trabalhar com clínica de pequenos animais. Muitos afirmaram que durante a graduação já houve esta definição.

Nessa trajetória, foram muitas as atividades descritas pelos profissionais, desde o trabalho em cooperativas com grandes animais até a pré-determinação durante a graduação para trabalhar com clínica de pequenos animais.

A síntese da comparação dos extratos estudados, de acordo com o tempo de exercício profissional, referencia a caracterização da atividade laboral.

Podemos afirmar que os clínicos de pequenos animais, observados neste estudo, demonstram comportamentos diferentes com relação à trajetória profissional, desde suas respectivas graduações.

De acordo com Pereira de Queiroz (1988), a “história de vida” se revela como o relato de um narrador sobre sua existência através do tempo; através da narrativa individual e linear se delineiam as relações com os membros de sua profissão. Com base nessa história de vida, os profissionais iniciaram os seus depoimentos, com o objetivo de delinear a chegada ao exercício da clínica de pequenos animais.

Os profissionais enquadrados no Extrato II – com mais de 10 anos de exercício profissional, demonstraram intenções pré - definidas de trabalharem em outras áreas, mas por motivos como a dificuldade de colocação na área escolhida, acabaram estabelecendo-se como clínicos de pequenos animais. Os fragmentos de discursos abaixo relatam parte dessa trajetória:

- *“... trabalhei em cooperativas, na Perdigão, ai pôr força do destino... resolvi trabalhar com clínica de pequenos animais...”*.
- *“... trabalhei em cooperativas até 1997, daí houve um processo de terceirização... e aí que comecei a me dedicar mais a pequenos animais...”*.
- *“... busquei a área de grandes animais, a clínica de grandes animais, e também a clínica de pequenos animais. Não tinha consultório, e no período que estive buscando também emprego fixo, eu dei aula no colégio agrícola...”*.

Para os profissionais graduados mais recentemente, nota-se uma opção determinada desde o período da graduação, enfatizando uma curta trajetória até a clínica de pequenos animais, o que caracteriza uma opção e, talvez, lhes proporcione um conhecimento mais direcionado, haja vista essa opção pela clínica de pequenos animais ocorrer ainda na graduação, como observamos nos trechos dos discursos abaixo relativos ao Extrato I:

- *“... desde que me formei já comecei trabalhando com Clínica de Pequenos Animais...”*.
- *“... da graduação, já comecei a trabalhar com clínica de pequenos, diretos...”*.
- *“... eu saí da graduação e... já estou há dois meses trabalhando com clínica de pequenos...”*.

O tipo de trajetória é determinante em relação à percepção de risco. Alguns profissionais, principalmente os do extrato I, podem estar mais capacitados a lidar com as enfermidades zoonóticas da clínica de pequenos animais, principalmente pelo fato de optarem, como dito anteriormente, ainda na graduação, por esse tipo de clínica, fato esse que pode ter sido determinante no sentido de terem vivenciado na época acadêmica a prática veterinária em clínicas de pequenos animais, através da realização de estágios, participações em eventos e congressos específicos da área.

Observamos, também, na trajetória dos profissionais mais antigos, a influência da terceirização e da diminuição dos contingentes técnicos com uma política de enxugamento em moda ou característica do modelo neoliberal.

Os profissionais veterinários saem de grandes empresas e passam a exercer a clínica de pequenos animais, transferindo –se de uma atividade industrial para o setor de prestação de serviços, como se pode observar no relato a seguir:

- *“... trabalhei em cooperativas até 1997, daí houve um processo de terceirização... e aí que comecei a me dedicar mais a pequenos animais...”*.

Esse trecho envolve o desemprego, e como a Medicina Veterinária é caracteristicamente uma profissão que oferta grandes oportunidades de exercer a profissão em diversas áreas, como em indústrias de alimentos, vigilância sanitária, responsabilidade técnica, produção animal entre outras, podemos afirmar que, casos como o citado, podem acontecer com muitos profissionais e em vários lugares.

Dentro da percepção de risco, muitas vezes o profissional direciona a sua formação para trabalhar especificamente em uma área e depois “resolve” mudar sua

lotação. Nesse caso, é questionável se a trajetória múltipla leva a uma menor percepção de riscos em atividades com pequenos animais.

O tempo de experiência profissional não foi determinante para que os mais experientes fossem considerados mais perceptivos ao risco de contrair uma zoonose, decorrente de sua ocupação profissional. Os mais experientes hesitavam quando questionados a respeito de rotinas e procedimentos durante o atendimento clínico, caracterizando de maneira geral que não possuem uma rotina de atendimento pré-definida.

4.2. Rotinas de procedimento

Dentro das rotinas de atendimento clínico, percebe-se uma disparidade com relação aos dois extratos, uma vez que nos clínicos com maior tempo de graduação as rotinas de atendimento não são tão explícitas e os procedimentos, de maneira geral, foram descritos de forma evasiva, como observamos em alguns trechos obtidos nos discursos.

Para Birgel (1999), dentro da Semiologia Clínica é importante realizar uma consulta, embasando-se em rotinas detalhadas, sendo que alguns fatores importantes são relatados a seguir.

- a) A Identificação do animal permite estabelecer os dados que o caracterizam, tendo grande valor clínico e médico-veterinário legal.
- b) A avaliação do estado geral permite estabelecer as condições de saúde, constituição orgânica, estado de nutrição, temperamento e das atitudes do animal examinado. Essas observações não só orientam o clínico na programação de seus exames, como também o auxiliarão na elaboração de seu diagnóstico, na instituição da terapia adequada e na pressuposição do prognóstico.

A seguir, transcrevemos alguns fragmentos dos discursos obtidos, quando os clínicos foram argüidos a respeito de suas rotinas e procedimentos clínicos:

- *“... não, eu sempre chego assim, o animal ele chega, primeira coisa eu digo assim, vamos colocar o animal na mesa né. Eu evito que soltem no meu espaço*

na clínica, eu coloco em cima duma mesa daí eu vou fazendo as perguntas e examinando o animal, essa é minha rotina: verificação de temperatura, mucosas, do coração, pulmão...”

