

Perceptions of the population and health professionals regarding visceral leishmaniasis

Rose Ferraz Carmo ¹
Zélia Maria Profeta da Luz ²
Paula Dias Bevilacqua ³

Abstract *Based on theoretical qualitative research reference methodology, this study sought to investigate the perception of visceral leishmaniasis (VL) by social actors directly involved in the prevention and control of the disease. Thirty-eight semi-structured interviews were conducted with residents, focus groups were staged with 18 health workers in an endemic VL area and depositions were collected, which after being processed by content analysis revealed shortcomings and challenges. The population associated VL with dogs, acknowledged their co-responsibility in tackling the disease and demanded information. Health workers identified environmental sanitation as an essential factor for VL prevention. Among the shortcomings, the lack of information about the disease and culpability of the individual because of non-adherence to prevention measures were observed, especially environmental management. Probably, approaches emphasizing the role of the environment as a health promotion agent and the timely definition of specific environmental measures against VL, constitute a prospect for overcoming these shortcomings. The consensus is that the main challenge for enhancing the prevention and control might be the participatory and dialogical construction of these approaches between health professionals and the population.*

Key words *Visceral leishmaniasis, Prevention and control*

¹ Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Av. Augusto de Lima 2061, Barro Preto. 30190-002 Belo Horizonte MG Brasil. rferrazcarmo@gmail.com

² Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz. Belo Horizonte MG Brasil.

³ Departamento de Veterinária, Universidade Federal de Viçosa. Belo Horizonte MG Brasil.

Introduction

Visceral Leishmaniasis (VL), characterized by the World Health Organization (WHO) as a neglected disease, represents an enormous public health problem in Brazil, where 70% of all registered cases in South America are concentrated¹. This disease is widely disseminated within Brazil, with cases registered in the five main regions of the country and in twenty-one Federal States².

During the period between 1990 and 2012, the average incidence of this disease in Brazil, was equal to 1.8 cases/100.000 inhabitants (with a standard deviation equal to 0.4)³. Even though it was noted that the occurrence of these cases appeared to be stabilized as from 2004, with reduced numbers in the Northeastern region, one of the areas normally most affected, VL has already spread into the Northern, Southeastern and Mid-West regions of the country. In particular, this is the case of the State of Minas Gerais, which, in 1990-2001, had an average incidence of 0.8 cases/100,000 inhabitants (a standard deviation equal to 0.3); however, during the period from 2001-2012, these indicators rose to 2.3 cases /100,000 inhabitants (a standard deviation equal to 0.5)⁴.

VL control in Brazil is focused on early diagnosis and treatment, reduction of the population of vectors and euthanasia of dogs that have been given a positive serological and/or parasitological diagnosis⁵. Choosing these strategies is based on the ecological and epidemiological fact that this disease is particularly complex, involving a vector that has a marked capacity to adapt to different environments, including urban areas, which facilitates the constant reactivation of the transmission cycle⁶⁻⁹. In the case of urban areas, this aspect is further enhanced by the continued presence of canine hosts, either through the prolonged condition of infection, irrespective of clinical symptomatology, or rapid replacement after euthanasia^{10,11}.

These multiple ecological and epidemiological factors, associated with disorganized urban occupation and other underlying issues involved in this process, such as insalubrious living conditions and lack of basic sanitation, as well as difficulties in access to and in the organization of health services, contribute towards establishing these heterogeneous scenarios for the transmission of VL^{12,13}. In addition, with the implementation of the Brazilian Unified Health System, the management and operationalization of mechanisms for VL control and surveillance are now the responsibility of each municipality, which

means that VL prevention and control activities have to be adapted to local conditions, which poses a challenge for the country's health care services.

Understanding more about the disease, going beyond its clinical and epidemiological characteristics and taking into account the views of the social actors directly involved in VL prevention and control, can help to ensure that these actions are more effective. This is the path recommended by authors like Lasker and Weiss¹⁴ and Israel *et al*¹⁵, who defend the idea that the local population should be involved in resolving collective problems and not only included as the scope of concern, or the source of data or the target of efforts to resolve these problems. Approaches such as these, which are participative and dialogic, find established theoretical support, especially in the area of health education, based on the Paulo Freire philosophical perspective^{16,17}.

The WHO, in its report of the last VL meeting held by specialists in 2010, share this view, highlighting the fact that social mobilization, in the sense of changing the behavior of the population, requires efficient communication strategies, with emphasis on permanent dialogue between the public and health professionals¹⁰.

This same premise guided the development of this study, the aim of which is to understand the perception that health agents and the general public have about actions to prevent and control VL, seeking also to identify the lacunas, challenges and perspectives involved.

Methodology

This study was developed between 2011 and 2014, in one of the municipalities belonging to the Belo Horizonte Metropolitan Region (BHMR), that, according to Ministry of Health reference criteria, has been classified as an intense VL transmission area. That is to say, over the last five years, this region has presented an average number of cases greater or equal to 4.4⁵. According to data made available by the Municipal Health Department, one hundred and thirty cases of human VL were registered within the municipality during the period from 2000 and 2010.

With a population of 637,961 inhabitants¹⁸, the municipal health system is organized into seven regional administrations. During the period when this study was conducted, the municipality had four-hundred and forty-six community health workers (CHW) responsible for covering 40% of the population³.

Two regions were selected for the purpose of this study, named A and B. The reason these two regions were included was to observe heterogenic contexts related to the number of human cases registered between 2000 and 2010, in that Region A registered ten cases during this period, while Region B had thirty-seven cases.

The study was divided into two sections and, in both, the methodological and theoretical procedures were based on the assumptions of Qualitative Research related to the meaning and purpose of actions in their social structure contexts¹⁹. In the first stage, semi-structured interviews were conducted with local residents living in both regions and, in the second stage focus groups were conducted with health professionals.

Neighborhoods with the highest number of human VL cases notified between 2000 and 2010 were included in each regional group. Households selected for the survey were used as a basis to recruit participants, the total number of which was defined by using theoretical saturation criterion^{19,20}. Thus, once it was seen that the inclusion of new individuals would not produce new elements to enhance or provide more in-depth theorizations, the process of gathering information was brought to a close. The interviews, which were conducted at the homes of the interviewees, dealt with perceptions and prevention and control of VL.

The findings obtained through an analysis of the interviews served as a guide to prepare the outline for the focus group. In this respect, the space/environment category was included in the discussions conducted in the focus group, which involved, more specifically, the relationship between the environment and VL occurrence/prevention/control. Two focus groups were conducted, one with community health workers (CHW) and the other with endemic disease combat agents (EDCA), which both belong to the same Basic Unit, located in Region B, which registered the greatest number of human VL cases during the period between 2000 and 2010. The municipal Primary Healthcare coordination indicated these Basic Units on the understanding that these health professional would be more readily available and have greater interest in taking part in the focus groups, participation on which being entirely on a voluntary basis.

All statements recorded were transcribed in full and processed by means of Content Analysis²¹, based on two operational categories: VL prevention and control, so as to include the views of all social actors involved, namely members of the public and health agents, as regards how these actions affect their daily life and work.

The research protocol was approved by the Ethics and Research Committee at the René Rachou Research Center. All participants signed an Informed Consent Form (ICF).

Results

Interviews with local inhabitants of the regions

Twenty-four interviews were conducted in Region A, involving twenty-two women (91.7%) and two men (8.3%), with an average age of 45.6 years (with ages varying between twenty-two and eighty-five) who could read and write (95.8%). The average family income of seventeen of the interviewees (85%) who replied to this question was equal to 5.1 times the national minimum salary.

