



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

EDNEIA CARLA PASSOS DOS SANTOS

**A INVISIBILIDADE DA LEPTOSPIROSE URBANA NO
COTIDIANO DE UMA UNIDADE DE APS: A TRAMA DA
PRODUÇÃO DE NEGLIGÊNCIA**

Salvador
2021

EDNEIA CARLA PASSOS DOS SANTOS

**A INVISIBILIDADE DA LEPTOSPIROSE URBANA NO
COTIDIANO DE UMA UNIDADE DE APS: A TRAMA DA PRODUÇÃO
DE NEGLIGÊNCIA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva, área de concentração em Ciências Sociais em Saúde.

Orientadora: Leny Bonfim Trad.

Coorientadora: Yeimi Alexandra Alzate López.

Salvador
2021

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

S237i Santos, Edneia Carla Passos dos.

A invisibilidade da leptospirose urbana no cotidiano de uma unidade de APS:
a trama da produção de negligência / Edneia Carla Passos dos Santos. –

Salvador: E.C.P. Santos, 2021.

127 f.

Orientadora: Profa. Dra. Leny Alves Bomfim Trad.

Coorientadora: Profa. Dra. Yeimi Alexandra Alzate López.

Dissertação (Mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da
Bahia.

1. Leptospirose Urbana. 2. Negligência em Saúde. 3. Atenção Primária
Saúde. 4. Desigualdades Sociais. 5. Pobreza. I. Título.

CDU 614.2



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

EDNEIA CARLA PASSOS DOS SANTOS

A invisibilidade da leptospirose urbana no cotidiano de uma unidade de APS: a trama da produção de negligência.

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 10 de agosto de 2021.

Banca Examinadora:

Profª. Leny Alves Bomfim Trad - Orientadora - ISC/UFBA

Profª. Yeimi Alexandra Alzate López – ISC/UFBA

Profª. Clarice Santos Mota – ISC/UFBA

Profª. Monica Angelim Gomes de Lima – FAMEB/UFBA

Prof. João Luís Gonçalves dos Reis Nunes – UK

Salvador
2021

AGRADECIMENTOS

Primeiro, agradeço aos meus pais por me conceber a vida! Em especial a minha Mãe, Edna Maria Passos, pelo amor incondicional, praticado a cada segundo de minha existência; por ser a Mulher que sempre me inspirou.

Agradeço aos meus irmãos, que foram os primeiros a me ensinarem (e continuam me ensinando) a divisão social e essencial do cuidado, e a aprender a conviver, respeitar e se relacionar com as diferenças que nos compõem como seres humanos e sociais.

A Família Passos por ser a minha referência ancestral mais próxima. Por ser a minha base de apoio e força.

Ao meu esposo, pelo amor, companheirismo e incentivos (de diferentes formas e em diferentes momentos), nessa contínua e longínqua construção da “Nossa Relação”.

As minhas Amigas, que são verdadeiras irmãs que a vida me deu de presente... pelas escutas acolhedoras, pelas trocas de saberes e afetos; principalmente, nos momentos mais desafiadores desse processo da caminhada na vida acadêmica, no qual a palavra desistir se fez presente em muitos momentos; e elas estavam ali mostrando que eu não estava só!

Ao grupo de pesquisa FA-SA, principalmente os que fazem parte do eixo da pesquisa “leptospirose/ciência sociais”, por toda paciência, trocas, ensinamentos, acolhimento e cuidado.

A toda comunidade do ISC/UFBA, da portaria, da higienização, os técnicos, os auxiliares de pesquisa, os professores, a diretoria e aos colegas da turma da pós-graduação. Por fazer desse espaço um lugar de aprendizados, trocas e convivências com base no cuidado, respeito e solidariedade.

A todas e todos profissionais de saúde da USFAC que aceitaram participar desta pesquisa, que disponibilizaram seus tempos, o que foi fundamental para a construção deste trabalho.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPQ, pelo apoio financeiro e o fomento à pesquisa, diante desse cenário de austeridade.

Muito obrigada a Todas, Todos e Todes por possibilitarem essa experiência transformadora, de uma importância para meu crescimento como ser humano, profissional e cidadã.

Às vezes eu temo escrever.
A escrita se transforma em medo,
Para que eu não possa escapar de tantas
Construções coloniais.
Nesse mundo,
Eu sou vista como um corpo que
Não pode produzir conhecimento,
Como um corpo fora do lugar.
Eu sei que, enquanto escrevo,
Cada palavra escolhida por mim
Será examinada,
E, provavelmente, deslegitimada.
Então, por que eu escrevo?
Eu tenho que fazê-lo
Eu estou incrustada numa história
De silêncios impostos,
De vozes torturadas,
De línguas interrompidas por
Idiomas forçados e
Interrompidas falas.
Estou rodeada por
Espaços brancos
Onde, dificilmente, eu posso adentrar e permanecer.
Então, por que eu escrevo?
Escrevo, quase como na obrigação,
Para encontrar a mim mesma.
Enquanto eu escrevo
Eu não sou o Outro
Mas a própria voz
Não o objeto,
Mas o sujeito.
Torno-me aquela que descreve
E não a que é descrita
Eu me torno autora,
E a autoridade
Em minha própria história
Eu me torno a oposição absoluta
Ao que o projeto colonial predeterminou
Eu retorno a mim mesma
Eu me torno: existo.

Grada Kilomba (Enquanto Eu Escrevo, 2015)

SANTOS, Edneia Carla Passos. A invisibilidade da leptospirose urbana no cotidiano de uma unidade de APS: A trama da produção de negligência. 2021. Orientadora: Leny Bonfim Trad. 127 f. il. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2021.

RESUMO

As comunidades distanciadas dos serviços de assistência médica, educação, cultura e lazer são mais vulneráveis à ocorrência de problemas socioambientais, com danos ao meio ambiente e a esses grupos populacionais. A leptospirose humana é uma doença potencialmente letal cujo impacto social e econômico na população brasileira é subestimado. Um problema de saúde negligenciado pelos processos que produzem invisibilidades programática dessa doença. Diante dessa realidade, este estudo tem o objetivo geral de analisar o processo de produção de negligência em relação a leptospirose urbana, considerando as percepções e atuação de profissionais da atenção primária à saúde em um bairro popular de Salvador/BA. Trata-se de um estudo qualitativo, com a realização de entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde, de diferentes categorias, um grupo focal com os agentes comunitários em saúde e observação participante no cotidiano do trabalho em saúde, com registros no diário de campo. A análise dos dados, orientada pela antropologia interpretativa, procurou identificar as estruturas de significações inscritas no discurso social expressos nas narrativas produzidas pelos profissionais de saúde e/ou nas suas práticas concretas em relação as questões da leptospirose urbana e o território em questão. Os resultados apontam a leptospirose como uma doença da pobreza, marcada pela invisibilidade em múltiplos aspectos: do problema em si, dos seus determinantes sociais e dos seus efeitos para as comunidades e pessoas afetadas. Tal invisibilidade contribui para a inação dos profissionais de saúde que ali atuam, a qual é uma decorrência de lacunas nos processos formativos (pregressas e contínuas no âmbito profissional) sobre a doença em seu amplo contexto socioambiental. A ausência de ações intersetoriais unida ao subdiagnóstico clínico, a subnotificação e o próprio descaso com a população acometida, fundamenta discursos segregatícios, de marginalização e menosprezo. Por fim, destacamos que o processo de negligenciamento faz com que a leptospirose urbana persista nos territórios e entre os grupos sociais marginalizados, refletindo a ausência sistemática políticas públicas de moradia, ambiental, de saúde e de educação para as classes mais vulnerabilizadas na história do país, sendo uma das expressões das desigualdades sócio espaciais em nossa sociedade. Considera-se, também, necessárias e urgentes abordagens mais amplas para detecção do diagnóstico precoce, e devem fazer parte da APS, para que ocorra ações que promovam a detecção precoce da doença e a redução da letalidade observada no país.

Palavras-chaves: Leptospirose Urbana. Negligência em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Desigualdades Sociais. Pobreza.

SANTOS, Edneia Carla Passos. The invisibility of urban leptospirosis in the daily life of a primary health care (PHC) unit: the weft of production of neglect. 2021. Advisor: Leny Bonfim Trad. 127 s. ill. Dissertation (Master's in Community Health) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2021.

ABSTRACT

Communities distanced from health care, education, culture and leisure services are more vulnerable to the occurrence of socio-environmental problems, with damage to the environment and these population groups. Human leptospirosis is a potentially lethal disease whose social and economic impact on the Brazilian population is underestimated. A health problem neglected by the processes that produce programmatic invisibilities of this disease. Given this reality, this study has the general objective of analyzing the process of producing negligence in relation to urban leptospirosis, considering the perceptions and performance of primary health care professionals in a popular neighborhood of Salvador/BA. This is a qualitative study, with semi-structured interviews with health professionals, of different categories, a focus group with community health agents and participant observation in the daily work of health, with records in the field diary. Data analysis, guided by interpretive anthropology, sought to identify the structures of meanings inscribed in the social discourse expressed in the narratives produced by health professionals and / or in their concrete practices in relation to the issues of urban leptospirosis and the territory in question. The results point to leptospirosis as a disease of poverty, marked by invisibility in multiple aspects: the problem itself, its social determinants and its effects on affected communities and people. Such invisibility contributes to the inaction of the health professionals who work there, which is a result of gaps in the training processes (past and continuous in the professional field) about the disease in its broad socio-environmental context. The absence of intersectoral actions coupled with clinical underdiagnosis, underreporting and neglect with the affected population, is the basis for segregation, marginalization and disparagement. Finally, we highlight that the neglect process causes urban leptospirosis to persist in territories and among marginalized social groups, reflecting the systematic absence of public housing, environmental, health and education policies for the most vulnerable classes in the country's history, being one of the expressions of socio-spatial inequalities in our society. Broader approaches for detecting early diagnosis are also considered necessary and urgent, and should be part of PHC, so that actions can be taken to promote the early detection of the disease and reduce the lethality observed in the country.