- *“... não, ah! Quando o animal chega na clínica primeiro faz a anamnese, interrogatório ao proprietário, e dentro desse interrogatório, depois a gente procede os exames, tomar a temperatura, pulsação, conferir a mucosa etc. pra daí chegar-se ao diagnóstico...”*

De acordo com Corrêa & Corrêa (1992), para diagnosticar doenças infecto - contagiosas, o clínico deve ser especializado, tomar cuidados precisos e ainda saber e poder usar métodos diferenciais de laboratório.

O mesmo autor ainda relata que, depois da qualificação e identificação do proprietário, inicia-se o exame físico com a inspeção, após verificação das mucosas, exame de linfonodos superficiais, pulso, temperatura e respiração.

Com relação aos clínicos do Extrato I, verifica-se um empenho maior para que a consulta siga um roteiro, porém este não segue um padrão; muitos executam e relatam que a rotina exercida foi absorvida da observação de outros clínicos, sendo que nenhum deles relatou que durante a graduação foi dada ênfase para esse tipo de conduta.

É correto afirmar segundo Rouquayrol & Almeida Filho (1999), que os clínicos que adotam regras pré-determinadas no processo diagnóstico, utilizam-se do raciocínio determinístico. Os fragmentos de discursos a seguir relatam este raciocínio:

- *“... primeiro eu faço a ficha clínica, tiro toda a histórica, a anamnese antes de mexer com o animal... daí eu parto para o exame clínico, dando a devida atenção a todos os parâmetros...”*
- *“... na consulta, a gente faz primeiro um questionamento ao proprietário né, do que tá acontecendo...o que tá havendo, por que ele trouxe o animal até a clínica , depois a gente afere a temperatura, vê o ouvido, a auscultação, vê se há necessidade de fazer algum exame, pesa o animal....Basicamente é isso....”*

“ ... tem que ter, eu meço a temperatura, faço a auscultação cardíaca, pulmonar e exame dos ouvidos sempre...”.

“...tá bom, primeiro eu tento ser, é assim me apresentar para o animal, porque eu acho eu acho que isso é muito importante para ele se sentir seguro...”.

Alguns profissionais relatam o ato de higienização das mãos constantemente como um método preventivo, com relação ao risco de contrair uma zoonose.

Tal procedimento está, sabidamente, relacionado à diminuição do risco de contágio em diversas áreas, haja vista que o ato de lavar as mãos constantemente é significativo dentro de rotinas pré-determinadas de atendimento. Especificamente, na observação de um colega que relatou esse procedimento, tivemos oportunidade de acompanhar algumas consultas e, observando sua rotina de atendimento, verificamos que o ato de lavar as mãos para esse profissional é uma rotina de procedimento e, dessa forma, pode ser considerada como medida preventiva.

Outro comportamento observado, é que os clínicos mais experientes demonstraram-se mais disponíveis para realizar procedimentos de consulta em domicílio, diferentemente dos clínicos com menos tempo de graduação.

Os procedimentos realizados em domicílio são caracterizados pelos clínicos de maneira geral, como sendo de qualidade inferior, uma vez que no ambiente de trabalho (consultório), os clínicos relatam haver mais recursos, melhores condições e meios de contenção do animal que se sente mais ameaçado, o que para muitos facilita o trabalho, como demonstramos a seguir:

- *“... a princípio, sempre alertamos que uma consulta a domicílio não chega a ser uma consulta tão eficiente como dentro do próprio consultório, mas por circunstâncias da pessoa não poder trazer o animal então a gente vai e faz o possível...”.*

- *“... é a consulta a domicílio há quem defenda que é... ela é mais benéfica do que no consultório, uma vez que o cão tá no ambiente dele, é... pro fato de você descobrir a doença, fazer um diagnóstico mais preciso até seria melhor, mas em*

termos de recurso o domicílio é pobre... até para a contenção do animal é mais difícil...”.

- *“... inicialmente eu procuro saber aqui da clínica já o telefone pra algum contato, o que mais ou menos está acontecendo para saber quais os procedimentos a adotar lá. Chegando lá é feito um exame, como se fosse aqui no consultório, claro na medida das possibilidades...”.*

O tempo da consulta variou de 15 a 60 minutos e praticamente todos os colegas justificaram que esse tempo oscila de acordo com a progressão do exame clínico e, muitas vezes, depende das novas descobertas decorrentes da anamnese.

Um profissional relatou que seria muito difícil quantificar o tempo médio, uma vez que, pela sua experiência profissional, muitas vezes chega ao diagnóstico rapidamente como observamos a seguir:

- *“... o tempo médio é, se eu falar uma frase, estarei mentindo. Normalmente ao me deparar com o animal assim eu, já tenho possibilidade de 50% de chegar ao diagnóstico, e depois a gente só confere porque as doenças podem vir acumuladas...”.*

Uma explicação para esse tipo de situação pode ser embasada nos relatos de Rouquayrol & Almeida Filho (1999), quando comentam sobre o raciocínio causal, no qual é adotada uma estratégia diagnóstica hipotético-dedutiva que, segundo o autor, é bastante comum na prática ambulatorial. Ele ainda relata que, em alguns casos, a especificidade dos dados clínicos alcançados pelo raciocínio causal é tão grande que não requer exames adicionais, porém deve-se considerar também a importância de entender o raciocínio probabilístico, pois o diagnóstico, em alguns casos, é simples e com sintomas característicos.

Dentro da caracterização do trabalho, a carga horária representa importante fundamento epidemiológico para avaliação de risco, haja vista que quanto maior a carga horária, maior a exposição aos fatores de risco.

Neste estudo, observamos uma carga horária bem heterogênea, numa variação de 4 a 12 horas, sem contar os plantões executados por alguns profissionais, pois ficam 24

horas disponíveis, o que não significa exercerem atividades laborais durante todo o período.

A exposição não é permanente, varia de acordo com a demanda do estabelecimento em que o profissional desempenha suas funções.

De acordo com Metzger (2001), a duração da jornada diária de 12 horas leva a um aumento considerável na carga de trabalho, influenciando a percepção do trabalhador sobre a capacidade para o trabalho, a fadiga e as alterações do sono.

Essa concepção relatada pelo autor é compartilhada pelos clínicos, uma vez que alguns relataram que, no fim do dia, insinuam que o risco é maior, devido muitas vezes à fadiga do final da jornada ou mesmo à pressa em terminar um procedimento pela ansiedade em partir para casa.