In Region B, which is characterized by the greatest number of notified cases of human VL, a total of thirteen interviews were conducted. Ten women (76.9%) and three men (23.1%) took part in this survey, with an average age equal to 47.9 years (between twenty-nine and seventy-four years old) who could read and write (100%). The average family income of six (46.1%) of those interviewed who responded to this question was equal to 4.5 times the minimum salary.

In both regions, participants had spent an average period of seventeen years living in the same home, which shows that those interviewed were long-term residents in these areas.

Perceptions of the interviewees on the prevention and control of VL

In general, the analysis revealed that the residents interviewed still had certain doubts about certain practices related to the prevention, control, transmission, signs and symptoms of VL. For example, we identified how VL was seen as a disease associated with dogs, in that many interviewees said they thought a dog's bite was responsible for, and often the only way of transmitting, this disease either through direct contact, with a bite, or through indirect contact, for instance, with secretions, urine and feces: *Ah, yes I believe that ... if an infected animal bites a person... that is one way the disease can be transmitted.*

Ensuring cleanliness and hygiene was, repeatedly, cited by the interviewees as being the best method to employ to prevent leishmaniasis: *... I am sure that it's a lot to do with cleanliness, right? You have to make sure you keep everything clean,*

maintain hygiene ...? (Region B). In addition, among those interviewees who mentioned the role of the vector in the VL transmission cycle, it was clear that they associated this with dengue fever and, consequently, with measures used to control and prevent this particular disease: *Yes, I know ... we have to make sure we don't have any stagnant water, right? This is what we have been doing in the dengue prevention campaign. We keep all receptacles clean...I think that's it* (Region A).

Interviews with people who had previous experience of VL, either from those close to them who had had the disease, which was less common, or via their own dogs or those of their neighbors who got the disease, which occurred more often, were longer and provided more details about the situations they had experienced and as regards their queries about the issues involved. In this respect, we should mention the fact that certain requests were made during various interviews, as regards finding a solution to the problems experienced in the daily life of the interviewees, such as finding rodents in their homes, stray dogs in the streets, the need for tree pruning, and so on: *[...] you see lots of dogs wandering through the streets in every neighborhood you visit [...] I'm not sure who is responsible, if it is the local city hall, the public prosecutor's office, the ministry of health, who knows anyway. However, someone should take measures to resolve this situation* (Region A).

Focus group with health professionals

Six EDCA took part in this stage of the study, including five women (83.3%) and one man (16.7%) with an average age equal to 36.8 years (varying between twenty-three and fifty-six years of age), all of whom had completed secondary education and had worked as a CHW in the region being studied for a period equal to seven years.

Thirteen women took part in the focus group involving EDCA, with an average age equal to 29.6 years old (varying from twenty-two to forty-five years old), all of whom had completed secondary education and four of whom (30.8%) were taking higher education courses. They had spent an average period of 5.8 years working as CHW in the region being studied.

Perceptions of health professionals regarding VL prevention and control

As was the case when analyzing interviews conducted with local residents, it was found that health professionals also mentioned their con-

cerns regarding VL and also made requests for relevant training in the area.

With respect to actions for the prevention and control of the disease, it was clear that the actions taken by EDCA in combating dengue play a central role. Professional health workers mentioned that actions taken in relation to VL (collecting blood samples and the chemical treatment of the environment) come under the responsibility of four EDCA: *Just to give you an idea, we have one team of four responsible for covering leishmaniasis in the entire B Region.*

The EDCA generally show greater familiarity with VL and the measures used for its prevention and control than the CHW, which is to be expected, due to the different responsibilities of these professional groups.

Based on an analysis of the statements taken, it became clear that the environment is given two apparently unrelated meanings, one that is closer to or 'linked' to nature and the other related to the place where a person lives/works: *Nature ... our homes; physical space*; which, in some way, may contribute towards the understanding that a relationship exists between the population, its living conditions and the environment which surrounds it. Nevertheless, it was found that, especially among the EDCA, there was a feeling that individuals were responsible or to blame for not taking the necessary actions for the prevention and control of this disease. The way these professionals labelled the population in derogatory terms was a constant issue, and is corroborated by the findings of Fraga²² when he analyzed the educational practices conducted within a Regional Health zoonosis environment control district in Belo Horizonte, State of Minas Gerais.

Among the EDCA, it was possible to find a more comprehensive attitude towards the general public, probably because of the type of contact they have with local residents and the way they can identify with their living conditions and, very often, the difficulties that the general public faces. Nevertheless, these professionals do not deal with diseases such as VL, at least not in a systematic sense.

Discussion

These findings, which showed that residents had queries about certain aspects of the epidemiological components of the disease, its control and prevention, were also identified by Borges²³ in Belo Horizonte/MG; Luz *et al.*²⁴ in the BHMR and by Gama *et al.*²⁵ in the State of Maranhão.

The fact that most people believe that VL is solely transmitted by dogs can especially hamper the understanding that most people have and measures they take to prevent this disease as regards environmental management, which aims to change local conditions, to prevent the formation of immature vector breeding sites⁵. As highlighted by Alexander and Malori²⁶, their small size, silent flight and the fact that they do not hover, make it difficult for people to identify a vector, even in endemic areas, therefore most of the population may be largely unaware of the presence of phlebotomine sandflies (Diptera: Psychodidae) and their role in the epidemiology of the disease.

The fact that the local residents who were interviewed used dengue as a benchmark for information about vector-transmitted diseases such as leishmaniasis, may well be due to the fact that greater emphasis is given to the former, as can be seen in the concentrated activities of the ECDA in combating dengue, which involve intense and visible campaigns, with a regular cycle of activities carried out every two months and which involve home inspections to control vector focus points, as well as explaining the impact of mortality rate indicators for this disease. In addition, dengue is highly visible in the media, which, as discussed by Reis²⁷, generates a “storm of information” in the public mind as regards this disease.

The way pathogenic vectors have adapted to urban areas and domestic environments, is one aspect that should be considered. Due to the complexity of transmission, one of the essential measures of prevention is territorial organization, where residents can implement significant actions in conjunction with health professionals. It is important that residents and health professionals take charge of the cycle of this disease so that, together, they can find ways to take the most effect and sustainable actions within these territorial areas. The association between both diseases (dengue and leishmaniasis) and references made to other problems experienced in daily life (stray dogs, rodents, tree pruning) illustrate both the cultural construction of the disease, bringing together ideas and practices that have been elaborated/re-elaborated by individuals and groups over a lifetime^{28,29}, as well as the evaluation of possibly more urgent and complicated issues experienced by people in their daily lives. In fact, this last aspect shows the need to reflect on the adequacy of health practices as regards maintaining a balance between the priorities of health teams/professionals and those of the community, which is a weak point that is often mentioned in the literature³⁰. Specifically, in respect to VL, the document pre-

pared during the last WHO meeting of specialists, emphasized that the aims of a prevention and control program have to be clear and in keeping with day-to-day requirements so that these make sense to the public, as well as showing that the prevention and control programs designed exclusively for a single disease have little effect¹⁰.

In this respect, environmental management measures, such as cleaning yards, the correct elimination of solid organic waste and sources of humidity, not allowing domestic animals inside the house, and so on, can help avoid or reduce the proliferation, not only of the VL⁵ vector, but also of other diseases, such as dengue. In addition, these measures will also help prevent and control other non-vector-borne transmitted diseases, such as leptospirosis, for instance.