Keywords: Urban Leptospirosis. Neglect in Health. Primary Health Care. Social Inequalities. Poverty.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANA	Agência Nacional de Águas
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
ASG	Auxiliar de Serviço Geral
BA	Bahia
CAMAB	Caderno de Avaliação de Monitoramento da Atenção Básica
CCZ	Centro de Controle de Zoonoses
DALYs	Disability Adjusted Life Years – Anos de vida perdidos ajustados por incapacidade
DNDi	Dugs for Neglected Diseases initiative
DSSV	Distrito Sanitário de São Caetano/Valéria
DTN	Doenças Tropicais Negligenciadas
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
EUA	Estados Unidos das Américas
FUPAM	Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Presbiteriana Mackenzie
FAUUSP	Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paul
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MCidades	Ministério das Cidades
OJA	Organizações de Justiça Ambiental
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PB	Paraíba
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família

RAS	Rede de Atenção à Saúde
SESAB	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SNIS	Sistema Nacional de Informação sobre Saneamento
SINISA	Sistema Nacional de Informações em Saneamento Básico
SNSA	Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UN-HABITAT	Programa das Nações Unidas para os Assentamentos Humanos
UNICEF	Fundação das Nações Unidas para a Infância
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família
USFAC	Unidade de Saúde da Família do Alto do Cabrito

APRESENTAÇÃO

*“... Ocupamos nosso espaço
Cada passo um pedaço
Agora traço uma memória
Que eu sempre serei
Falo eu porque sou nós!
Grito de entranhas
Ímpeto feroz
Afastando atitude atroz
Partindo pra cima o algoz
Pra quem não conhece o respeito eu sou um perigo
Me olho no espelho e digo...”*

Música Território Conquistado. Larissa Luz.

A concepção desta pesquisa foi e é um constante transformar. Como em uma reação química reversível, no movimento de vai e volta, torna-se uma alquimia de substâncias reagentes que se encontra em diferentes tempos, de distintas formas e ainda em processamento até que possa ser apreciado, sem saber ao certo qual (is) o (s) produto (s) final (is). Sinto isso ao rever minha trajetória de vida e acadêmica, e percebo que as ideias deste estudo há muito vêm pincelando meu coração e minha mente, e até então não sabia como traduzir todas essas incompreensões.

O trabalho com comunidade, favela, periferia, seja qual for a nomenclatura, sempre foi um desejo: entender como os lugares que nasci, cresci e vivo têm determinadas localizações (normalmente muito distantes do centro da cidade), características e, principalmente, ausências/lacunas não vistas em alguns bairros desta mesma cidade. Por que tantas diferenças, tantas dificuldades de acessos aos serviços considerados (por essa mesma cidade/sociedade) como básico e essenciais, tais como educação, saúde, transporte, ambientes saudáveis? Tais indagações fazem e fizeram parte durante toda minha trajetória pessoal e profissional. Mas, foi aqui no mestrado que pude acessar algumas leituras, alguns estudos que me fizeram perceber, que sim, tem uma explicação para essas dicotomias e invisibilidades expressivas e, muitas vezes, violentas no campo simbólico e real.

Durante todo o processo da pesquisa, não poderia me furtar de refletir sobre a minha relação como pesquisadora e o local da pesquisa, já que morei durante a infância, adolescência e parte da fase adulta em bairros circunvizinhos e que compõem o distrito

sanitário São Caetano-Valéria, no qual o bairro em questão faz parte, e que compartilha de características muito similares entre si. Algo me trazia certa angústia: o fato da pesquisadora ser também participante do grupo (aqui considero características de classe, raça e culturais que perfazem a população do bairro estudado), cujo o território ela conhece e estuda, se constitui em um problema para o resultado da pesquisa? A questão foi sendo respondida em cada etapa que a pesquisa foi se construindo e tomando forma, pois não era apenas um “discurso de uma nativa”, era um aprendizado constante e contínuo (que não finda aqui) em olhar o mundo em que nasceu e se educou com alguns desprendimentos, já que tive a oportunidade de sair e conhecer outros universos, inclusive a própria academia, podendo assim, confrontar interna e externamente o discurso do grupo com o da academia, e vice-versa.

Essas experiências vividas, memórias e sentimentos são os principais ingredientes deste trabalho, que a cada linha escrita, suscita outras indagações e/ou reflexões. O percurso de escrita foi dolorido, complexo, mas foi, também, momento de cura, a partir da compreensão do porquê e dos sentidos da vivência de uma cidade que provoca várias experiências de segregação. Era preciso a compreensão que a cidade é um produto social e esse meio ambiente urbano não é neutro nem ingênuo, ele é fruto histórico, com demarcações espaciais reais e socialmente determinado.

E essa escrita foi sendo melhor elaborada a cada novo texto lido (e relido), a cada nova janela de conhecimento que as professoras, as amigas, os parentes e todos do grupo de pesquisa abriram (e abrem) para mim, nos diversos espaços de encontros, como foi também, com muito mais profundidade, a cada encontro em campo com as entrevistas que foram realizadas, bem como, com a imersão e observações trilhadas dentro e fora deste trabalho. A escrita como um processo de autoconhecimento, com “curas dolorosas”.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	INICIANDO O DEBATE E ARTICULANDO UMA PROPOSTA.....	26
2.1	A PRODUÇÃO DA NEGLIGÊNCIA: ENTRE O RISCO E A VULNERABILIDADE.....	26
2.2	A PRODUÇÃO DA NEGLIGÊNCIA DA LEPTOSPIROSE NO BRASIL.....	34
2.3	A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O PROCESSO DE NEGLIGÊNCIA DA LEPTOSPIROSE.....	42
3	OBJETIVOS.....	49
3.1	GERAL.....	49
3.2	ESPECÍFICOS.....	49
4	METODOLOGIA.....	50
4.1	CAMPO DE ESTUDO.....	50
4.2	O PROCESSO DE PRODUÇÃO DE DADOS.....	52
4.2.1	Observação Participante.....	53
4.2.2	Entrevista semiestruturada.....	55
4.2.3	Grupo Focal.....	57
4.2.4	Análise dos dados.....	59
4.3	Considerações Éticas.....	61
5	O TERRITÓRIO, OS RATOS E AS PESSOAS: NEGLIGÊNCIA DA LEPTOSPIROSE URBANA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – O CASO DA USF ALTO DO CABRITO.....	62
5.1	<i>“[...] SÃO MUITOS RATOS MESMO”. O PARADOXO DA VISÃO LOCAL SOBRE LEPTOSPIROSE URBANA – A CAUSA DESASSOCIADA DO PROBLEMA.....</i>	62
5.2	LEPTOSPIROSE URBANA E O CUIDADO EM SAÚDE: O PROBLEMA INVISÍVEL OU INVISIBILIZADO?.....	79
5.3	LACUNAS NA FORMAÇÃO E OUTROS DETERMINANTES DA INAÇÃO FRENTE À LEPTOSPIROSE URBANA.....	90
5.4	<i>“[...] POR QUE ALÉM DA GENTE SER MORADOR, A GENTE É PROFISSIONAL DE SAÚDE”. O LUGAR HÍBRIDO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: ENTRE O INVISÍVEL E O ESSENCIAL.....</i>	96
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	103

REFERÊNCIAS.....	107
APÊNDICE 1 – Roteiro para observação participante.....	121
APÊNDICE 2 – Roteiro para o Grupo Focal.....	122
APÊNDICE 3 – Roteiro para as Entrevista Semiestruturada.....	124
APÊNDICE 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	125

1. INTRODUÇÃO

*“...muitos têm pouco, poucos tem muito, urbanização, tragédia, tumulto... a vida na cidade
cada vez mais sagaz, veloz, voraz...”*
Música Alarme. Rapper GALF (AC).

O crescimento “desordenado” das cidades vem sendo atualmente tema de grandes discussões no meio acadêmico e em especial quando da elaboração de políticas públicas de planejamento urbano. Associado a esse processo de urbanização desenfreada, está também o crescimento populacional não acompanhado de planejamento que, desde a revolução industrial, vem gerando inchaço de pessoas em cidades não preparadas para tal, fazendo surgir favelas em áreas insalubres, sujeitas a condições de risco, e contribuindo para o surgimento de doenças e epidemias causadas pela falta de higiene, serviços sanitários e acesso às infraestruturas e equipamentos/cuidados de saúde. Em virtude dessas condições, as pessoas ficam mais vulneráveis a impactos negativos de ordem social e ambiental (SOARES et al., 2014).