4.3. Acidentes e contenção animal

A contenção animal é relatada por todos os clínicos como medida de proteção, e os equipamentos mais utilizados para essa contenção são a mordança e o cambão.

Muitas vezes, a contenção animal é realizada pelo proprietário, o que em certas ocasiões pode expor o clínico a riscos, pois o animal está aparentemente dominado. Por outro lado, animais em situações de estresse diferem no modo de reagir, alguns permanecem estáticos, o que facilita o trabalho do profissional, mas, em muitos casos, o animal sente-se ameaçado e, não raro, parte para o ataque, como relatam alguns discursos:

- *“... eu não me arrisco, se eu chego perto, quando eu vejo que o proprietário não tem controle ou tem até pena eu chamo o auxiliar e coloco focinheira, eu não me arrisco...”*
- *“... depende, se o animal for bravo, agressivo, se for daqueles que o proprietário já avisa ó, ele é bravo, daí sim a gente põe mordança...”*
- *“... geralmente focinheira, dependendo do porte do cachorro; né, se for filhote não, se for cachorro grande... focinheira, cambão também utilizamos, anestésico eu evito um pouco...”*

- *“... Ah, sempre; sempre o animal pra ser examinado é contido mesmo que o dono diga que é o animal não tem perigo...”.*

- *“... As básicas sim seriam mordança e... eventualmente até... é alguma coisa pra segurar também, é eu to assim é... relutando em fazer consulta em animais extremamente agressivos....”*

Um dos clínicos relatou que utiliza os tipos básicos de contenção e reluta em realizar consultas em animais agressivos, pois alguns deles são extremamente agressivos, fora ou no seu ambiente. Esse é um aspecto que dificulta o procedimento, principalmente quando nem o proprietário tem domínio sobre o animal.

Fraser (1991) relata três planos de interação homem-animal:

- 1- Dependência: Iniciando-se na primeira infância do animal, o cão se torna um dependente perpétuo.
- 2- Dominância Social: O homem deve ser o dominante ou corre o risco de ser ameaçado ou mordido.
- 3- Relacionamento de dominância-submissão: na maioria dos animais é necessário treinamento para produzir este relacionamento.

De acordo com os três planos relatados por Fraser, muitas medidas no processo da consulta clínica podem ser tomadas. Uma anamnese bem realizada é uma das melhores maneiras de prevenir o risco das zoonoses em clínicos de pequenos animais, pois a partir do conhecimento da história do animal através da anamnese, o clínico pode planejar seu exame clínico e demais procedimentos com segurança.

Outra constatação é que, nos dois extratos, a preocupação com a contenção animal se apresenta homogênea, sendo que nenhum dos profissionais negou a utilização de técnicas de contenção animal. O que variou foi o tipo de abordagem ao animal, alguns clínicos relatando que procuram estudar o comportamento animal para facilitar a abordagem:

- *“... Sempre eu mentiria, é usualmente, eu conheço muito animais..., estudo muito o comportamento animal então, é na maioria das vezes a gente utiliza né, mas nem sempre, diria... que não é sempre que a gente tem focinheira...”.*

Muitas vezes, pode existir um excesso de confiança em um animal. Esse tipo de evento acontece, principalmente, com aqueles animais já conhecidos. Porém, importa observar que o animal quando sente dor, em um exame abdominal, por exemplo, tende a responder agressivamente, haja vista que o procedimento para o animal pode ser tomado como uma injúria.

Os profissionais, de maneira geral e sem distinção de categoria, relatam a contenção animal como um equipamento de proteção rotineiro, como podemos observar nos fragmentos de discurso a seguir:

- *“... Ah... sempre uso... mordaça... só não uso a mordaça quando o animal é muito manso...”*.
- *“... depende, se o animal for bravo, agressivo, se for daqueles que o proprietário já avisa ó, ele é bravo, daí sim a gente põe mordaça...”*.
- *“... eu não me arrisco, se eu chego perto, quando eu vejo que o proprietário não tem controle ou tem até pena eu chamo o auxiliar e coloco focinheira, eu não me arrisco...”*.

Houve uma grande variação com relação à utilização de Equipamentos de Proteção Individual (E.P.I). Os clínicos foram unânimes na utilização de luvas em procedimentos cirúrgicos, porém, com relação a procedimentos de rotina, notou-se um esclarecimento maior por parte dos clínicos com menor tempo de atuação. Estes foram incisivos em relatar a utilização de E.P.I em todos os tipos de procedimento, mas muitos ainda avaliam a condição do animal antes de tomar essa decisão. Podemos relatar que a expressão: *“Animal Suspeito”* aparece em muitos discursos:

- *“... quando às vezes a gente assim sabe que tem algum animal suspeito de alguma doença, é... de alguma zoonose, daí a gente põe luva, mas não é uma constante...”*.

- *“... luvas, quando eu acho que o animal é suspeito... O animal suspeito é que tá com febre alta, doença... uma doença que eu não sei o histórico e existe risco de principalmente de leptospirose...”*.
- *“... geralmente eu uso avental, um jaleco no caso, depende da situação uso luvas, dependendo do risco de contaminação, mais, mais os que eu mais uso são esses, daí máscara eu dificilmente uso...”*.

O fragmento de discurso a seguir revela que alguns clínicos possuem rotinas bem determinadas com relação ao uso de E.P.I.

- *“... coloco luva, eu não tenho nenhuma vergonha assim de colocar na frente do proprietário. Eu não tenho mesmo...”*.
- *“... Principalmente luva né, quando eu vou fazer algum procedimento mais... invasivo... ou que tem... risco de... contaminação direta né... zoonose...”*

A maioria dos clínicos tem a sua disposição auxiliares para os procedimentos que exercem, principalmente na função de conter o animal. Muitas vezes, esse procedimento é realizado pelos proprietários, como citado anteriormente.

A contenção animal foi relatada, por todos, como um método de auto-proteção, porém alguns se demonstram relutantes em utilizá-lo, alegando conhecimento do comportamento animal.