Environmental hygiene was repeatedly mentioned by the interviewees, probably because this refers to all that is healthy and part of daily life, especially as the relationship between hygiene and health is something that is impressed on everyone from an early age; we should brush our teeth, wash our hands, and so on³¹. The perception that hygiene, not only in a personal sense but also on an environmental level, is a means of preventing diseases was identified in a study conducted by Roma et al.³², in a region in the outskirts of Marília, State of São Paulo.

Even though the impact that methods of hygiene have on the incidence of VL in humans and dogs has not yet been scientifically proven, eliminating the favorite micro habitats where vectors develop (such as fissures and cracks in the walls, damp earth and shaded areas) is considered to be one of the few examples of effective measures to combat phlebotominae not involving the use of insecticides^{26,31}.

Apart from queries related to the epidemiological aspects of VL control/prevention, the statements made by both residents and health professionals indicate the complexity of existing environmental problems in urban areas and the need to “find someone to blame’ and to hold responsible for the misfortunes experienced in daily life, as well as ‘a party responsible for resolving these issues.’

In order to understand and to deal with this complex situation, we feel it is important to start with the concept of space proposed by Milton Santos, which he defines as: “[...] an inseparable group of components of a system of natural or manufactured objects and systems of actions, deliberate or otherwise”³³. In this sense, a constructed natural environment is historic, temporal and mediated by technique, and is differentiated by a greater or lesser input of science, technology and

information, in that these differences are the way that cities are able to resist this same rationality while, at the same time, present a portrait of the diversity of social classes, of differences in income and of cultural models. In addition, a constructed environment represents a heritage that cannot be ignored and is one that, depending on the way it is remodeled and transformed, determines the actions that will be imposed upon it³³. Thus, the individual and society are joint partners in the historic construction of space and are heirs, not only of the space constructed, but also, and more importantly, of the different problems and issues that result from the appropriation of space and which are materialized, for instance, in that which causes sickness and death.

The approach that tries to make individuals (residents) feel responsible and to blame for not performing recommended actions to prevent and control disease can be analyzed based on an understanding that the process to incorporate knowledge of a scientific technique, which is inherent in the training of a professional and, as debated by Fraga²² and Oliveira³⁴, leads to the deconstruction of the community identity of CHW and EDCA and the construction of another which incorporates subjectivity, which, according to Rocha *et al.*³⁵ (re)affirm “non-egalitarian relations in the interrelated scope of daily relationships,” legitimizing a professional practice that is, to a certain degree, one of surveillance. If, on the one hand, this deconstruction process and distancing from a community identity make it possible to “see” the environment from an investigative standpoint, making it possible to identify situations of risk, on the other hand, it may also elicit prescriptive and punitive attitudes on the part of these professionals.

The afore-mentioned attitude may be thought of as a paradigm of risk, which – as from the 1970s – became a main explicative (and predictive) theoretical benchmark of the unwelcome events that occur in the lives of the population, such as sickness and death, that also created refined techniques of risk analysis. From an anthropological viewpoint, Mary Douglas³⁶ discusses the purist approach adopted in contemporary analyses about perceptions of risk that are based on the assumption that this is an individual and rational choice, disregarding the influence of social factors, of inter-subjectivity or the construction of a consensus in decisions made by individuals. This supposed objectivity is incorporated and constructs a ‘language of risk’ that aims to be purely scientific. Thus, scientific language transfers the responsibility to individ-

uals for making decisions about exposure and danger, eliminating the need for a consensus of opinion. In addition, Douglas^{36,37} indicates that objectivity that one aims to give to a perception of danger in the present precludes the possibility of understanding this as being part of a process that is representative of guilt, which helps to maintain an ideal order of society, to the extent that dangers threaten those who transgress. According to this author, the cultural systems of constructing guilt in a society organize how and what information will be used in the cognitive risk perception process³⁶. In this sense, in order that new information is accepted as being truthful it must be faithful to the particular political organization of the individual/group concerned; the rest will be treated with suspicion, deliberately censured or unconsciously ignored³⁶.

If we consider, therefore, that risk perception is the result of a cognitive process where guilt and atonement are present, and where cultural elements guide choices, recognizing insalubrious spaces may not just follow methods of hygiene resulting from traditional medical knowledge. Thus, blaming local residents for not following guidelines that organize and establish these areas in order to make them healthier is not only normative, but also perverse, since it is more commonly and effectively implemented, taking into account basic health care actions, in peripheral neighborhoods, where sectors of the community, that have always lived in areas that are habitually built in unhealthy environments, are usually settled. In this way, the responsibility for creating conditions that lead to disease/death is transferred to the individual, which provides objectivity, scientific discourse, to make decisions about what risk(s) to take and how to transform these spaces, which effectively expunges the historical records of these events in order to understand and transform them.

Using an approach that is based on the environment as a historically constructed space and promotor of health, for the prevention and control of VL, as well as other endemic diseases that require environmental interventions, instead of employing specifically prescribed actions for one or several diseases, may help the public recognize “their problems” in issues that are covered by the proposed prevention and control measures, and ensure that these actions will eventually be seen to “make sense.” This “view” is supported by the precepts of health promotion that embrace a broader concept of the health-sickness process and its causes, and propose the articulation of technical and popular knowledge in conjunction

with the mobilization of institutional, community and public and private resources to face and resolve same³⁸.

The major challenge is that emerges is the operationalization of these concepts in the daily and working life of the population. In this sense, the reorganization of the work process based on the main health surveillance, territorial guidelines and health problems and practices seem to offer a real possibility in overcoming these issues. Adopting territoriality as a guiding principle for health practices makes it possible to attain a wider view of the environment, in both a geographic as well as social and political sense, and will thereby help promote actions that are planned and impartial to meet existing problems and health requirements³⁰.

Final Considerations

The prerogative of qualitative research, to “construct new approaches, review and recreate new concepts and categories during the investigation”¹⁹ was enriching and made it possible to include in this study a discussion about the environment and the need to view this from a broader perspective.

Some limitations should be considered as, for example, the fact that only health professionals from only one BHU were included in the study. By including other professionals, who have ex-

perience of different situations, even if they are from the same municipal region, would greatly enhance our understanding of local realities.

From the analysis of the statements given it was possible to see that both the public and professionals still raise many queries about VL, as well as about the issue of blaming individuals for not complying with required measures, above all those involving environmental management, which in the regions studied are seen as failings in the prevention and control of VL. As discussed in the text of this article, approaches that highlight the role that the environment plays as a promoter of health, rather than a specific provision for environmental measures to combat VL, represent ways to overcome the lacunas encountered. The situation presents a clear challenge to establish participative dialogue, involving both health professionals and members of the general public, to discuss these different approaches.

Collaborators

RF Carmo, ZMP da Luz and PD Bevilacqua participated equally in all stages of the elaboration of this article.

Acknowledgements

The authors wish to thank the National Council for Scientific & Technological Development for supporting this research study. Our thanks also to all those individuals who took part in the project, and to the Municipal Health Department in the city of Contagem for their support. We also wish to thank Juliana LC Santos for her operational support in holding focus groups with the respective health agents.