As desigualdades intraurbanas, na maioria das cidades brasileiras, refletem a apropriação desigual dos espaços habitados associadas ao valor econômico embutido aos mesmos. Consequentemente, recortes espaciais dotados de melhor infraestrutura abrigam pequena parcela da população de mais alta renda, enquanto que nos espaços mais periféricos da cidade, carente de toda uma série de elementos estruturantes, sobrevive a população mais pauperizada (CARVALHO; MENDONÇA, 2018). Nessa compreensão, e para possibilitar um diálogo interdisciplinar desse contexto, o professor João Sette Whitaker Ferreira¹ em uma publicação na Revista Cult (2017), e em seus textos no seu blog: “<https://cidadesparaquem.org/>”, já traz a reflexão e a constatação que é, portanto, um equívoco acreditar que a extrema desigualdade na oferta de infraestruturas, que caracteriza nossas cidades, é consequência “natural” de um “crescimento populacional acelerado” ou

¹Graduado em Arquitetura e Urbanismo, e em Economia, Mestre em Ciência Política pela Universidade de São Paulo (1998), Doutor em Arquitetura e Urbanismo (FAUUSP 2003) e Livre-Docente pela FAUUSP (2013). Autor do livro "O mito da cidade-global: o papel da ideologia na produção do espaço urbano" (Vozes, 2007, esgotado), e coordenador do livro "Produzir casas ou construir cidades? Desafios para um novo Brasil urbano" (FUPAM/LabHab-FAUUSP, 2012).

demonstração de alguma “incapacidade” do Estado em enfrentar a questão da desigualdade urbana.

Seguindo nesse raciocínio, o professor Ferreira (2017) demonstra que a maneira como é conduzida a produção do espaço urbano é uma questão de política pública, e, que até então, reflete as lógicas da herança perversa do patrimonialismo, em que o que interessa é tão somente a estruturação dos bairros ricos, sintomaticamente chamados de “nobres”, deixando-se de fora a população pobre. Há infraestrutura onde se quis que houvesse, e onde se mantém até então, não há onde se deixou de fazer, e tais diferenças não são resultado da “falta de planejamento”, como se quer fazer pensar, mas de um planejamento às avessas, levando em consideração o interesse público particularizado, bastante eficaz nos seus objetivos de produzir a segregação.

Somando a essa construção de entendimento, Ivo (2008), demonstra como a *teoria da marginalidade*, surge, e toma rumos equivocados, como contraponto ao paradigma do “círculo vicioso da pobreza” (tese proposta por Ragnar Nurkse – economista da Estônia, em 1963). A autora traz que a princípio ela (a teoria da marginalidade) foi aplicada aos assentamentos urbanos periféricos (favelas, rancheiros, etc.) chamados de *marginais*, que estava aumentando a partir dos anos 50, ou seja, eram as moradias situadas à margem dos centros urbanos e carentes de requisitos mínimos de habitabilidade. Ainda segundo a autora, isso acarretou em mais dois outros significados, o de centro urbano em relação ao que se caracterizava como “periférico”, e a definição de certas condições habitacionais médias, com base nas carências sociais dos indivíduos que ali habitam.

Porém, a partir de uma tomada autoritária e conservadora de alguns setores das classes dominantes, que cooptou os efeitos por causas, gerando uma simplificação da noção de marginalidade com o deslocamento dos seus potenciais significados e salta para um determinismo inaceitável, segundo a autora:

A questão da moradia foi relegada, então, para segundo plano, e a marginalidade passou a ser referida às características negativas próprias dessas populações pobres no espaço urbano, reiterando as representações da pobreza como “classes perigosas. (IVO, 2008, p. 127).

Para Ferreira (2017), nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, tornam-se quase intransponíveis, em razão da desigualdade social produzida e mantida, que faz com que milhões de pessoas de menor renda viva em uma condição de vida de extrema precariedade, produzindo, assim, cidades separadas entre poucos ricos e muitos pobres, sendo

estes últimos “invisíveis” aos primeiros. Os problemas das cidades brasileiras são de ordem estrutural, mas também, é um problema invisível, que afeta pessoas historicamente invisíveis, do portão para fora das casas ricas. E essa invisibilidade da pobreza é marca da urbanização brasileira, onde o que se tem é uma morfologia urbana de autoconstruções que compõem a maior parte dos nossos territórios urbanos. E tal contexto de invisibilização se perpetua na forma como se ignora, a cada ano, o destino trágico dos que estão em nítidos riscos e morrem em deslizamentos, soterramentos, enchentes (FERREIRA, 2017).

Nessa compreensão, resgatamos os ensinamentos de Milton Santos, em seu livro “*A urbanização brasileira*”, de 1993, onde ele expressa:

A cidade em si, como relação social e como materialidade, torna-se criadora de pobreza, tanto pelo modelo socioeconômico do que é suporte como por sua estrutura física, que fez dos habitantes das periferias (e dos cortiços) pessoas ainda mais pobres. A pobreza não é apenas o fato do modelo socioeconômico vigente, mas também, do modelo espacial. (SANTOS, 1993, p. 10).

A despeito disso, a partir do que Spink (2018, p. 78) aborda em seu livro “*Viver em áreas de risco: reflexões sobre vulnerabilidades socioambientais*”, temos que considerar que: “morar em favela não é exatamente uma escolha; é a opção possível diante da falta de políticas habitacionais, o que resultou em formas desordenadas de ocupação dos territórios, principalmente em áreas urbanas”.

A partir do momento em que as cidades crescem e se transformam sem planejamento, aumentam, também, ambientes vulneráveis a riscos de desastres e problemas de saúde pública. Tais riscos decorrem da maneira como o espaço urbano é ocupado e pela não consideração dos impactos negativos que a inadequada ocupação do solo pode trazer à população (MARANDOLA JR.; HOGAN, 2004). Corroborando com estes autores, Ramalho (1999, p. 16), já apontava que tal situação tem sido cada vez mais visível em ambientes urbanos, pois as cidades crescem cada vez mais de forma desordenada e caótica, “com estrutura física, habitações e serviços altamente vulneráveis, avolumando ainda mais os problemas ambientais, sendo precisamente nesses locais, onde as maiores condições de risco existem para a população”. Como refere o relatório da UN-Habitat (2016, p. 5; tradução livre): “embora a urbanização tenha o potencial para tornar as cidades mais prósperas e países mais desenvolvidos, muitas cidades em todo o mundo estão totalmente despreparadas para os

desafios multidimensionais associado à urbanização”² (tradução nossa). O termo "Planejamento urbano" é um paradoxo quando aplicado à expansão de grandes cidades em países em desenvolvimento, onde as políticas urbanas são “esquecidas”, ocasionando em estruturas habitacionais não planejadas, o que se apresenta como um potencial alvo, que independentemente dos planos físicos de desenvolvimento, sem levar em conta as disparidades socioeconômicas, para a saúde e para o ambiente, permanecem ineficazes e sem aplicabilidade (COSTA et al., 2017).

As comunidades distanciadas dos serviços de assistência médica, educação, cultura e lazer são mais vulneráveis à ocorrência de problemas socioambientais, como a degradação do meio ambiente, a não valorização das características peculiares, e as condições precárias de saúde ou acesso a ela, causando danos ao meio ambiente e a esses grupos populacionais. Em decorrência disso, doenças como enteroparasitoses, leptospirose, dengue, entre outras, poderiam ser evitadas com um planejamento baseado na correção dos fatores ambientais, e socioeconômicos, que estão atrelados a transmissão de tais patologias (ADDUM et al., 2011). A vulnerabilidade das vidas humanas socialmente produzida é um fator de risco importante a se considerar. É preciso o entendimento da geografia da negação do direito pleno à cidadania no contexto dos diferentes usos do território. Portanto, não existe democracia, possibilidade igual para todos de exposição a riscos e sobrevivência. “O lugar é localização de um complexo patogênico e isso exige análise multi-escalar, multidisciplinar e a compreensão do fato como um fenômeno global” (RODRIGUES, 2020, p. 37).

Em seu estudo, Ramalho (1999, p. 16) já enfatiza que “o papel do Estado, na questão da degradação ambiental urbana e sua relação com a pobreza, tem sido vago e em sua maior parte contraditório, resultando em mais vulnerabilidades para essa população”. A autora, também, traz que é cada vez mais notório (mas cronicamente invisibilizado) um contexto urbano ameaçado de forma crescente e diretamente afetado por riscos e problemas ambientais. E a noção de meio ambiente urbano refere-se à multiplicidade de fenômenos (percebidos e gerados) relacionados aos diferentes problemas da cidade, tais como, saneamento básico, condições de habitação etc. E sua deterioração, muitas vezes, não são claramente identificados, mas afetam constantemente o cotidiano das famílias que ali residem (RAMALHO, 1999).

² “Although urbanization has the potential to make cities more prosperous and countries more developed, many cities all over the world are grossly unprepared for the multidimensional challenges associated with urbanization” (UN-HABITAT, 2016, p. 5).