4.4. Origem e procedência do animal

Com relação à origem/procedência do animal obtivemos muitas interpretações, algumas relacionando a origem rural, outras a regiões com presença de Raiva. Nesta questão, o que foi observado é que poucos clínicos estão atentos à origem do animal, mas a partir do momento em que se citava a palavra Raiva os mesmos eram unânimes em afirmar que a origem/procedência do animal determinaria novos ou outros procedimentos na consulta, como comprovamos nos relatos abaixo:

- *“... dependendo da região que tem risco de raiva, ou risco de... de *Dirofilariose* que aqui não tem, aí sim...”*
- *“... Com certeza, como eu faço atendimento no Grupo Fauna¹, são animais de rua, eles nossa, a gente atende de outra maneira, tem muito mais cuidado, eu não atendo gatos principalmente...”*
- *“... acho que sim, pois às vezes o animal pode ser de rua, ou se às vezes é um animal de apartamento...”*
- *“... se vem de uma região mais rural, de repente a gente pode se pensar em... em doenças que são mais prevalentes lá fora da cidade do que aqui né,...”*
- *“... Nós, nós é já tivemos o acidente já tomamos vacina anti-rábica por ser mordido por pastor dentro da própria clínica, você sempre tá exposto ao mal... mas isso já faz mais de vinte anos e... e no momento a gente não se tem notícia de ocorrência de raiva dentro do município...”*
- *“... é uma coisa que a... que nós costumamos assim pode até generalizar e não levar em conta, deveríamos é... deveríamos levar mais a sério a origem do animal, e... tomar alguns cuidados...”*

A origem e procedência do animal são negligenciadas para muitos clínicos, de modo que não determinam novos procedimentos de conduta. Essa origem representa importante fonte epidemiológica de informação, principalmente em agravos potencialmente zoonóticos, como a Raiva e a Leptospirose. Fato este que ocorre principalmente, devido à região conter importante entroncamento rodo-ferroviário e ser caminho para o escoamento da safra de grãos da região Oeste do Paraná, Argentina e Paraguai, áreas essas, com casos de raiva notificados.

¹ ONGs – ORGANIZAÇÃO NÃO GOVERNAMENTAL que presta auxílio aos animais de rua no município de Ponta Grossa - PR. (NOTA EXPLICATIVA).

Alguns profissionais foram evasivos ao caracterizar a procedência do animal. Alguns se referiam à procedência rural, outros à condição de errante. Quando foram relacionadas áreas geográficas endêmicas de zoonoses passíveis de contaminação, os mesmos pareceram “acordar”, no sentido da importância de avaliar a origem e a procedência do animal.

4.5. Avaliação da percepção de risco

Nas etapas anteriores procuramos relatar a história, o exercício profissional e o processo de trabalho. Nesta fase, a partir dos discursos obtidos, poderemos discutir a percepção de risco por parte do profissional. Esta análise será realizada com base no referencial teórico, que reporta a diversos autores. Almeida Filho (1989), em seu livro *"Epidemiologia sem números"*, define risco como *"a probabilidade de um membro de uma população definida desenvolver uma dada doença em um período de tempo"*.

O risco continua a existir, porém os mecanismos de prevenção podem estar mais estruturados dentro de uma consciência de prevenção, formada a partir do acúmulo de conhecimento, principalmente quando se discutem as zoonoses e suas características epidemiológicas.

De acordo com Gonçalves & Benzinho (1999), indivíduos diferentes respondem de forma diferente a situações de risco, tal como o fazem diferentes sociedades (grupos sócio-culturais, sócio-políticos, sócio-econômicos).

O autor ainda relata que a aceitação de um acontecimento por um indivíduo pode ser algo inadmissível para outro. Porém, quando se avalia uma sociedade, as “aceitações” são semelhantes.

No roteiro de entrevista, a questão acerca do risco foi específica, perguntando-se ao profissional qual era sua percepção, no caso de contrair uma zoonose relacionada à atividade que exerce.

Os discursos relacionados a esse questionamento foram bem variados, alguns de forma evasiva tentaram classificar o risco como alto:

- *“... É grande, principalmente com a Leptospirose...”*.

Ser tão evasivo edita alguns pensamentos que podem ocorrer, como o de perceber o quão difícil, muitas vezes, é para o clínico aportar em uma área desconhecida, sendo que, pela análise do discurso, poucos poderiam definir risco da forma citada genericamente por Almeida Filho (1989).

Ainda com relação a essa dificuldade, podemos afirmar que o desconhecido inspira medo, uma vez que para muitos o risco de contrair uma zoonose em clínica de pequenos animais é alto.

A experiência profissional pode ser um fator determinante para essa convivência com o risco. Alguns profissionais, com bem mais de 10 anos de graduação, relataram que nunca tiveram qualquer doença zoonótica relacionada ao processo de trabalho.

As mordidas e arranhaduras de gatos, que para muitos não são consideradas lesões zoonóticas, não apareceram nos discursos, o que nos leva a observar que os depoentes podem considerar este tipo de lesão como corriqueira relacionada ao trabalho e sem muita importância, por ser muito freqüente e, geralmente, autolimitante.

Fraser (1991) descreve que o comportamento felino na interação homem – felino, observando que os machos solitários são mais agressivos que aqueles criados em ninhadas.

Como geralmente o animal recebe atendimento individualizado, gatos demonstram-se extremamente difíceis para manipulação nos procedimentos de consulta.

Pela análise dos discursos, não observamos correlação entre o tempo de graduação e atuação, e o relato de zoonoses adquiridas diretamente, relacionadas ao trabalho.

Na avaliação da percepção, observa-se que os clínicos com menor tempo de graduação não diferem em conhecimento do que seja o risco a que estão expostos. Pode-se afirmar que a principal diferença, estabelecida entre os dois extratos, estaria na constatação de que os clínicos graduados há menos tempo sabem mais da existência do risco do que os profissionais mais experientes.

Os clínicos mais experientes conhecem mais relatos de profissionais que foram acometidos por zoonoses, já que muitos sempre referenciavam algum colega que havia adquirido determinada doença, ligada à atividade profissional. Nenhum dos clínicos que relatou conhecer profissionais acometidos por zoonoses os relacionou à clínica de

pequenos animais e sim a outras atividades profissionais exercidas dentro da Medicina Veterinária.

Giddens (1991) relata que muitos trabalhadores se enquadram na aceitação pragmática, na qual o autor relaciona o sentido de sobreviver, partindo para o pressuposto de que não existe controle nenhum sobre os determinantes da qualidade de nossas vidas. O autor relaciona ainda que, para muitos, essa aceitação limita-se em administrar o cotidiano e conviver com o risco.