References

1. Barreto ML, Teixeira MG, Bastos FI, Ximenes RAA, Barata RB, Rodrigues LC. Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. *Lancet* 2011; 377(9780):1877-1889.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Glossário de doenças*. [acessado 2014 maio 21]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>
3. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). [homepage na internet]. *Sala de apoio à gestão estratégica* [acessado 2014 jul 09]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=04>

4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde*. Brasília: MS; 2010.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Manual de vigilância e controle da leishmaniose visceral*. Brasília: MS; 2006.
6. Costa PL, Dantas Torre F, Silva FJ, Guimarães VC, Gaudêncio K, Brandão Filho SP. Ecology of *Lutzomyia longipalpis* in an area of visceral leishmaniasis transmission in north-eastern Brazil. *Acta Trop* 2013; 126(2):99-102.
7. Silva JP, Werneck GL, Macedo EC, Carvalho H, Pires, Cruz MS. Factors associated with *Leishmania chagasi* infection in domestic dogs from Teresina, State of Piauí, Brazil. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop* 2012; 45(4):480-484.
8. Rangel EF, Vilela ML. *Lutzomyia longipalpis* (Diptera, Psychodidae, Phlebotominae) and urbanization of visceral leishmaniasis in Brazil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(12):2948-2952.
9. Barata RA, França-Silva JC, Mayrink W, Silva JC, Prta A, Lorosa ES, Fiúza JA, Gonçalves CM, Paula K, Dias ES. Aspectos da ecologia e do comportamento de flebotomíneos em área endêmica de leishmaniose visceral, Minas Gerais. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop* 2005; 38(5):421-425.
10. World Health Organization (WHO). *Control of the leishmaniases*. Geneva: WHO; 2010.
11. Oliveira CDL, Morais MHF, Machado-Coelho GLL. Visceral leishmaniasis in large Brazilian cities: challenges for control. *Cad Saude Publica* 2008; 24(12):2953-2958.
12. Werneck GL. Forum: geographic spread and urbanization of visceral leishmaniasis in Brazil. Introduction. *Cad Saude Publica* 2008; 24(12):2937-2940.
13. Sabroza PC, Kawa H, Campos WSQ. Doenças transmissíveis: ainda um desafio. In: Minayo MCS, organizadora. *Os muitos brasis: saúde e população na década de 80*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 1995. p. 177-244.
14. Lasker RD, Weiss ES. Broadening participation in community problem solving: a multidisciplinary model to support collaborative practice and research. *J Urban Health* 2003; 80(1):14-47.
15. Israel BA, Checkoway B, Schulz A, Zimmerman M. Health education and community empowerment: conceptualizing and measuring perceptions of individual, organizational, and community control. *Health Educ Q* 1994; 21(2):149-170.
16. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.
17. Freire P. *Pedagogia da autonomia. Saberes necessários à prática educativa*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1996.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [homepage na internet]. *Censo demográfico 2010* [acessado 2014 mar 17]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
19. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
20. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saude Publica* 2011; 27(2):389-394.
21. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2010.
22. Fraga LS. *Controle de zoonoses: estudo sobre práticas educativas voltadas ao manejo da população canina* [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2012.
23. Borges BKA. *Fatores de risco para leishmaniose visceral em Belo Horizonte, Minas Gerais* [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2006.
24. Luz ZMP, Schall V, Rabello A. Evaluation of a pamphlet on visceral leishmaniasis as a tool for providing disease information to healthcare professionals and laypersons. *Cad Saude Publica* 2005; 21(2):606-621.
25. Gama MEA, Barbosa JS, Pires B, Cunha AKB, Freitas AR, Ribeiro IR. Avaliação do nível de conhecimento que populações residentes em áreas endêmicas têm sobre leishmaniose visceral, Estado do Maranhão, Brasil. *Cad Saude Publica* 1998; 14(2):381-390.
26. Alexander B, Malori M. Control of phlebotomine sandflies. *Med Vet Entomol* 2003, 17(1):1-18.
27. Reis ACP. *Barra do Corumbê – Paraty - RJ: Leishmaniose e representações sociais* [monografia]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2004.
28. Jovchelovitch S. *Contextos do saber - representações, comunidade e cultura*. Petrópolis: Vozes; 2008.
29. Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Penna CMM. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cad Saude Publica* 2005; 21(1):200-206.
30. Oliveira MC, Casanova AO. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. *Cien Saude Colet* 2009; 14(3):929-936.
31. Otranto D, Dantas Torres F. The prevention of canine leishmaniasis and its impact on public health. *Trends in Parasitology* 2013; 29(7):339-345.
32. Roma I, Silva JA, Magolbo NG, Aquino RF, Marin MJS, Moravcik MYAD. Analisando a percepção de uma população sobre higiene a partir de um jogo educativo. *Rev Pesq Saúde* 2011; 12(1):41-46.
33. Santos M. Os espaços da globalização. In: Santos M. *Técnica, espaço, tempo: globalização e meio técnico-científico informacional*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 48-58.
34. Oliveira MVAS. *A educação popular em saúde e a prática dos agentes de controle das endemias de Camaragibe: uma ciranda que acaba de começar* [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2002.
35. Rocha NHN, Barletto M, Bevilacqua PD. Identidade da agente comunitária de saúde: tecendo racionalidades emergentes. *Interface (Botucatu)* 2013; 17(47):847-857.
36. Douglas M. Risk and blame. In: Douglas M. *Risk and blame. Essays in cultural theory*. London: Routledge; 1996. p. 3-21.
37. Douglas M. Impureza ritual. In: Douglas M. *Pureza e perigo*. São Paulo: Perspectiva; 1976. p. 19-42.
38. Buss PM. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 15-38.

Article submitted 02/03/2015

Approved 26/06/2015

Final version submitted 28/06/2015

Percepções da população e de profissionais de saúde sobre a leishmaniose visceral

Perceptions of the population and health professionals regarding visceral leishmaniasis

Rose Ferraz Carmo¹
Zélia Maria Profeta da Luz²
Paula Dias Bevilacqua³

Abstract *Based on theoretical qualitative research reference methodology, this study sought to investigate the perception of visceral leishmaniasis (VL) by social actors directly involved in the prevention and control of the disease. Thirty-eight semi-structured interviews were conducted with residents, focus groups were staged with 18 health workers in an endemic VL area and depositions were collected, which after being processed by content analysis revealed shortcomings and challenges. The population associated VL with dogs, acknowledged their co-responsibility in tackling the disease and demanded information. Health workers identified environmental sanitation as an essential factor for VL prevention. Among the shortcomings, the lack of information about the disease and culpability of the individual because of non-adherence to prevention measures were observed, especially environmental management. Probably, approaches emphasizing the role of the environment as a health promotion agent and the timely definition of specific environmental measures against VL, constitute a prospect for overcoming these shortcomings. The consensus is that the main challenge for enhancing the prevention and control might be the participatory and dialogical construction of these approaches between health professionals and the population.*

Key words *Visceral leishmaniasis, Prevention and control*

Resumo *O presente estudo buscou, a partir do referencial teórico metodológico da pesquisa qualitativa, investigar a percepção, sobre a leishmaniose visceral (LV), de atores sociais diretamente envolvidos com a prevenção e controle da doença. A partir da realização de 38 entrevistas semiestruturadas com moradores e grupo focal com 18 agentes de saúde, de município endêmico para LV, foram coletados depoimentos que, tratados pela Análise de Conteúdo, evidenciaram lacunas, desafios e perspectivas do controle e prevenção da doença. A população associava a LV ao cão, reconhecia sua corresponsabilidade no enfrentamento da doença e demandava informação. Os agentes de saúde identificavam o saneamento ambiental como fator imprescindível para prevenção da LV. Entre as lacunas observamos fragilidade nas informações sobre a doença e culpabilização do indivíduo pela não adesão a medidas, sobretudo, de manejo ambiental. Provavelmente, abordagens que destaquem o papel do ambiente como promotor de saúde, em detrimento da prescrição pontual de medidas ambientais específicas contra LV, constitui perspectiva de superação dessas lacunas. Entendemos que o principal desafio para o fortalecimento da prevenção e controle seja a construção participativa e dialógica dessas abordagens entre profissionais de saúde e população.*

Palavras-chave *Leishmaniose visceral, Prevenção e controle*

¹ Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Av. Augusto de Lima 2061, Barro Preto. 30190-002 Belo Horizonte MG Brasil. rferrazcarmo@gmail.com

² Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz. Belo Horizonte MG Brasil.