No Brasil, um dos mais recorrentes impactos negativos em virtude dessa falta de planejamento são as inundações, que em maiores precipitações pluviométricas, assola as populações favorecendo o aumento e a migração de vetores de epidemias e doenças, e assim, expondo desta forma comunidades inteiras a sérios riscos de saúde. Tais riscos devem-se à falta de infraestrutura adequada, que por sua vez, torna a população mais propensa ao acometimento de doenças de veiculação hídrica, fator preponderante para o surgimento da Leptospirose, uma antropozoonose (doença primária de animais e que pode ser transmitida aos humanos) mais difundida no mundo (OLIVEIRA; GUIMARÃES; MEDEIROS, 2009; CIPULLO; DIAS, 2012). Para Lau et al. (2010), muitos surtos de leptospirose ocorrem em favelas urbanas, onde se albergam um dos mais desfavorecidos e vulneráveis grupos humanos, onde a resiliência é fator preponderante à sobrevivência dos mais pobres, os cuidados de saúde são invariavelmente inadequados e o acesso aos serviços públicos de saúde são, muitas vezes, limitados. Desta forma, a conformação destes fatores colabora para criar um ambiente favorável à leptospirose, o que implica em grandes impactos à saúde e ao desenvolvimento socioeconômico destas comunidades.

A leptospirose, enfermidade causada por uma espiroqueta patogênica do gênero *Leptospira*, é uma das zoonoses mais difundidas no mundo, considerada um importante problema de saúde pública (TASSINARI et al., 2004; PAULA, 2005; PAPPAS et al., 2008; LAU et al., 2010; VASCONCELOS et al., 2012; RODRIGUES, 2016; COSTA et al., 2017; MARTINS; SPINPK, 2020a). Trata-se de uma zoonose de grande importância social e econômica, por apresentar elevada incidência em determinadas áreas, alto custo hospitalar e perdas de dias de trabalho, como também por sua letalidade, que pode chegar a 40%, nos casos mais graves, de acordo com o Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN (2012). Ainda segundo os dados do SINAN (2012), a ocorrência da Leptospirose está relacionada às precárias condições de infraestrutura sanitária e alta infestação de roedores infectados nos ambientes.

No Brasil, a leptospirose é endêmica em todo o território, sendo considerada epidêmica principalmente em períodos chuvosos (SOUZA et al., 2011). A ameaça de cunho natural envolve eventos geológico, biológico e meteorológico, propiciando o aumento da doença, acoplado a vulnerabilidade dos processos físicos, econômicos e demográficos que potencializam as condições para desenrolar do agravo. Desta forma, habitações inadequadas ligadas à falta de infraestrutura sanitária para o adequado estabelecimento da demanda populacional propiciam e aumentam a disseminação do reservatório crônico, no caso o rato

(principalmente da espécie *Rattus Norvegicus*), que é o principal responsável pela dispersão das *Leptospiras* (bactéria) no ambiente, a partir da sua urina nos ambientes (SILVA et al., 2018; MARTINS; SPINK, 2020a). A leptospirose emergiu como uma importante zoonose bacteriana urbana da urina de ratos e cães, especialmente nas favelas das cidades brasileiras, como Salvador/BA, onde é uma causa importante, ainda que subnotificada, de doença febril aguda e configura como um problema de saúde pública no contexto urbano brasileiro (OLIVEIRA et al., 2016).

A leptospirose humana é uma doença potencialmente letal cujo impacto social e econômico na população brasileira é subestimado (SOUZA et al., 2011; MARTINS; SPINK, 2020a). Está relacionada tanto às condições comportamentais (ARAÚJO et al., 2013), quanto socioambientais (GUIMARÃES et al., 2014) em áreas pobres, com altos índices de desigualdades sociais, de países em desenvolvimento como o Brasil (HOTEZ; FUJIWARA, 2014). Um problema de saúde pública não compreendida e enfrentada como tal. Por esse motivo, o argumento que se defende com este estudo é que a leptospirose humana é um problema de saúde negligenciado (tanto em relação às suas características sócio estruturais e dos impactos causados como de sua falta de reconhecimento político, público, acadêmico e social), pelos processos que produzem invisibilidades programática dessa doença. Considerando o que Santos (1993) reflete sobre a importância de entendimento mais profundo e amplo sobre as inúmeras necessidades emergentes da cidade, como um lugar político e geográfico, visibilizar tal fenômeno, o negligenciamento da leptospirose urbana, torna-se essencial: “daí a necessidade de circunscrever o fenômeno, identificar o fenômeno, identificar sua especificidade, mensurar sua problemática, mas sobretudo buscar uma interpretação abrangente” (SANTOS, 1993, p. 11).

Rodrigues (2017) em seus estudos recorreu ao sociólogo alemão Norbert Elias (2001)³, para o diálogo sobre abordagem das doenças não reconhecidas como de importância global, exatamente aquelas que não afetam toda uma população ou que afetam o estrato mais vulnerável da sociedade. Desse modo, proporcionando uma alegórica ilusão da imortalidade e da segurança ofertada pela sensação coletiva de que é possível alcançar a cura para grande parte das doenças e, ainda mais, adensada pela ideia de que as doenças rotuladas como “negligenciadas” seriam uma exceção, conflui-se para um processo inconsciente no qual a morte e os moribundos estariam dispostos à margem da sociedade (RODRIGUES, 2017). O

³O autor utilizou a seguinte referência: ELIAS, Norbert. A Solidão dos Moribundos. Tradução: Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001. 107 p.

que acontece com a maioria das mazelas sociais brasileiras, ao deslocar-se, ou fazer parte quase que exclusivamente, para as periferias das grandes metrópoles, tornou-se mais invisível do que já era (FERREIRA, 2017).

Este constructo é confirmado pelo descolamento entre como agem os tomadores de decisão e a realidade daqueles que sofrem com as doenças negligenciadas; tais doenças, muitas vezes, com total potencial de serem prevenidas, adequadamente diagnosticadas e tratadas. Assim, o caminho para a negligência já está trilhado, levando aos detentores de poderes simbólicos, decisórios e financeiros a se afastarem da construção da imagem da morte, o que impacta diretamente na ausência das ações para com os doentes ou contra a propagação da doença e, em seu aspecto mais extremo, na inconsciência da existência da própria doença pelos tomadores de decisões. Neste aspecto, poderíamos avaliar que diversas outras doenças também poderiam ser classificadas como “negligenciadas” e que não figurando em quaisquer das listas oficiais, não recebem a devida atenção das autoridades sanitárias, mas impactam na saúde do coletivo ou têm um enorme potencial infeccioso, o que seguramente é o caso da leptospirose (RODRIGUES, 2017).

No documento apresentado durante o Seminário “Doenças Negligenciadas e a Agenda 2030”, realizado em 31 de julho de 2019, na Fiocruz/Rio de Janeiro, traz que o Brasil concentra grande proporção da carga das doenças negligenciadas da América Latina e Caribe (ALC), a partir de um estudo de 2014 que utilizou o índice DALYs, que considera os anos de vida perdidos ajustados por incapacidade. E a esquistossomose, leishmaniose visceral, leptospirose e hanseníase respondem individualmente por aproximadamente 90% da carga de doença na ALC. Reforçando que as populações de maior risco são aquelas vivendo em áreas empobrecidas do Nordeste, da região Amazônica, e as populações indígenas (ZICKER, 2019).

O uso do critério clínico-epidemiológico para o diagnóstico da doença também é uma das formas de alimentar a negligência com a informação da leptospirose, pois a incerteza estaria sempre pairando sobre um diagnóstico subjetivo e dependente da sensibilidade de profissionais de saúde quanto à presença da doença entre a população atendida nas unidades de saúde, principalmente em períodos que não há um padrão epidêmico (RODRIGUES, 2017). Assim, parte-se do pressuposto que a leptospirose é uma doença negligenciada, em um *círculo vicioso* (RODRIGUES, 2016; MARTINS; SPINK, 2020a). São observados todos os elementos que configuram o processo de produção de negligência em saúde, tais como: o não reconhecimento de sua condição de problema ambiental e de saúde presente nos diversos territórios de abrangência da Atenção Primária à Saúde (APS), assim como dos determinantes

e condicionantes socioambientais que incidem sobre ele; a ausência de práticas de monitoramento/vigilância de sua ocorrência; efetivo enfrentamento, a inexistência de ações e práticas de enfrentamento do problema e de cuidado das pessoas afetadas por partes das equipes de APS.

Baseado nos argumentos apresentados e reconhecendo a leptospirose urbana como um problema socioambiental e de saúde pública, fortemente associada à social, ambiental, político relacionado ao cenário da produção, este trabalho interroga se os significados e práticas relacionadas com a leptospirose urbana encontradas entre profissionais de APS que atuam em um determinado território da cidade de Salvador/BA, expressam um processo de produção de negligência. Buscou-se responder a esta questão identificando e analisando como a negligência na questão da leptospirose se reflete nas percepções e práticas de profissionais de saúde, principalmente no escopo das ações da atenção primária à saúde. A ênfase neste agravo levou em conta sua alta e constante prevalência na cidade de Salvador, a partir de dados que constam no sistema de informação TABNET/Salvador⁴, da secretaria municipal de saúde, observa-se em uma série histórica de 2010 a 2019, a presença de notificações em todos os anos e em todos os 11 Distritos Sanitários da cidade.