Ainda de acordo com Rouquayrol & Almeida Filho (1999), o conhecimento sobre o adoecer e morrer dos trabalhadores constitui, um pré-requisito fundamental para orientação da intervenção, direcionando corretamente ações técnicas que conduzam à redução ou eliminação da nocividade dos processos de trabalho.

Podemos analisar e identificar a mencionada aceitação do cotidiano em alguns relatos dos clínicos mais experientes:

- *“... eu acho que o risco por si existe...”*.
- *“... o risco em si eu acho que é um fator grande...”*.
- *“... é o risco sempre existe, mas não é tanto...”*.

Essa aceitação pragmática, como observada nos relatos, condiciona o profissional a “bem” conviver com o risco e não se preocupar com medidas preventivas.

Outro aspecto a considerar, nos profissionais mais experientes, é que muitos relataram nunca terem sido acometidos por qualquer lesão ou doença zoonótica, sendo este mais um indicador do atributo da aceitação, haja vista que para eles a percepção do risco já está estruturada em seus procedimentos. Dificilmente eles adotarão novas condutas na sua prática profissional, se em mais de 10 anos nunca foram acometidos por qualquer zoonose relacionada ao trabalho.

A conduta preventiva só estaria apta a mudanças se algum agravo epidemiologicamente significativo ocorresse na região, por exemplo um caso de Raiva Humana.

Talvez, a ocorrência de um caso de exposição humana grave, ocasionasse o resgate da preocupação com as zoonoses em clínica de pequenos animais, para esses profissionais.

A mística em torno da Raiva é generalizada e a presença ou ameaça dessa enfermidade sensibiliza muito os profissionais, principalmente porque, segundo o

Ministério da Saúde (1998), o aparecimento de um caso de raiva humana seria a falência do sistema de vigilância à saúde regional.

Quando questionados a respeito da percepção de risco, no caso das zoonoses em clínicas de pequenos animais, muitos tentaram classificar o risco considerando uma avaliação quantitativa, como demonstram os relatos a seguir:

- “... é grande, principalmente pela Leptospirose...”.
- “... um grande risco... acho que é maior do se imagina...”.
- “... em clínica eu acho que é baixo...”.

De acordo com Hayes (1991), apud Guilam (1996), uma das críticas mais severas à quantificação do risco deve-se, muitas vezes, ao fato deste ser possuidor de características próprias, ou seja, atributos de virtualidade, pois a “existência dos riscos” pode ser invisível e nem sempre pode ser perceptível por sinais – sintomas e outros instrumentos da semiologia médica.

Um profissional relatou ser difícil classificar o risco, quer seja em percentagem, ou por qualquer outro indicador, ressaltando ainda que a qualificação do risco seria um procedimento até fácil.

Essa qualificação do risco esta diretamente relacionada à presença dos fatores de risco, que significam toda característica ou circunstância determinável de uma pessoa ou um grupo de pessoas que se sabe estar associada a um risco anormal de aparecimento ou evolução de processo patológico ou de afecção especialmente desfavorável por tal processo (WHO, 1993).

5. Conclusão

- A percepção dos profissionais envolvidos nesse estudo está diretamente relacionada a sua trajetória profissional, uma vez que os clínicos menos experientes destacam-se pela definição, ainda na graduação, de exercerem a clínica de pequenos animais.
- Os Clínicos menos experientes são mais perceptivos ao risco das zoonoses na clínica de pequenos animais
- O acometimento dos profissionais por lesões ou doenças zoonóticas acontece, sendo envolvidas zoonoses de alta morbidade e baixa mortalidade. Como exemplo podemos citar as dermatopatias referenciadas pelos clínicos.
- A padronização do atendimento clínico, ditando normas para anamnese, contenção e abordagem poderia sensibilizar os profissionais, auxiliando na construção de uma consciência preventiva.
- O raciocínio causal com estratégia hipotético-dedutiva, realizada por alguns clínicos, pode ser considerado uma medida preventiva, porém pode influenciar na qualidade do procedimento e na eficácia do diagnóstico.
- Conclui-se, através deste estudo, que é extremamente importante, durante a graduação, o fornecimento de informações referentes ao risco de contrair zoonoses no exercício da clínica de pequenos animais.
- A percepção do risco profissional, para muitos, não foi assimilada, uma vez que se limitaram a tentar quantificar o risco.
- A qualificação do risco, para os profissionais envolvidos neste estudo, demonstrou ser algo muito difícil, atribuído a seu pouco conhecimento com relação ao assunto e pela distância do profissional de Medicina Veterinária das ações em Saúde Pública.

- Os clínicos sabem da existência do risco das zoonoses, porém não conhecem a potencialidade das mesmas.
- Nenhum dos clínicos mencionou a orientação dos proprietários quando do diagnóstico de animais portadores de zoonoses.

Com o exposto, reiteramos nosso posicionamento de as reflexões, as pesquisas e análises resultantes deste estudo não se pretendem definitivas, visando proporcionar, àqueles que estão envolvidos na área de abrangência deste trabalho, alguma contribuição e o incentivo para posteriores estudos.

6. Referências

ALMEIDA FILHO, N., 1989. *Epidemiologia sem números: Uma introdução à ciência epidemiológica*. Rio de Janeiro: Campus.

ARENDDT, H., 1995. *A Condição Humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

BARDINET, Thierry., 1995. *Lês Papyrus medicaux de L'egiste pharaonique*, Paris: Artéme fayard.

BECKER, E., 1995. *A negação da Morte*. 2.ed. Rio de Janeiro: Record.

BENSOSSAN, E; GOMES, V.B; ALBIERI, S., 1988. *Saúde Ocupacional*. Rio de Janeiro: Cultura Médica.

BIRCHARD, S., 1998. *Manual Saunders: clínica de pequenos animais*. São Paulo: Roca.

BIRGEL. E. H., 1999. *Preleções de Semiologia Veterinária - Semiologia Geral*. São Paulo: USP.

BLAVATSKY, H., 1994. *Ísis sem véu*. São Paulo: Pensamento.

BOGADO, S.C., 1997. A Medicina Veterinária na Saúde Pública: *Revista do Conselho Federal de Medicina Veterinária*, 10:20-22.