³ Departamento de Veterinária, Universidade Federal de Viçosa. Belo Horizonte MG Brasil.

Introdução

A leishmaniose visceral (LV), caracterizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como doença negligenciada, constitui grande problema de saúde pública no Brasil, onde estão concentrados 70% de todos os casos registrados na América do Sul¹. A doença encontra-se amplamente difundida no país, com casos registrados nas cinco regiões brasileiras e 21 Unidades Federadas².

No período entre 1990 e 2012, a taxa de incidência média no país foi igual a 1,8 casos/100.000 habitantes (desvio padrão igual a 0,4)³. Apesar de se verificar estabilização na ocorrência de casos a partir de 2004, com redução na Região Nordeste, tradicionalmente mais afetada, a LV vem ampliando sua área de ocorrência para as Regiões Norte, Sudeste e Centro-Oeste. Especificamente em Minas Gerais, a taxa de incidência média no período 1990-2001 foi igual a 0,8 caso/100.000 habitantes (desvio padrão igual a 0,3); já para o período 2001-2012, esse indicador passou para 2,3 casos/100.000 habitantes (desvio padrão igual a 0,5)⁴.

No Brasil, o controle da LV está centrado no diagnóstico e tratamento precoces, redução da população de vetores e eutanásia de cães com diagnóstico sorológico e/ou parasitológico positivo⁵. A opção por tais estratégias se fundamenta no fato da ecologia e epidemiologia da doença ser bastante complexa, com o vetor apresentando elevada capacidade de adaptação a diferentes ambientes, inclusive o urbano, possibilitando a reativação constante do ciclo de transmissão⁶⁻⁹. Na área urbana, tal aspecto é potencializado pela presença do reservatório canino, seja pela manutenção prolongada do estado infeccioso, independente de sintomatologia clínica, ou pela reposição rápida após eutanásia^{10,11}.

Essa multiplicidade de fatores ecológicos e epidemiológicos, associada à ocupação urbana desordenada e a outros subjacentes a esse processo, tais como, condições insalubres de moradia e saneamento básico e dificuldades no acesso e na organização dos serviços de saúde, contribuem para a conformação de cenários heterogêneos de transmissão da LV^{12,13}. Além disso, com o processo de municipalização do Sistema Único de Saúde brasileiro, a gestão e a operacionalização das ações de controle e vigilância da LV passam a ser responsabilidade dos municípios, impondo a adequação das atividades de prevenção e controle à realidade local, constituindo desafio para os serviços de saúde do país.

Avançar na compreensão da doença, para além de características clínicas e epidemiológi-

cas, contemplando a percepção de atores sociais diretamente envolvidos com a prevenção e o controle pode contribuir para a efetividade dessas ações. Esse caminho é apontado por autores como Lasker e Weiss¹⁴ e Israel et al.¹⁵ que defendem a participação da população na resolução de problemas coletivos e não apenas sua inclusão como objeto de preocupação, fonte de dados ou alvo dos esforços para solução dos problemas. Abordagens como essas, participativas e dialógicas, encontram respaldo teórico já consolidado, sobretudo no campo da educação em saúde a partir da perspectiva freiriana^{16,17}.

A OMS, no relatório da última reunião de peritos sobre LV realizada em 2010, coaduna com essa perspectiva, destacando que a mobilização social no sentido de mudar comportamentos da população requer estratégias eficazes de comunicação, destacando o diálogo permanente entre população e profissionais de saúde¹⁰.

Essa premissa norteou o desenvolvimento do presente estudo, cujo objetivo foi compreender a percepção de agentes de saúde e população sobre as ações de prevenção e controle da LV, procurando identificar lacunas, desafios e perspectivas.

Metodologia

O estudo foi desenvolvido, entre 2011 e 2014, em um município da Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH) classificado, segundo critérios do Ministério da Saúde, como de transmissão intensa para LV, ou seja, apresentou média de casos, nos últimos cinco anos, maior ou igual a 4,4⁵. De acordo com dados disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde, foram registrados no município, entre 2000 e 2010, 137 casos humanos de LV.

Com população de 637.961 habitantes¹⁸, o sistema de saúde municipal é organizado em sete regionais administrativas. O município contava, à época do estudo, com 446 agentes comunitários de saúde (ACS) responsáveis pela cobertura de 40% da população³.

Foram definidas duas regionais como cenário do presente estudo, denominadas A e B. A inclusão dessas duas regionais teve o intuito de contemplar contextos heterogêneos no que dizem respeito ao número de casos humanos registrados entre 2000 e 2010, a Regional A notificou 10 casos no período e a B, 37 casos.

O estudo foi dividido em duas etapas e, em ambas, os procedimentos teórico metodológicos foram norteados pelos pressupostos da Pesquisa

Qualitativa que se volta para os significados e a intencionalidade das ações nos contextos das estruturas sociais¹⁹. Na primeira etapa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com moradores das duas regionais e na segunda foram conduzidos grupos focais com profissionais de saúde.

Em cada regional foram incluídos os bairros com maior número de casos humanos de LV notificados entre 2000 e 2010. O sorteio de domicílios foi utilizado no recrutamento dos participantes cujo total foi definido pelo critério de saturação teórica^{19,20}. Dessa forma, a partir da constatação de que a inclusão de novos indivíduos não forneceria elementos adicionais para balizar ou aprofundar a teorização, a coleta de informações foi encerrada. As entrevistas, realizadas no domicílio, abordaram as percepções sobre a LV, sua prevenção e controle.

Os resultados obtidos com a análise das entrevistas nortearam a elaboração do roteiro do grupo focal. Nesse sentido, a categoria espaço/ambiente foi incluída na reflexão realizada nos grupos focais, envolvendo, mais especificamente, a relação entre ambiente e ocorrência/prevenção/controle da LV. Foram realizados dois grupos focais, um com ACS e outro com agentes de combate a endemias (ACE), ambos de uma Unidade Básica, localizada na Regional B, onde foi notificado o maior número de casos humanos entre 2000 e 2010. A coordenação da Atenção Primária do município indicou essa Unidade Básica por entender que os profissionais de saúde teriam maior disponibilidade e interesse em integrar os grupos focais, cuja participação foi inteiramente voluntária.

Todos os depoimentos coletados foram integralmente transcritos e tratados pela Análise de Conteúdo²¹, a partir de duas categorias operacionais: prevenção e controle da LV, de forma a compreender as percepções de atores sociais envolvidos, quais sejam população e agentes de saúde, com essas ações em seu cotidiano de vida e de trabalho.

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Pesquisas René Rachou. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

Entrevistas com moradores das regionais

Foram realizadas, na Regional A, 24 entrevistas, sendo entrevistados 22 (91,7%) mulheres

e dois (8,3%) homens, com idade média igual a 45,6 anos (variando de 22 a 85) e alfabetizados (95,8%). A renda familiar média dos 17 (85%) entrevistados que responderam essa questão foi equivalente a 5,1 salários mínimos.

Na Regional B, caracterizada pelo maior número de notificações de casos humanos de LV, foram realizadas 13 entrevistas. Participaram do estudo 10 (76,9%) mulheres e três (23,1%) homens, com idade média igual a 47,9 anos (variando de 29 a 74 anos) e alfabetizados (100%). A renda familiar média dos seis (46,1%) entrevistados que responderam essa questão foi equivalente a 4,5 salários mínimos.