Quando se utiliza a denominação “negligência” em saúde, infere-se que não falem recursos financeiros para lidar com determinadas doenças ou que existam tratamentos disponíveis, mas que são doenças ignoradas/invisibilizadas por quem as deveria combater, apesar de representarem um potencial risco ou um dano já instalado à saúde pública (RODRIGUES, 2016; MARTINS; SPINK, 2020a). Diante do exposto, este estudo tem o objetivo geral de analisar o processo de produção de negligência em relação a leptospirose urbana, considerando as percepções e atuação de profissionais da APS em um bairro popular de Salvador/BA.

Além do arcabouço conceitual e epidemiológico que constituem as doenças negligenciadas, há representações sociais que fazem parte das interações dos profissionais de saúde com o mundo, e tais questões refletem em suas práticas de cuidado e nas relações com os pacientes, a comunidade e com o próprio território (como espaço geográfico e espaço simbólico) que esses agentes atuam (SANTOS et al., 2017). Neste estudo, o diálogo é em torno das percepções e práticas dos agentes que estão diretamente envolvidos na produção de

⁴ A Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, através da Subcoordenação de Informações em Saúde (SUIS/SMS – Salvador), disponibiliza informações que auxiliam na análise objetiva da situação sanitária, na programação de ações de saúde, entre outras ações; dentre as bases de dados está o Tabnet, que é um aplicativo desenvolvido pelo DATASUS que permite acesso democratizado às informações de saúde. Disponível em: <http://www.tabnet.saude.salvador.ba.gov.br/>.

cuidado na APS. Nesse tocante Carrapato, Castanheira e Placideli (2018, p. 519) trazem a reflexão:

No processo de trabalho em saúde, os sujeitos da ação, os profissionais das unidades de saúde, configuram-se como agentes responsáveis pela integração em ato dos elementos constituintes desse processo, intermediando as relações entre os instrumentos e os sujeitos-objetos da intervenção e assim realizando um projeto que é a um só tempo definido socialmente e mediado pela intersubjetividade dos sujeitos envolvido.

A partir dessa compreensão, neste estudo, optou-se apreender significados socialmente adquiridos e instituídos pelo conjunto (dos profissionais de saúde) atribuídos na elaboração dos sentidos que refletem os movimentos nas práticas (ou não) concretamente operadas na Unidade de Saúde da Família (USF), do território em questão. Carrapato, Castanheira e Placideli (2018), com base em Vigotski (2001, 2007)⁵, e nas concepções que permeiam a questão da percepção humana, abordam sobre a dimensão plural e complexa dessa construção, sendo uma combinação de fatores biológicos, históricos e culturais. Onde a linguagem representativa estruturada por signos moldado pela cultura, historicidade e características sociais, adquire sentidos no que tange as atividades práticas em portadores de determinados significados.

Santos et. al., (2017) apontam que a percepção da doença é traduzida como a forma que os sujeitos compreendem os diversos aspectos (biológicos, sociais, culturais e históricos) relacionados à saúde e à doença, atravessada por suas experiências individuais e coletivas para tal doença. Bem como, que os profissionais de saúde, por meio dos serviços em que atuam, são instrumentos colaborativos (ou não), na execução e/ou formação de estratégias que podem promover acesso de cuidados adequados às doenças negligenciadas, ou até mesmo, de forma não intencional, mas como uma consequência da estrutura de contradições que existem no sistema de saúde brasileiro, reproduzirem a desigualdade de acesso e cuidados (NUNES; LOTTA, 2019). Além disso, o estudo traz que no pensamento social dos profissionais de saúde há uma interface direta entre as doenças negligenciadas e o ciclo da pobreza (SANTOS et al., 2017).

Partindo do princípio de que o meio ambiente, em seus fatores físicos, químicos, biológicos, político, cultural e social, é fator determinante das condições e determinantes de

⁵ As autoras utilizaram as seguintes referências: VIGOTSKI, L. S. **A construção do pensamento e da linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 2001. VIGOTSKI, L. S. **A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores**. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

saúde, é de suma importância que este seja abordado pela APS, na perspectiva do alcance da saúde ambiental, e do sentido mais amplo do que é direito à saúde, ao ambiente e à cidade. Nessa perspectiva, o contexto social e o território dinâmico (vivo), determinam e condicionam a cada cidadão sua posição nesse estrato social e urbano, o que por sua vez, determinam os acessos (ou não) de saúde, a partir das exposições e condições nocivas ou saudáveis, como também, as diferentes situações e experiências de vulnerabilidades que esses indivíduos passam ou podem passar (BARATA, 2009; SANTOS, 2002).

A partir da noção de uma rede de cuidado, APS, dentro seu escopo de atividades e ações, são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, possibilitando aos profissionais de saúde uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e construir vínculos com a comunidade, o que a possibilita (ou deveria possibilitar) propor estratégias de cuidado mais condizentes com as demandas da realidade local. Segundo Barata (2009), é preciso reconhecer as desigualdades sociais, buscar compreender os processos que as produzem, bem como, os diferentes fatores micro e macrosociais que estão associados nessa produção e manutenção, para que assim, se tenha condições de buscar formas de enfrentamentos em todos os âmbitos da estrutura social.

Entretanto, é nesse setor da saúde propriamente dito, a APS, onde há maiores dificuldades efetiva para implantação e desenvolvimento das ações inerentes as estratégias de cuidado na intrínseca relação saúde e ambiente. Para Ramalho (1999, p. 22):

O poder público, principalmente o municipal, que é o que se situa mais próximo da população, e que deve cuidar dos assuntos do cotidiano, não dá o devido peso à questão da degradação ambiental em nível de comunidade, chegando até mesmo ignorar a questão.

Porém, há várias razões que contribuem para tal cenário no que se refere à essa fragilidade de atuação da APS nesse tripé saúde-ambiente-cuidado, entre elas, o baixo aporte de recursos financeiros destinados a esse nível de atenção (acentuada no contexto atual pelas políticas de austeridade, que inclui o congelamento de gastos públicos em saúde imposto pela Emenda Constitucional 95/2016), além dos instrumentais e humanos em quantidade e qualidade insuficientes para as atividades requeridas; a baixa produção de conhecimento científico que possa fundamentar as atividades interdisciplinares desta área como um todo e servir de elemento para a informação dos cidadãos; a falta de conhecimento das populações sobre seus direitos e deveres relacionados ao ambiente e sua relação, e consequências, para com a saúde (TAMBELLINI; CÂMARA, 1998).

Uma revisão de literatura não exaustiva do tema, realizada durante todo o processo da realização deste estudo, permite observar uma escassa produção sobre esse tema na literatura. Além do mais, a partir da inserção deste projeto dentro de uma pesquisa maior⁶, onde alguns achados reforçam e contribuem para ênfase dada aqui neste estudo. Em projeto piloto feito pelo projeto maior, realizado entre fevereiro e julho de 2017, no qual foram realizados questionários em duas localidades do Distrito Sanitário de Pau da Lima (Sete de abril e Sussuarana) – bairros com características geográficas, demográficas e sociais semelhantes ao bairro onde está localizada a Unidade de Saúde da Família do Alto do Cabrito (USFAC), local, inclusive, que foi realizada a coleta de dados desta dissertação, encontrou-se, a partir da percepção de moradores dessas comunidades, a baixa ação da APS nesses territórios, assim como a inexistência das ações voltadas para cuidado e prevenção da leptospirose.

A atenção primária é fundamental por ser a entrada e centro de comunicação preferencial da Rede de Atenção à Saúde (RAS), com grande potencial resolutivo, quando inserido num sistema de saúde autorregulado e centrado no usuário. A estratégia principal de expansão e consolidação da APS é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que desde dos anos 2000, se coloca como principal base coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS, ancorada nas dimensões de participação social, intersetorialidade e multidisciplinaridade, alinhadas aos princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS. Com a finalidade de reestruturar o modelo assistencial do SUS, ainda que na prática, se observem variados modelos e heterogeneidade nos territórios (SOARES FILHO et al., 2020).

O acesso à saúde é dado por realidades loco regionais heterogêneas no Brasil, com diferenças na estruturação da RAS. Marcadas por desigualdades socioeconômica e de desenvolvimento das diretrizes do SUS em áreas distintas do país. Cenários para a ausência regular de serviços, com uma maior porção de locais onde a estruturação da atenção básica é insuficiente (áreas críticas), que acentuam a escassa integração da APS na RAS. No Nordeste, o estado da Bahia se destaca pela presença persistente dessas áreas críticas (SOARES FILHO et al., 2020; GIOVANELLA et al., 2020). O Brasil, com uma predominância da desigualdade

⁶ Este estudo se enquadra dentro da pesquisa interdisciplinar em Saúde e Ambiente, intitulado “Otimização de medidas de controle para zoonoses em comunidades brasileiras”, financiado pelo Medical Research Council – MRC/ Universidade de Liverpool – UK. A pesquisa iniciou suas atividades em 2017 em quatro comunidades de baixa renda em Salvador (Marechal Rondon, Alto do Cabrito, Rio Sena e Nova Constituinte), visando potencializar o desenvolvimento de estratégias locais de enfrentamento e mitigação da leptospirose, focalizando a exposição ao risco de infecção e a prevalência da doença, as percepções, atitudes e práticas da comunidade em relação às zoonoses, e as medidas – inclusive comunitárias – de enfrentamento e políticas/serviços públicos vigentes.

social, enfrenta problemas de saúde associados e derivados da pobreza, e nesse contexto há o desafio de oferecer atenção de qualidade dentro de sistemas de saúde pouco eficientes, distantes (físico e assistencialmente) das populações mais pobres e marginalizadas, e que são acometidas com maior frequência por doenças transmissíveis de grande impacto social e econômico (ZICKER, 2019).