BOUZON, E., 1987. *O código de Hammurabi*. 4.ed. Petrópolis: Vozes

C.F.M.V (Conselho Federal de Medicina Veterinária), 2000. Resolução 670 de 10 de agosto de 2000. Conceitua e estabelece condições para o funcionamento de estabelecimentos médicos veterinários e dá outras providências. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina Veterinária.

CARVALHO, A.S., 1987. *Metodologia da Entrevista*. 2.ed. Rio de Janeiro: Agir.

CASTIEL, L., 2001. *Estudos sobre tecnobiciências e risco na sociedade contemporânea*. abril 2002 .

<<http://www.ensp.fiocruz.br/projetos/esterisco/principal.htm>>

CORADASSI, C.E.; CAVAGNARI,G.B.; CORADASSI,A.L.F.; CAVAGNARI,M.S., 2002. Estudo da Prevalência de Lesões/Doenças Zoonóticas em Médicos Veterinários Clínicos de Pequenos Animais em Ponta Grossa - Paraná. In: V Congresso Brasileiro de Epidemiologia, *Livro de Resumos*, p.475. Curitiba: Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva.

CORRÊA, W.M & CORRÊA, C.N.M., 1992. *Enfermidades Infeciosas dos Animais Domésticos*. 2.ed. São Paulo: Medsi.

COSTA, E.L.S, & NETO, J.V., 1999 .Quantos somos? Quem somos? O que fazemos? *Revista do Conselho Federal de Medicina Veterinária*, 15:40-43.

CRUZ NETO, O., 1997. O trabalho de Campo como descoberta e criação. In: MINAYO, Maria Cecília de S. (Org.). *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. 7.ed. Petrópolis: Vozes.

CZERESNIA, D., 2002. Risco, Normatividade e Promoção da Saúde. In: V Congresso Brasileiro de Epidemiologia, *Livro de Resumos*, p.21. Curitiba: Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva.

DELBONI, C., 2002. Ao melhor amigo o luxo. *Revista Veja*, 24:81-82.

DEMO, P., 1985. *Introdução a Metodologia da Ciência*. 2.ed.São Paulo: Atlas.

ENDENBURG, N., 2002. A alteração do papel dos animais na sociedade. In: *Dor em Animais* (L.F.Hellebrekers),pp.37-47, São Paulo: Manole.

FERREIRA, J.P., 1976. *Doenças Infecto-contagiosas dos Animais Domésticos*. 3.ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

FRASER,C.M., 1991. *Manual Merck de Veterinária*. 6.ed. São Paulo: Rocca.

FREITAS, A. A., 1999. Identidade Profissional do(a) Médico(a) Veterinário(a). In: V Jornada Científica de Pós Graduação da Fiocruz, *Resumos*, p.4. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz.

GEERTZ, C., 1999. *O saber local*. 2.ed. Petrópolis: Vozes.

GIDDENS, A., 1991. Modernity and Self-Identity. Palo Alto: Stanford University Press.

GONÇALVES, G.N.P. & BENZINHO, R., 1999. *Avaliação do Risco em Toxicologia*. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa.

GUILAM, M.C. 1996. *O conceito de Risco*. Dissertação de Mestrado em Ciências Humanas e Saúde, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. maio 2002.

<<http://www.ensp.fiocruz.br/projetos/esterisco/artigos1.htm>>

HATSCACH, P.I., 2001. Síntese Histórica da Medicina Veterinária (CFMV) Março 2001. abril 2002.

<<http://www.cfmv.org.br/histori1.htm>>

JODELET, D., 1984. Representaciones sociales: conceptos y teoría. En Moscovici (1984), *Psicologia social*, II. Barcelona: Paidós

KONOLSAISEN, J.F (Coord.), 1995. *Considerações sobre Raiva*. Curitiba: Instituto de Saúde do Paraná.

LEFÈVRE, F; LEFÈVRE, A.M.C., TEIXEIRA, J.J.V., 2000. *O Discurso do Sujeito Coletivo*. Caxias do Sul: EDUCS.

MS (Ministério da Saúde), 1998. *Guia Brasileiro de Vigilância Epidemiológica*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde – Centro Nacional de Epidemiologia. Ministério da Saúde.

MACHADO, J.M.H., 1997. Vigilância em Saúde do Trabalhador. *Revista de Saúde Pública*, 13 p38 s 2.

MACHADO, J. M. H. & GOMEZ, C. M., 1995. Acidentes de trabalho: concepções e dados. In: *Os Muitos Brasis - Saúde e População na Década de 80* (M. C. S. Minayo, org.), pp 117-142. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.

MEIRELLES, J.C.S., 1997. A Medicina Veterinária na Saúde Pública: *Revista do Conselho Federal de Medicina Veterinária*, 10: 9.

MENDOZA, L. & ACOSTA, E., 1985. Dermatofilosis Humana em Costa Rica. *Revista Costarriquenha de Ciências Médicas*, março 1985. abril 2002

<<http://www.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>>

MENDES, R., 1980. *Medicina do trabalho e doenças profissionais*. São Paulo: Sarvier.

MENDES, R. & DIAS, E. C., 1991. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*, 25:341-349.

METZER, R.J & FISCHER, F.M., 2001. Fadiga e Capacidade para o Trabalho em turnos físicos de 12 horas. *Revista de Saúde Pública*, 35. p6.

MIRANDA, Z.B., 1999. A inserção do Médico Veterinário no contexto da saúde pública no Brasil. *Revista do Conselho Federal de Medicina Veterinária*, 15: 46-50.

MUÑOZ, P.; LÓPEZ, M.; FUENTEALBA, J., 1997. Seroprevalencia de leptospirosis en médicos veterinarios expuestos al riesgo: Ñuble, Chile. *Cuad.méd.-soc.* (Santiago do Chile).

NELSON, R.W & COUTO, G.C., 2001. *Medicina Interna de Pequenos Animais*. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan

NOGUEIRA, R.H.G.; GUEDES, R.M.C.; CASALI, G.D.; GHELLER, V.A.; MOREIRA, Y.K. 1995. Relato de esporotricose em gato (*Sporothrix schenckii*), abordando os aspectos clínicos, microbiológicos e anatomopatológicos. *Arquivo Brasileiro de Medicina Veterinária e Zootecnia*, fevereiro 1995. maio 2002.