Em ambas as regionais, o tempo médio de moradia no domicílio foi de 17 anos, demonstrando a inserção já consolidada dos entrevistados nas localidades.

Percepções dos entrevistados sobre prevenção e controle da LV

De maneira geral, a análise evidenciou dúvidas dos moradores entrevistados sobre práticas de prevenção, controle, transmissão, sinais e sintomas da LV. Por exemplo, identificamos a percepção da LV como doença associada ao cão, imputando ao mesmo a responsabilidade, muitas vezes única, pela transmissão, seja pelo contato direto, através da mordedura, seja pelo contato indireto com secreções, urina e fezes: *Ah eu acredito assim... se o animal infectado morde a gente... talvez pode transmitir.*

A limpeza e a higiene foram, recorrentemente, citadas pelos entrevistados como medida de prevenção da leishmaniose: *...eu acho que mais é limpeza né. Tem que fazer uma limpeza, higiene né (Regional B).* Ainda, entre os entrevistados que assinalaram o papel do vetor no ciclo de transmissão da LV, foi possível identificar a associação com o da dengue e, por conseguinte, com as medidas destinadas ao controle e prevenção dessa doença: *É, é... não acumular água, né? Como o pessoal já faz na campanha da dengue. Manter as vasilhinhas limpas... penso que sim (Regional A).*

A experiência anterior com a LV, seja pelo adoecimento de pessoas próximas, o que foi mais raro, ou pelo acometimento de cães próprios ou de vizinhos, situação mais comum, estimulou a condução de entrevistas com maior duração e mais ricas em detalhamentos das situações vivenciadas e até de questionamentos. A esse respeito, mencionamos o surgimento de demandas em várias entrevistas, em relação à solução de problemas vivenciados no cotidiano dos entrevistados,

tais como roedores nos domicílios, cães errantes nas ruas, poda de árvores, entre outros: [...] *todo bairro que você chega tem um monte de cachorro na rua [...] eu não sei quem é o responsável, se é a prefeitura, se é o ministério público, o ministério da saúde, sei lá, enfim. Mas alguém tem que tomar uma providência a respeito disso* (Regional A).

Grupo focal com profissionais de saúde

Participaram dessa etapa do estudo seis ACE, sendo cinco (83,3%) mulheres e um (16,7%) homem, com idade média igual a 36,8 anos (variando de 23 a 56 anos), todos com ensino médio completo e tempo médio de trabalho como ACE na região de estudo igual a 7 anos.

No grupo focal realizado com ACS, participaram 13 mulheres, com idade média igual a 29,6 anos (variando de 22 a 45 anos), todas com ensino médio completo e quatro (30,8%) cursando o ensino superior. O tempo médio de trabalho como ACS na região de estudo foi de 5,8 anos.

Percepções dos profissionais de saúde sobre prevenção e controle da LV

Assim como na análise das entrevistas com moradores das regionais, foi possível identificar dúvidas dos profissionais com relação à LV, bem como demandas por capacitações relacionadas ao tema.

No que diz respeito às ações de prevenção e controle, ficou clara a centralidade das ações do ACE no combate à dengue. Foi relatado pelos profissionais que as ações relacionadas à LV (coleta sanguínea e tratamento químico do ambiente) ficavam sob responsabilidade de quatro ACE: *Pro cê vê que, em toda Regional B nós temos uma equipe com quatro pessoa que faz leishmaniose.*

Os ACE demonstraram, de maneira geral, maior familiaridade com a LV e as medidas de prevenção e controle do que os ACS, o que era esperado, devido às diferentes atribuições desses profissionais.

Foi possível apreender, a partir da análise dos depoimentos, que ao ambiente foram atribuídos dois sentidos, aparentemente não relacionados, um próximo ou 'ligado' à natureza e, outro, relativo ao local de moradia/trabalho: *A natureza... a casa da gente; espaço físico*; o que, de certo modo, poderia contribuir para o entendimento de uma relação entre a população, suas condições de vida e o ambiente que os cerca. No entanto, houve, sobretudo entre os ACE, uma postura de responsabilização e culpabilização do indivíduo pela não

adesão às ações de prevenção e controle prescritas. A rotulação da população de forma depreciativa por esses profissionais foi constante, corroborando com os resultados encontrados por Fraga²² ao analisar as práticas educativas realizadas no âmbito do serviço de controle de zoonoses de uma Regional de Saúde de Belo Horizonte/MG.

Entre os ACS foi possível identificar atitude mais compreensiva com a população, devido, provavelmente, ao contato e à identificação dos ACS com as condições de vida e, muitas vezes, de sofrimento da população. No entanto, a abordagem de doenças como a LV não é realizada, ao menos sistematicamente, por esses profissionais.

Discussão

Os resultados encontrados, evidenciando dúvidas dos moradores sobre aspectos relacionados aos componentes epidemiológicos da doença, ao controle e à prevenção, também foram identificados por Borges²³ em Belo Horizonte/MG; Luz et al.²⁴ na RMBH e Gama et al.²⁵ no Maranhão. Especificamente, a percepção da transmissão da LV associada apenas ao cão pode interferir na compreensão e adoção pela população de medidas de prevenção relativas ao manejo ambiental, cujas intervenções buscam alterar as condições do meio, impedindo o estabelecimento de criadouros de formas imaturas do vetor⁵. Como destacam Alexander e Malori²⁶, o tamanho pequeno, o vôo silencioso e o fato de não pairar no ar, dificultam o reconhecimento do vetor pela população, que, mesmo em áreas endêmicas, pode não estar ciente da presença de flebotomíneos e seu papel na epidemiologia da doença.

A utilização da dengue, pelos moradores entrevistados, como ponto de referência da informação sobre doenças de transmissão vetorial como a leishmaniose pode estar relacionada ao maior destaque dado àquela, a exemplo da concentração de atividades dos ACE em ações de combate à dengue, sendo essas intensas e visíveis, como a realização do ciclo de atividades a cada dois meses e de inspeções domiciliares para controle de focos, bem como do impacto dos indicadores de morbimortalidade da doença. Soma-se a esse contexto, a visibilidade da dengue na mídia, que, conforme discutido por Reis²⁷, gera uma "tempestade de informações" sobre a doença na mente da população.

A adaptação de vetores de patógenos ao meio urbano e ao ambiente domiciliar, é um aspecto que deve ser considerado. Em função da comple-

xidade da transmissão, a organização dos territórios coloca-se como parte fundamental da prevenção e na qual o morador pode desempenhar atuação significativa com a participação dos profissionais de saúde. É importante que morador e profissionais de saúde se apropriem do ciclo da doença para pensarem em conjunto como atuar no território de forma mais efetiva e sustentável. A associação entre ambas as doenças (dengue e leishmaniose) e a referência a outros problemas vivenciados no cotidiano (cães errantes, roedores, poda de árvores) ilustram tanto a construção cultural da doença, agregando representações e práticas elaboradas/reelaboradas por indivíduos e coletividades durante sua história de vida^{28,29}, quanto a ocupação com questões possivelmente mais urgentes e pungentes vivenciadas pelas pessoas em seu cotidiano. Esse último aspecto, inclusive, evidencia a necessidade de se refletir sobre a adequação das práticas de saúde no que diz respeito à equivalência entre prioridades das equipes/profissionais com as da comunidade, fragilidade essa que vem sendo apontada na literatura³⁰. Especificamente no que diz respeito à LV, o documento elaborado na última reunião de especialistas da OMS tanto enfatiza a necessidade de que os objetivos de um programa de prevenção e controle devam estar claros e em consonância com as demandas cotidianas para que possam fazer sentido para população, quanto problematiza a pouca efetividade de programas de prevenção e controle destinados exclusivamente a uma única doença¹⁰.