Dados de base populacional apontaram aumento de cobertura da ESF, sendo mais expressivo nas regiões Norte e Nordeste. Porém, na região Nordeste a metade de suas capitais posicionou-se abaixo da média nacional (40%) (SOARES FILHO et al., 2020). No caso da cidade de Salvador, capital do estado da Bahia, alcançou 55,13% de cobertura da APS no ano de 2020, de acordo com o Caderno de Avaliação de Monitoramento da Atenção Básica (Camab), elaborado pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab). Essa conta é feita levando em consideração o número de equipes de Saúde da Família e a população do município. É importante ressaltar que a baixa presença ESF se relaciona a falhas na prevenção de agravos de importância para a saúde pública (SOARES FILHO et al., 2020; GIOVANELLA et al., 2020).

Contudo, o aumento de cobertura da ESF, muitas vezes, se traduz em impacto na saúde da população, mas sem representar mudanças no modelo assistencial. O nível elevado de adequação da APS se faz acompanhar de grandes diferenças entre os estados, incipiente oferta de atendimento nos finais de semana e fragilidade no acolhimento das demandas do usuário e dos diferentes territórios que os serviços estão inseridos. A universalização da APS não será possível de ser obtida sem a integração e comunicação dos mais variados modelos de atenção encontrados na prática e a correção de inadequações na aplicação dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (SOARES FILHO et al., 2020; GIOVANELLA et al., 2020).

2. INICIANDO O DEBATE E ARTICULANDO UMA PROPOSTA

“... E o governador promete
Só promete na eleição
Mas o sistema diz não
Os lucros são muito grandes e ninguém quer abrir mão
E mesmo uma pequena parte já seria a solução
Mas a usura dessa gente já virou um aleijão...”

Música Nos Barracos da Cidade. Gilberto Gil.

2.1 A produção da negligência: entre o risco e a vulnerabilidade

Para a compreensão do processo de negligência da leptospirose urbana, e suas facetas, é preciso fazer o diálogo, difícil e complexo, entre risco e vulnerabilidade considerando-os a partir de aspectos processuais e relacionais. A ideia não é esgotar tal discussão, e sim ampliar sua reflexão e entendimento para um entrelace epistemológico necessário diante do desafiador processo de tornar visível, o que forçadamente (ou propositalmente) está em invisibilidade: a leptospirose urbana como uma doença negligenciada.

É preciso ressaltar que risco é uma noção essencialmente moderna e complexa (SPINK, 2018). Seu termo é polissêmico e é fruto de uma construção social (SPINK, 2018; VEYRET, 2019). Como demonstra Veyret (2019, p. 25), em seu livro *Os riscos: o homem como agressor e vítima do meio ambiente*, “a palavra designa, ao mesmo tempo, tanto um perigo potencial quanto sua percepção e indica uma situação percebida como perigosa na qual se está ou cujos efeitos podem ser sentidos”. O cerne da questão está na reorientação das relações das pessoas com eventos futuros, sendo possível um gerenciamento, e não mais um fato oriundo do destino e/ou da fatalidade, e que não depende unicamente de fatos e processos objetivos. “A novidade é a ressignificação desses perigos numa perspectiva de *domesticação do futuro*” (SPINK, 2018, p. 17).

Ainda nessa discussão sobre risco e sua percepção, como citado acima, é necessário a concepção que os mesmos pertencem a um contexto histórico que os produziu, e principalmente, estão implicados com as relações sociais característicos da época, com os espaços geográficos e com os modos de ocupação dos diferentes territórios (VEYRET,

2019). É preciso evidenciar que há arenas de debates em relação aos diferentes conceitos e formas de análise de risco. O desafio está na inconsistência do seu uso e definição, em sua maior parte assentado em cálculos abstratos como forma de presumir o possível e o provável da vivência cotidiana e, por outro lado, há um silêncio intencional, em sua maioria por pesquisadores que utilizam o tema nas ciências sociais. Nessa questão, o risco como um construto, seu conceito é e deve ser abrangente fazendo parte aspectos culturais e resultados mensuráveis (SPINK, 2018).

Diante disto, Spink (2018, p. 38), a partir dos estudos de Foucault (2004) e Spink (2010)⁷, complementa e defende:

Porém, nas ciências sociais de vários matizes, risco é uma ferramenta analítica de outro tipo. Não é a avaliação ou percepção do risco que está no cerne dessa empreitada, mas a forma como as instituições que lidam com riscos são constituídas. Portanto, não é a integração que está em pauta, e, sim, o confronto. O conceito de risco se torna central na modernidade tardia exatamente por ser um cenário de dissenso e um campo propício para compreender as estratégias de governamentalidade na interface entre o crescente ceticismo em relação às instituições e sua sustentação científica e o fortalecimento dos direitos de cidadania.

Nesse tocante, é importante a reflexão que a percepção de risco é advinda de várias representações de riscos e que pode estar envolvido com processos de decisões ancorados em diferentes contextos sociais e pessoais. Então, podemos ampliar a concepção que os riscos são consequências adversas sob incerteza. A incerteza, nesse caso, é gerada por problemáticas e/ou sistemas que estão abertos, em sua maioria, a especulações, entradas e surgimentos de novos acontecimentos, remete ao conhecimento e refere-se à reflexividade. É necessário que haja reflexão sobre a relação entre eventos carregados de valor e o nosso conhecimento incerto, independente de qualquer posição que estejamos e/ou escolhermos para olhar e perceber a diversidade de riscos no dia a dia (SPINK, 2018).

Segundo Veryret (2019, p. 29), “os riscos são, portanto, onipresentes para o indivíduo para a sociedade civil, para aqueles que tomam decisões e mais largamente para os políticos. (...) O risco é desde sempre indissociável da política (...)”. Nos estudos de Spink, Medrado e Mello (2002) e Spink (2001, 2018), a autora discorre sobre a “linguagem do risco”, e traz a

⁷ A autora utiliza as seguintes referências: FOUCAULT, M. *Segurança, território, população*. Curso no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2004. SPINK, M. J. P. Comunicação sobre riscos, biopolítica e reconfiguração possível do cuidado. In: PINHEIRO, R.; SILVAJR., A. G. (Org). **Por uma sociedade cuidadora**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2010. p. 217-230.

dimensão importante e expressiva que o papel da mídia desempenha na ressignificação da noção do risco, decorrente da sua onipresença e da grande visibilidade que confere (ou não) aos acontecimentos, na transmissão de informações. As mídias, nesse caso, se posicionam entre os principais atores (sociedade civil, os especialistas e os gestores), desempenhando um papel ativo na construção do risco, já que nelas estão o papel da amplitude das mobilizações e dos alertas (SPINK, 2018; VEYRET, 2019).

Nesse bojo da construção do risco, há também, o aspecto que está associado aos jogos dos atores envolvidos (alguns com poderes de decisões) à natureza e à amplitude de suas relações, em função das ferramentas e das fontes de informações que tais atores acessam e utilizam. Então, a partir desse jogo, o grau de definição de um risco é resultado da quantidade de dados disponíveis sobre a situação. Dessa forma, os riscos que não estão ancorados (ou se tem poucos) em dados relativos aos aspectos socioeconômicos, mesmo sabendo da sua existência, formam um campo do conhecimento de “construção fraca” (VEYRET, 2019). Tal entendimento é importante no que tange a leptospirose urbana como fenômeno e problemática de saúde pública, já que há uma invisibilidade do problema pautada na produção de lacunas informacionais, de vários aspectos, que suprime grupos marginalizados (MARTINS; SPINK, 2020a).

Há antigos modelos instrumentais de centralizadores de comunicação, que privilegiam somente falas institucionais, ignoram os diferentes contextos e tratam a comunicação como mero veículo de informação (ou das ausências de informações), com isso, são responsáveis pela ação potencializadora do negligenciamento que a comunicação pratica e fortalece (ARAÚJO; MOREIRA; AGUIAR, 2013). Ainda sobre essa questão no Brasil, os trabalhos de Di Giulio, Pereira e Figueiredo (2008) e Di Giulio et al. (2010) sobre as percepções de riscos associados às questões de exposição a áreas contaminadas, dialogam com a questão da amplificação social do risco, apontando que, mesmo com a percepção do risco, há outras dimensões que norteiam os comportamentos e decisões sobre a superestimação e subestimação de determinados riscos. E a forma com as diferentes mídias divulgam um determinado evento influencia diretamente a percepção, as ações e as respostas das pessoas frente as situações de risco (SPINK, 2018).