<<http://www.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>>

ODDONE, I., 1986. *Ambiente do trabalho. A luta dos trabalhadores pela saúde*. São Paulo: Hucitec.

PEREIRA DE QUEIROZ, M.I., 1988. Relatos Oraís do “indizível” ao “dizível” In: VON SIMSON, O.M (Org). *Experimentos com histórias de vida* (Itália –Brasil) São Paulo: Vértice.

PÊSSOA, S.B. & MARTINS, A.V., 1978. *Pessoa Parasitologia Médica*. 10.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

PINHEIRO, J., 2002. Indicadores de Saúde. Assuntos Veterinários, Abril 2002.

<<http://www.geocities.com/heartland/village/4281/indsaudehomepge.htm>>.

REY, L., 1991. *Parasitologia - Parasitos e Doenças Parasitárias do Homem nas Américas e na África*. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

ROUQUAYROL, M.Z. & ALMEIDA FILHO, N.M., 1999. *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: Medsi

S.E.S.A – PR (Secretaria de Estado da Saúde), 2002. *Informações sobre agravos de interesse epidemiológico -Dados sobre – Lepstospirose e Raiva no Estado do Paraná*. Curitiba:–Centro de Saúde Ambiental, S.E.S.A – PR.

SATO, L., 1996. As implicações do conhecimento prático para a vigilância em saúde do trabalhador. *Cadernos de Saúde Pública*, v.12, n.4, p.489-95, out./dez. 1996.

SATO, L., 1995. *O conhecimento do trabalhador e a teoria das representações sociais*. In: CODO, W & SAMPAIO, J.J.C., orgs. *O sofrimento psíquico nas organizações: saúde mental e trabalho*. Petrópolis: Vozes.

SÁ, C.P., 1993. Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, Mary Jane P. (Org). *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da Psicologia Social*. São Paulo: Brasiliense.

SCHAIBER, L. B., 1995. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 29:63-74.

SCOTT, D.; MILLER, W.; GRIFFIN, G.,1996. *Dermatologia de Pequenos Animais*. Rio de Janeiro: Interlivros.

SPINK, M.J.P., 1994. Desvendando Teorias Implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: GUARESCH & JOVCHELOVITCH (Org.) *Textos em Representações Sociais*. 4.ed. Petrópolis: Vozes.

SPINK, M.J.P., 1996. "Representações sociais: questionando o estado da arte". *Psicologia & Sociedade*, v.8, n.2, p.166-186, jul./dez.

WHO(World Health Organization), 1992. *Our Planet, Our Health*. Report of the WHO Comission on Health and Enviroment. Geneva: WHO.

WHO(World Health Organization), 1993. Improving routine systems for surveillance of infectious diseases including EPI target diseases: guidelines for national programe managers. Geneva: WHO.

WAGENER, K., 1957. *Zoonoses - Anthroozoonoses - Zooantroponosen*. Berl. Munch. Tieraerztl. Wochschrft.

WILKENSON, G.T. & HARVEY, R.G., 1996. *Atlas colorido de dermatologia dos pequenos animais – Guia para o diagnóstico*. 2.ed. São Paulo: Manole.

WILLEMSE, T., 1998. *Dermatologia Clínica de Cães e Gatos*. 2.ed. São Paulo: Manole.

Figura 1- Mapa do Paraná e a Região dos Campos Gerais, segundo a Terceira Regional de Saúde