Nesse sentido, medidas de manejo ambiental, como limpeza de quintais, eliminação correta de resíduos sólidos orgânicos e de fonte de umidade, não permanência de animais domésticos dentro de casa, entre outras, podem contribuir para evitar ou reduzir a proliferação do vetor não apenas da LV⁵, mas também dos de outras doenças, como a dengue. Além disso, também contribuem para a prevenção e o controle de outros agravos de transmissão não vetorial, como a leptospirose, por exemplo.

A higiene do ambiente foi recorrentemente citada pelos entrevistados, provavelmente porque remete ao que é saudável e vivenciado no cotidiano, já que o binômio higiene e saúde é disseminado desde muito cedo na vida das pessoas, devemos escovar os dentes, lavar as mãos, dentre outros³¹. A percepção da higiene, não apenas pessoal, mas do ambiente, enquanto medida de prevenção de doenças foi identificada em estudo conduzido por Roma et al.³², em região periférica de Marília (SP).

Ainda que o impacto de medidas de higiene sobre a incidência da LV em humanos e cães não tenha sido demonstrado cientificamente, a eliminação de micro *habitats* favoráveis ao desenvolvimento do vetor (como fendas e rachaduras nas paredes, solo úmido e áreas sombreadas) tem sido considerada um dos poucos exemplos de medida eficaz no combate aos flebotômíneos e que não envolve o uso de inseticidas^{26,31}.

Para além das dúvidas relativas a aspectos epidemiológicos e de controle/prevenção da LV, as falas, tanto dos moradores quanto dos profissionais de saúde, apontam a complexidade dos problemas ambientais existentes nas áreas urbanas e a necessidade de se ‘encontrar um culpado’ para responsabilização pelas mazelas vivenciadas no cotidiano, além de ‘um responsável por suas resoluções’.

Para compreender e lidar com essa complexidade nos parece significativo partir do conceito de espaço de Milton Santos, definido como “[...] o conjunto indissociável de sistemas de objetos naturais ou fabricados e de sistemas de ações, deliberadas ou não”³³. Nesse sentido, o meio ambiente construído é histórico, temporal e mediado pela técnica, diferenciando-se pela carga maior ou menor de ciência, tecnologia e informação, sendo essas diferenças uma forma de resistência das cidades a essa própria racionalidade e, ao mesmo tempo, um retrato da diversidade das classes sociais, das diferenças de renda e dos modelos culturais. Além disso, o meio ambiente construído constitui um patrimônio que não se pode desconsiderar e que, na medida em que é remodelado e transformado, condiciona as ações que sobre ele serão exercidas³³. Assim, indivíduo e sociedade são coparticipes na construção histórica do espaço e herdeiros não apenas do espaço construído, mas também, e mais importante, dos diferentes problemas e consequências advindos da apropriação do espaço e que se materializam, por exemplo, em determinantes de adoecimento e óbito.

A postura de responsabilização e culpabilização do indivíduo (morador) pela não adesão às ações de prevenção e controle prescritas podem ser analisadas considerando o processo de incorporação de um saber técnico científico, inerente à formação do profissional, que, como discutem Fraga²² e Oliveira³⁴, leva à desconstrução da identidade comunitária dos ACS e ACE e à construção de outra que incorpora subjetividades, que, conforme Rocha et al.³⁵, (re)afirmam “relações não igualitárias no âmbito capilarizado das relações cotidianas”, legitimando uma prática

profissional, em certa medida, fiscalizadora. Essa desconstrução e distanciamento da identidade comunitária, se por um lado possibilita “olhar” o ambiente de forma investigativa para identificação de situações de risco, pode por outro lado, respaldar posturas prescritivas e punitivas por parte desses profissionais.

A postura mencionada também pode ser pensada a partir do paradigma do risco, que, a partir da década dos 70 passa a constituir o principal referencial teórico explicativo (e preditor) da ocorrência de eventos indesejáveis em populações, como o adoecer e o morrer, criando-se, inclusive técnicas refinadas de análise do risco. Numa perspectiva antropológica, Mary Douglas³⁶ problematiza a abordagem purista adotada nas análises contemporâneas sobre percepção do risco que parte do pressuposto de que este é uma escolha individual e racional, não considerando a influência de fatores sociais, de intersubjetividade ou de construção de consenso nas decisões dos indivíduos. Essa pretensa objetividade é incorporada e constrói uma ‘linguagem do risco’ que pretende ser puramente científica. Assim, a linguagem científica transfere para o indivíduo a responsabilidade pela tomada de decisão sobre exposição a perigos, eliminando a necessidade de consenso. Além disso, Douglas^{36,37} assinala que a objetividade que se pretende dar à percepção de perigo na contemporaneidade exclui a possibilidade de compreendê-la como parte do processo de representação sobre a culpa, que colabora para a manutenção da ordem ideal da sociedade, na medida em que perigos ameaçam os transgressores. Para essa autora, os sistemas culturais de construção da culpa em uma sociedade organizam como e quais informações serão utilizadas no processo cognitivo de percepção de perigo³⁶. Nesse sentido, novas informações para serem aceitas como verdadeiras devem ser leis à organização política particular do indivíduo/grupo, o resto será considerado suspeito, deliberadamente censurado ou inconscientemente ignorado³⁶.

Considerando, então, a percepção de perigo como resultado de um processo cognitivo em que culpa e expiação estão presentes, e que elementos culturais orientam as escolhas, o reconhecimento de espaços insalubres pode não seguir unicamente uma ordenação higiênica típica do saber médico. Assim, a culpabilização dos moradores por não seguirem as prescrições que organizam e ordenam os espaços de forma a torná-los salubres não é só normativa, mas perversa, já que mais comumente e poderosamente se dá, considerando a atuação da atenção básica, em áreas de periferia,

onde se assentam populações herdeiras de ambientes construídos de forma insalubre. Transfere-se, assim, para o indivíduo responsabilidades sobre determinantes do adoecimento/óbito, oferecendo objetividade, o discurso científico, para a tomada de decisão sobre qual(is) risco(s) correr e pela transformação do espaço, esvaziando-se os eventos da historicidade necessária para a sua compreensão e transformação.

A abordagem sobre o ambiente enquanto espaço historicamente construído e promotor de saúde, na prevenção e controle da LV, assim como de outras doenças endêmicas que demandam intervenções ambientais, em detrimento da prescrição de ações específicas para uma ou várias doenças, pode contribuir para que a população reconheça “seus problemas” em aspectos tratados pelas medidas de prevenção e controle propostas, o que eventualmente contribui para que as ações passem a “fazer sentido”. Tal “olhar” encontra respaldo nos preceitos da promoção da saúde que abarca uma concepção ampla do processo saúde doença e de seus determinantes e propõe a articulação de saberes técnicos e populares aliada à mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução³⁸.

O grande desafio que se impõe é a operacionalização desses conceitos no cotidiano de trabalho e de vida das pessoas. Nesse sentido, a reorganização do processo de trabalho a partir dos princípios norteadores da vigilância da saúde, território e problemas e práticas de saúde parece se constituir em real possibilidade para tal superação. Adotar a territorialidade como fio condutor das práticas de saúde permite acessar uma noção ampliada de ambiente, enquanto espaço geográfico e também social e político e contribuir para a atuação planejada e equânime sobre problemas e necessidades de saúde³⁰.