O entendimento de que a comunicação deve ser considerada como um elemento do negligenciamento requer um olhar crítico sobre a ideia de que ela não é apenas um conjunto de instrumentos a serviço da divulgação do conhecimento produzido em outras áreas. Essa compreensão permite enxergar lacunas que resultam na ausência de comunicação suficiente e

adequada às necessidades das populações por elas atingidas, que equivalem à falta de investimentos em pesquisas, tecnologias, serviços e ações de saúde. O descaso e as práticas inadequadas de comunicação não atingem apenas as populações negligenciadas, mas é forte nelas e agrava sua condição de negligenciamento (ARAÚJO; MOREIRA; AGUIAR, 2013).

Em seu estudo, Ramalho (1999) sublinha que frequentemente a pobreza, risco e vulnerabilidade estão relacionados, mesmo não sendo sinônimos. Porém, é preciso ressaltar que os problemas sociais, tais como, renda precária e desemprego exacerbam tanto a pobreza quanto a degradação ambiental, principalmente no que se refere ao meio ambiente urbano. A partir dos dados de sua pesquisa realizada em bairros periféricos da cidade de Campina Grande/PB, foi possível observar níveis acentuados de todas as formas de vulnerabilidades, que pode ser traduzido nesse modelo: “pobreza → degradação ambiental e social → riscos → vulnerabilidade → desastres” (p. 20). Nesse último ponto a autora, nesse estudo, faz o diálogo com a teoria social do desastre, e nesse sentido afirma: “Há um processo generalizado de degradação sócio ambiental das áreas periféricas, tornando a cidade um cenário de riscos e desastres” (RAMALHO, 1999, p. 27).

Seguindo e ampliando esse debate, destaca-se que o termo vulnerabilidade é usado como sinônimo para a palavra risco, principalmente no campo individual, em sua maior parte de forma superficial e reduzida a um suporte social (SEVALHO, 2018). Para Veyret (2019), a vulnerabilidade é uma noção complexa e traz consigo desafios, já que coloca em jogo diversos aspectos biológicos, psicossociais, ambientais e políticos. “Ela não pode ser definida com simples índices científicos ou técnicos” (p. 40). Para Servalho (2018, p. 179), a “vulnerabilidade é termo interdisciplinar aplicável a diferentes campos temáticos, remetendo ao sentido de fragilidade”, que está presente em diferentes disciplinas no campo da saúde. O autor faz o diálogo com diferentes autores e estudos que discutem sobre as diversas concepções e tipos de vulnerabilidades.

Na perspectiva da Saúde Coletiva, principalmente na epidemiologia, os estudos de Ayres et al. (2006), trazem considerações sobre o conceito de vulnerabilidade, a partir da proposta de Jonathan Mann (Médico epidemiologista americano, pioneiro do programa global contra aids), e outros pesquisadores da época, a partir da elaboração do quadro conceitual sobre vulnerabilidade, com o objetivo de superação do estigma e culpabilização individual e dos grupos de risco que direcionava o foco nos comportamentos de risco. Apesar de tal conceito, Ayres et al. (2006), vincula à garantia da cidadania de populações politicamente fragilizadas no que concerne os direitos humanos. A compreensão se dar a partir da

necessidade da análise dos significados sociais concretos, completos e agregação de elementos diversos que permitam análise do fenômeno em questão em sua total dinâmica e complexidade.

Nessa representação conceitual da vulnerabilidade, têm-se três dimensões que se interligam e permite análises multidimensionais, como aponta SPINK (2018, p. 16):

A individual, referida ao acesso à informação e à capacidade de processá-la e utilizá-la para fins de prevenção; a *social*, incluindo aí os aspectos estruturais da desigualdade, as relações raciais e de gênero e a estrutura jurídico-política dos países; e a *programática* (ou institucional), referente às maneiras como as instituições atuam para reproduzir condições sociais de vulnerabilidade.

É importante ressaltar que Ayres et al. (2003) já advertiam que na operacionalização da categoria vulnerabilidade, não se pode atribuir-lhe uma função probabilística, que ela não tem, nem generalizar suas inferências, e sim, buscar a particularização das relações. Nesse tocante, Servalho (2018, p. 181), também traz a reflexão que “a estruturação quantitativa dominante na racionalidade epidemiológica pode desumanizar e despolitizar o conceito de vulnerabilidade”, proporcionando um apagamento histórico e do senso crítico inerentes as ciências sociais.

Acselrad (2013), em reflexão sobre vulnerabilidade e riscos ambientais, destaca a dificuldade dos estudos acadêmicos, principalmente no quesito metodológico, em considerar aspectos processuais e relacionais presentes na produção social da vulnerabilidade – vulnerabilização e condição de vulnerabilidade. O supracitado autor, também, adverte que há elementos conjunturais que disputam para que se manifeste uma certa resistência a problematizar e trazer a história na produção social das vulnerabilidades. Neste contexto, a pretensão de mensurar indivíduos considerados em situação de vulnerabilidade social, bem como, a dimensão societal de vulnerabilização, deveria ser acompanhado com o esforço da caracterização dos processos de vulnerabilização para assim, se pensar em vias e meios de interrupção e superação (ACSELRAD, 2013).

Nesta perspectiva, há uma tendência observacional de pôr o foco no indivíduo, e ausência de capacidade de autodefesa, e não no processo, mesmo nos estudos que consideram que a vulnerabilidade é socialmente produzida e que as práticas e decisões político-institucionais concorrem para vulnerabilizar alguns grupos sociais. As definições estão mais postas nos sujeitos do que nos processos que os tornam vulneráveis, o que contribui para o

esvaziamento da dimensão política/institucional da distribuição, que é desigual, dos riscos (ACSELRAD, 2013). Nesse entendimento, Acselrad (2013, p. 118) destaca:

Nesse caso a observação dirige-se aos mecanismos que tornam os sujeitos vulneráveis e não à sua condição de destituídos da capacidade de defender-se. O reconhecimento dessa condição de destituídos é, claro, fundamental para a constituição de sujeitos coletivos, mas desde que em confronto com as obrigações públicas que lhes são devidas como direitos e que devem, em primeiro lugar, ser cobradas; ou seja, não abstraindo o papel que desempenham os mecanismos de destituição. Isto não quer dizer localizar em processos estruturais e incapturáveis a “causa” da vulnerabilidade; interessa, ao contrário, determinar e interromper os *processos decisórios* que impõem riscos aos mais desprotegidos – decisões alocativas de equipamentos danosos, dinâmicas inigualitárias do mercado de terras, mecanismos de desinformação ou sonegação de informação, volume e distribuição dos investimentos em educação, saúde etc. Focalizar-se-á neste caso a proteção aos cidadãos como responsabilidade política dos Estados democráticos, em lugar apenas de se mensurar os déficits nas capacidades de autodefesa dos mesmos.

Então, está concreto que a condição de vulnerabilidade é socialmente produzida e constituída. É sabido que há grupos sociais que convivem com possibilidades e ofertas de horizontes e expectativas distintas. Cunha et al. (2015), a partir da pesquisa em favelas da cidade do Rio de Janeiro, discorrem sobre a questão da vulnerabilidade social tanto como processo gerador de diferentes eventos de riscos, como também, uma característica de uma região e/ou população com dificuldades maiores, ou até mesmo sem nenhuma chance, de antecipar, controlar e recuperar tais situações de riscos. De acordo os autores, são territórios marcados como “zonas de sacrifícios”, contextos de forte desigualdade e injustiça socioambiental, marcados pelo desenraizamento, provisoriedade e da invisibilidade. Nessa questão os autores demonstram que:

Problemas de moradia, saneamento e mobilidade revelam a construção social e histórica de uma tragédia anunciada, como desastres planejados que se colocam cotidianamente pela violação de direitos que naturalizam e normalizam os déficits democráticos e de cidadania associados aos eventos extremos. (CUNHA et al., 2015, p. 100).

Somando a esse debate, Kowarick (2003) discorre sobre essa análise da vulnerabilidade em sua especificidade aqui no Brasil (com o diálogo cruzado das realidades da França e dos Estados Unidos), destacando a questão da vulnerabilidade como uma deterioração dos direitos civis e sociais, fragilização da cidadania e emoldurada por um longo

déficit de democracia política. A reflexão traz à tona a numerosa população que está à margem, denominados *excluídos*, desenraizados e destituídos dos processos essenciais da sociedade. Nesse escopo, Ivo (2008), em seu livro *Viver por um fio: pobreza e políticas sociais*, reflete sobre a problemática da pobreza como uma noção de *exclusão* e na dimensão potencial de riscos, em vários aspectos e campos da sociabilidade, entendidos como vulnerabilidade social, que levam a rupturas e desfiliação social e político, principalmente no campo das decisões.

É preciso considerar ainda que a vulnerabilidade dos diversos segmentos sociais aos novos riscos desigualmente introduzidos nos territórios também não é igual. Fatores como o estado nutricional, a escolaridade, as possibilidades de acesso à informação, o grau de cobertura e a qualidade das políticas públicas, entre outros, implicam diferenças nos tipos e na extensão dos impactos dos riscos que sofrerão, mesmos estando em um único bairro, mas com diferenças estruturais significativas e determinantes. Quando os problemas ambientais são causados por fontes locais, frequentemente suas proximidades são habitadas por grupos sociais mais pobres, enquanto os mais ricos ocupam áreas menos degradadas (RIGOTTO; AUGUSTO, 2007). Outros fatores estão interligados a tal questão, entre eles, a existências de problemas de saúde comuns, principalmente em populações e contextos mais vulnerabilizados, nos quais são mais difíceis de serem percebidos e associados à riscos ambientais, ainda que tais problemas sejam um agravante ao cenário de saúde desses sujeitos mais fragilizados e susceptíveis (PORTO; FINAMORE, 2012).