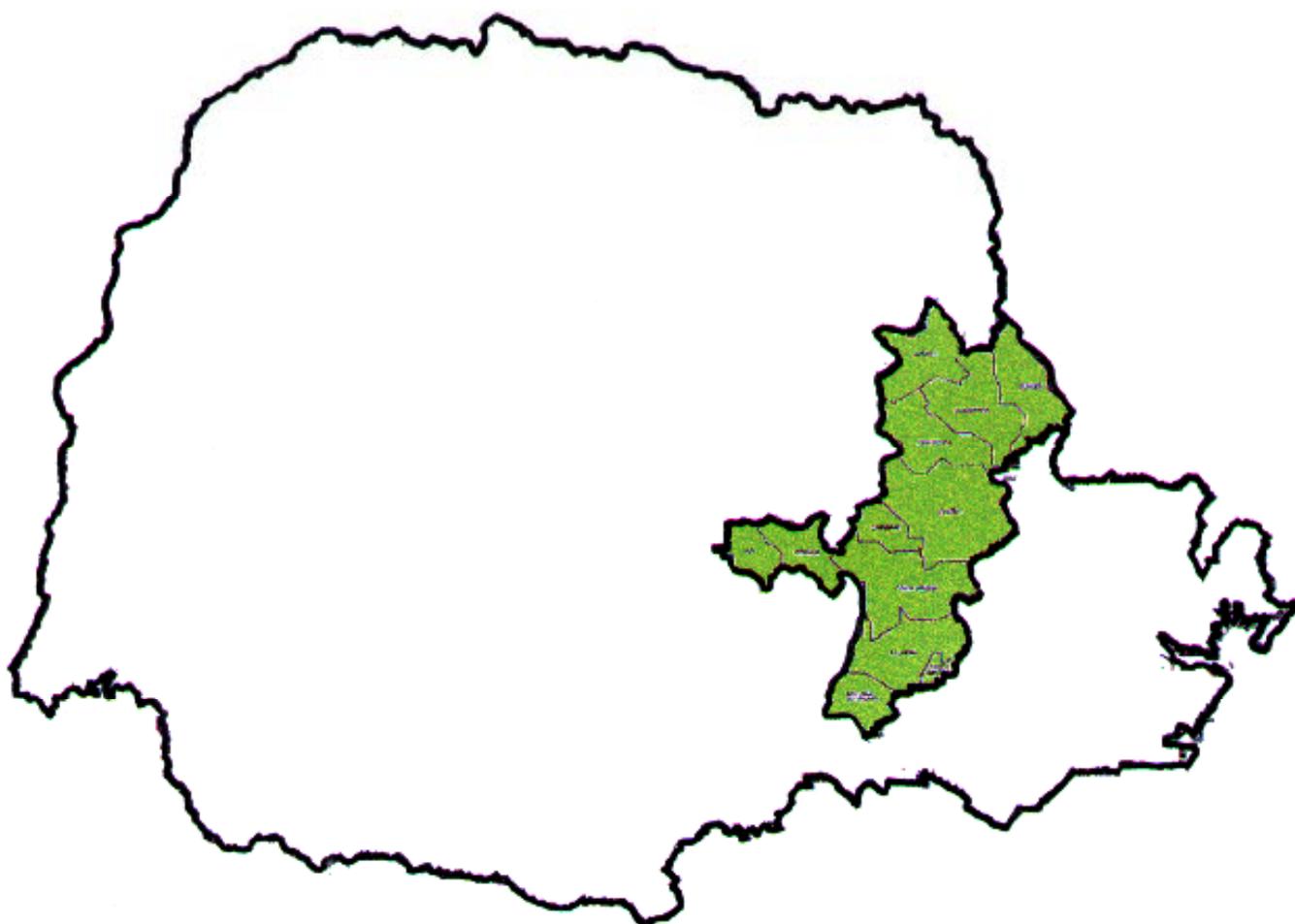
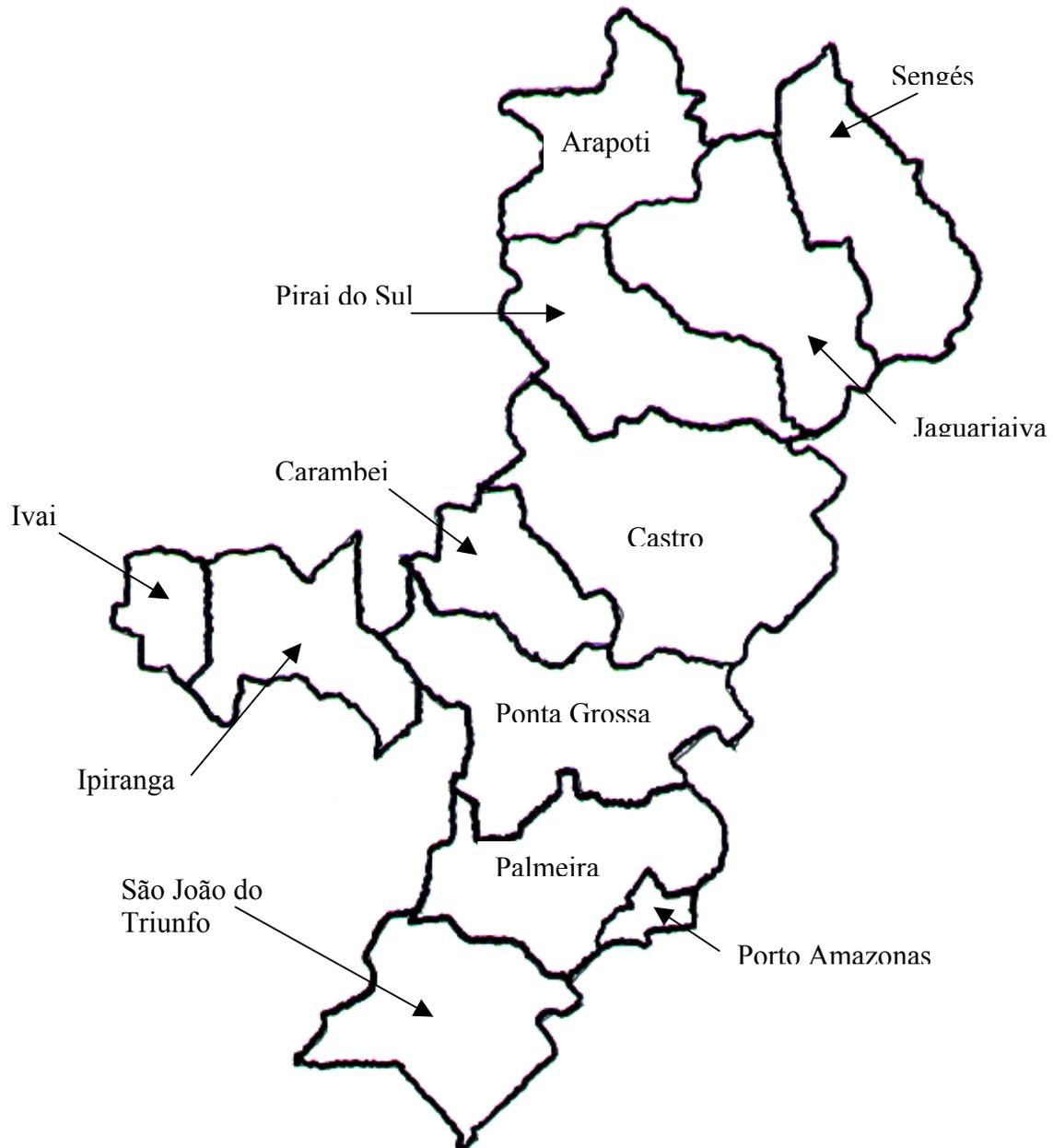


Figura 2 – Municípios componentes da Região dos Campos Gerais – PR, segundo a Terceira Regional de Saúde



Anexo 1 - Roteiro utilizado para Entrevista

1- Identificação do Entrevistado

Consta de:

- Nome, data de Nascimento e de graduação.
- Tempo de exercício profissional em clínica de pequenos animais
- Trajetória, desde a graduação até a clinica de pequenos animais.

2- Atividades laborais

- Trabalha em: Clinica ou clinica e cirurgia, Exames laboratoriais definição específica da atividade laboral.
- Realiza consultas em consultório, clínica e domicilio.... ?
- Caso realize em domicilio, como você descreveria um procedimento?
- Você adota alguma rotina específica ou pré-determinada (tanto em nível de consultório como em domicilio)?
- Quanto tempo, em média, é gasto com uma consulta?
- Qual a sua jornada de trabalho em clínica de pequenos animais?
- Você utiliza técnicas de contenção animal nos procedimentos?
- Existem auxiliares em seus procedimentos? Qual a função?
- A utilização de Equipamentos de proteção individual é uma constante? De que forma?
- A origem do animal determina novos/outros procedimentos em sua consulta?
- Já foi acometido por alguma lesão/doença de origem zoonótica, que possa estar relacionada com o seu trabalho?
- Qual a sua percepção de risco, com relação às zoonoses na clínica de pequenos animais?