Considerações finais

A prerrogativa da pesquisa qualitativa, de “construção de novas abordagens, revisão e recriação de novos conceitos e categorias durante a investigação”¹⁹ foi enriquecedora e permitiu agregar ao estudo a discussão sobre o ambiente e a urgência do olhar ampliado sobre o mesmo.

Algumas limitações devem ser consideradas, como por exemplo, o fato de terem sido incluídos no estudo profissionais de saúde pertencentes a apenas uma UBS. A inclusão de outros profissionais, que vivenciam realidades diferentes, ainda

que no mesmo município, enriqueceria o entendimento sobre a realidade local.

A análise dos depoimentos permitiu identificar dúvidas tanto da população quanto dos profissionais de saúde sobre a LV, bem como a culpabilização do indivíduo pela não adesão a medidas, sobretudo, de manejo ambiental, constituindo lacunas no que diz respeito à prevenção e controle da LV nas regiões estudadas. Conforme discutido no texto do artigo, abordagens que destaquem o papel do ambiente como promotor de saúde, em detrimento da prescrição pontual de medidas ambientais específicas contra LV, constituem perspectivas de superação das lacunas encontradas. O desafio que se impõe é a construção participativa e dialógica dessas abordagens, incluindo profissionais de saúde e população.

Colaboradores

RF Carmo, ZMP da Luz e PD Bevilacqua participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Agradecimentos

As autoras agradecem ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico pelo fomento à pesquisa. A todos os indivíduos que participaram do projeto. À Secretaria Municipal de Saúde de Contagem pelo apoio à pesquisa. À Juliana L. C. Santos pelo apoio operacional na realização dos grupos focais com os agentes de saúde.

Referências

1. Barreto ML, Teixeira MG, Bastos FI, Ximenes RAA, Barata RB, Rodrigues LC. Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. *Lancet* 2011; 377(9780):1877-1889.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Glossário de doenças*. [acessado 2014 maio 21]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>
3. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). [homepage na internet]. *Sala de apoio à gestão estratégica* [acessado 2014 jul 09]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=04>
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde*. Brasília: MS; 2010.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Manual de vigilância e controle da leishmaniose visceral*. Brasília: MS; 2006.
6. Costa PL, Dantas Torre F, Silva FJ, Guimarães VC, Gaudêncio K, Brandão Filho SP. Ecology of *Lutzomyia longipalpis* in an area of visceral leishmaniasis transmission in north-eastern Brazil. *Acta Trop* 2013; 126(2):99-102.
7. Silva JP, Werneck GL, Macedo EC, Carvalho H, Pires, Cruz MS. Factors associated with *Leishmania chagasi* infection in domestic dogs from Teresina, State of Piauí, Brazil. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop* 2012; 45(4):480-484.
8. Rangel EF, Vilela ML. *Lutzomyia longipalpis* (Diptera, Psychodidae, Phlebotominae) and urbanization of visceral leishmaniasis in Brazil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(12):2948-2952.
9. Barata RA, França-Silva JC, Mayrink W, Silva JC, Prta A, Lorosa ES, Fiúza JA, Gonçalves CM, Paula K, Dias ES. Aspectos da ecologia e do comportamento de flebotomíneos em área endêmica de leishmaniose visceral, Minas Gerais. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop* 2005; 38(5):421-425.
10. World Health Organization (WHO). *Control of the leishmaniases*. Geneva: WHO; 2010.
11. Oliveira CDL, Moraes MHF, Machado-Coelho GLL. Visceral leishmaniasis in large Brazilian cities: challenges for control. *Cad Saude Publica* 2008; 24(12):2953-2958.
12. Werneck GL. Forum: geographic spread and urbanization of visceral leishmaniasis in Brazil. Introduction. *Cad Saude Publica* 2008; 24(12):2937-2940.
13. Sabroza PC, Kawa H, Campos WSQ. Doenças transmissíveis: ainda um desafio. In: Minayo MCS, organizadora. *Os muitos brasis: saúde e população na década de 80*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 1995. p. 177-244.
14. Lasker RD, Weiss ES. Broadening participation in community problem solving: a multidisciplinary model to support collaborative practice and research. *J Urban Health* 2003; 80(1):14-47.
15. Israel BA, Checkoway B, Schulz A, Zimmerman M. Health education and community empowerment: conceptualizing and measuring perceptions of individual, organizational, and community control. *Health Educ Q* 1994; 21(2):149-170.
16. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.
17. Freire P. *Pedagogia da autonomia. Saberes necessários à prática educativa*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1996.

18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [homepage na internet]. *Censo demográfico 2010* [acessado 2014 mar 17]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
19. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
20. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saude Publica* 2011; 27(2):389-394.
21. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2010.
22. Fraga LS. *Controle de zoonoses: estudo sobre práticas educativas voltadas ao manejo da população canina* [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2012.
23. Borges BKA. *Fatores de risco para leishmaniose visceral em Belo Horizonte, Minas Gerais* [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2006.
24. Luz ZMP, Schall V, Rabello A. Evaluation of a pamphlet on visceral leishmaniasis as a tool for providing disease information to healthcare professionals and laypersons. *Cad Saude Publica* 2005; 21(2):606-621.
25. Gama MEA, Barbosa JS, Pires B, Cunha AKB, Freitas AR, Ribeiro IR. Avaliação do nível de conhecimento que populações residentes em áreas endêmicas têm sobre leishmaniose visceral, Estado do Maranhão, Brasil. *Cad Saude Publica* 1998; 14(2):381-390.
26. Alexander B, Malori M. Control of phlebotomine sandflies. *Med Vet Entomol* 2003, 17(1):1-18.
27. Reis ACP. *Barra do Corumbê – Paraty - RJ: Leishmaniose e representações sociais* [monografia]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2004.
28. Jovchelovitch S. *Contextos do saber - representações, comunidade e cultura*. Petrópolis: Vozes; 2008.
29. Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Penna CMM. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cad Saude Publica* 2005; 21(1):200-206.
30. Oliveira MC, Casanova AO. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. *Cien Saude Colet* 2009; 14(3):929-936.
31. Otranto D, Dantas Torres F. The prevention of canine leishmaniasis and its impact on public health. *Trends in Parasitology* 2013; 29(7):339-345.
32. Roma I, Silva JA, Magolbo NG, Aquino RF, Marin MJS, Moravcik MYAD. Analisando a percepção de uma população sobre higiene a partir de um jogo educativo. *Rev Pesq Saúde* 2011; 12(1):41-46.
33. Santos M. Os espaços da globalização. In: Santos M. *Técnica, espaço, tempo: globalização e meio técnico-científico informacional*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 48-58.
34. Oliveira MVAS. *A educação popular em saúde e a prática dos agentes de controle das endemias de Camaragibe: uma ciranda que acaba de começar* [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2002.
35. Rocha NHN, Barletto M, Bevilacqua PD. Identidade da agente comunitária de saúde: tecendo racionalidades emergentes. *Interface (Botucatu)* 2013; 17(47):847-857.
36. Douglas M. Risk and blame. In: Douglas M. *Risk and blame. Essays in cultural theory*. London: Routledge; 1996. p. 3-21.
37. Douglas M. Impureza ritual. In: Douglas M. *Pureza e perigo*. São Paulo: Perspectiva; 1976. p. 19-42.
38. Buss PM. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 15-38.

Artigo apresentado em 02/03/2015

Aprovado em 26/06/2015

Versão final apresentada em 28/06/2015