Para Porto (2011), as abordagens teóricas acerca da vulnerabilidade apresentam três importantes lacunas na sua matriz teórica e proposta metodológica. A primeira se reflete quando o quadro teórico não explicita as origens históricas (os processos de vulnerabilização de um dado território e da respectiva população) que propiciam a transformação de certo grupo social em vulnerável. Retomando as assertivas citadas nos parágrafos anteriores, a condição de vulnerabilizadas, mais que a de vulneráveis, das populações e comunidades é importante para que possamos tanto resgatar a historicidade dos processos que dessa forma afetam grupos sociais e lugares, como também para atribuir aos grupos sociais a condição de sujeitos portadores de direitos que foram ou se encontram destituídos (ACSELRAD, 2010; PORTO, 2011).

A segunda lacuna está associada à ausência ou não explicitação dos conflitos socioambientais que demarcam os contextos de vulnerabilidade, o que ocasiona uma despolitização do debate, e uma aceitação passiva das populações frente às questões

consideradas sistêmicas e inquestionáveis. Já a terceira lacuna se refere ao ocultamento ou invisibilidade das populações vulnerabilizadas, e como tais populações podem ser reconhecidas e fortalecidas em seu papel de sujeitos coletivos portadores de direitos. Um dos elementos centrais da vulnerabilidade, é que tais populações vulnerabilizadas não estão presentes nos espaços políticos formais e do debate público presente nas mídias hegemônicas. Isso é ainda intensificado quando o território da intervenção é o espaço de ninguém, do não sujeito não reconhecido como portador de direitos (PORTO, 2011; CUNHA et al., 2015).

Com isso, a relação entre risco, vulnerabilidade, processos de vulnerabilização e fatores geradores de condições de vulnerabilidades tornam-se construtos complexos, nos quais as dimensões epistemológicas e políticas estão fortemente e tensamente interligadas. Diante de tal problemática, Porto e Finamore (2012, p. 1498) discorrem:

Nesse contexto, os riscos ambientais são percebidos de forma mais ampla em sua relação com a perda de direitos, discriminações, racismo e outras formas de violência impostas por agentes econômicos poderosos, ou ainda pela omissão ou mancomunação de instituições públicas que deveriam estar a serviço da proteção ambiental, da saúde pública e dos direitos humanos. A percepção dos perigos iminentes ou existentes pode se originar de duas dinâmicas básicas: a partir das vivências e experiências cotidianas acumulada pelas populações, movimentos sociais e Organizações de Justiça Ambiental (OJA) nos territórios, locais de trabalho ou moradia em torno dos riscos e/ou possíveis efeitos à saúde; e da organização em coletivos que se articulam com redes e movimentos sociais na crítica ao modelo de desenvolvimento, à globalização neoliberal, ao comércio injusto e através de bandeiras e agendas específicas, sejam elas identitárias, ambientalistas, sindicais, feministas, de combate ao racismo, pela reforma agrária, agroecologia ou economia solidária. Dentro dos territórios em uso ou em disputa, as comunidades convivem com situações de risco percebidas, portanto, como de injustiça ambiental, sejam elas provocadas por indústrias, tecnologias, depósitos de resíduos ou outras atividades econômicas potencialmente perigosas à saúde e/ou ao meio ambiente.

A partir da compreensão do risco como um fenômeno social, que incluem questões de relações políticas, econômicas, sociais e culturais, principalmente, no que se refere a gestão do risco. Portanto, as diferentes representações de risco em diferentes estratos da sociedade, significam interesses diferentes, do que simplesmente maneiras diferentes de perceber o risco. Os riscos e benefícios tem sido distribuído de forma desigual, persistente e são tornados invisíveis por alguém, por discursos dominantes para manutenção de estruturas de poder que se perpetua historicamente. Com isso, olhar para os perigos e para a vulnerabilidade do lugar e das pessoas que ali habitam e se relacionam espacialmente e socialmente, é uma estratégia

que permite, mesmo que em microescala, captar os elementos que estão interferindo na produção, invisibilização e mitigação dos riscos ali existentes. A vulnerabilidade, como categoria de análise, é um conceito que faz a ponte entre as sobreposições das diferentes racionalidades inerente ao entendimento de situações de riscos. Isso, por sua vez, contribui para uma melhor compreensão de como abjeção/rejeição afetam nossas coletivas apreensões dos determinantes da doença, da empatia (ou não), e quais perspectivas para o enfrentamento das barreiras estruturais para eliminação da condição negligente que algumas doenças e populações se encontram, como é caso da leptospirose urbana (BUSBY; DUCKETT, 2012; PRADO, 2013; SHAHVISI, 2019).

2.2 A produção da negligência da Leptospirose no Brasil

De acordo com Peter Hotez e Ricardo Fujiwara (2014), o Brasil é o país que mais registra casos de Doenças Tropicais Negligenciadas – DTN na América Latina, em virtude de seu amplo espaço territorial e de seus extremos econômicos, expressos no seu alto Índice de Gini⁸, instrumento que mede a desigualdade social de um país, unidade federativa ou município, através da mensuração do grau de concentração de renda em determinado grupo. Os mesmos salientam o sentimento de pessimismo em relação à melhoria desse índice no Brasil nos próximos anos, e alertam para os efeitos dessas desigualdades nas populações em risco em particular para DTN, em especial aquelas em regiões de empobrecimento do Nordeste, da região Amazônica e populações indígenas.

A existência desses agravos decorre de negligências políticas, econômicas e científicas. As múltiplas facetas da estrutura da negligência, tais como, o subfinanciamento de pesquisas, o desinteresse da agenda política, a escassez de políticas públicas de saúde voltadas para esses agravos, aliada às questões do processo de empobrecimento, às explorações, às relações de dominação da sociedade capitalista são fundamentais para compreender a existência e a permanência das doenças negligenciadas. É preciso questionar em que medida as ações da Organização Mundial de Saúde (OMS) estão de fato preocupadas em superar a

⁸ O Índice de Gini, criado pelo matemático italiano Conrado Gini, é um instrumento para medir o grau de concentração de renda em determinado grupo. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de zero a um (alguns apresentam de zero a cem). O valor zero representa a situação de igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda. O valor um (ou cem) está no extremo oposto, isto é, uma só pessoa detém toda a riqueza (WOLFFENBÜTTEL, 2004).

pobreza ou apenas controlar doenças transmissíveis, diante do risco eminente de contaminação aos países desenvolvidos. Um agravo é considerado negligenciado quando não é priorizado pelas agências políticas de saúde apesar da relevância e do impacto social deste mesmo agravo na sociedade, seja pelo número de pessoas que acomete, seja pela letalidade ou grau de sofrimento que causa. (MOTA et al., 2019).

Morel (2006) identifica três possíveis causas que corroboram a manutenção do status de negligência, relacionando-as com o que denomina *de falhas da ciência, falhas de mercado e falhas da saúde pública*. Como “falhas da ciência” entende-se que existam conhecimentos ainda insuficientes, e Araújo et al. (2013) apontam para uma construção de sentidos em que a solução para a negligência esteja situada no tempo futuro. Já as “falhas de mercado” estão associadas às soluções disponíveis no tempo presente, ou seja, que independem de inovações tecnológicas ou científicas que dizem respeito às drogas, aos imunobiológicos e aos diagnósticos existentes, mas que se encontram disponíveis a um custo elevado para incorporação pelo setor da saúde, principalmente no que concerne atenção primária a saúde. Por fim, as “falhas da saúde pública” ocorrem na ausência de planejamento pela governança, que não disponibiliza aos afetados as estratégias terapêuticas ou possíveis diagnósticos já incorporados aos sistemas de saúde (MOREL, 2006; ARAÚJO et al., 2013; RODRIGUES, 2017).

Para Araújo et al. (2013), o negligenciamento de uma doença compreende não apenas a falta de ações dos atores centrais da saúde pública (da gestão e da assistência), mas também do governo, sistema de saúde, indústria farmacêutica, centros acadêmicos e de formações. E ainda há uma correlação com a pobreza no próprio negligenciamento com essa população, do qual se depreende discursos de segregação, de marginalização e menosprezo, desenvolvendo um círculo vicioso que acarreta e contribui para o aumento expressivo a cada ano de tais doenças. Por causa de seu caráter profundamente político, a negligência pode existir e persistir sob muitos disfarces e pode assumir uma natureza estrutural, isto é, que existe independentemente de momentos da história ou ciclos de atenção. Assim, fica claro que a negligência é mais do que apenas a invisibilidade de uma questão. Trata-se também de uma questão moral, em que tal problema é considerado algo que não importa através do olhar da arena política, e assim, soluções efetivas não são pensadas e mobilizadas (NUNES, 2016).

Ao colocar a negligência dentro de um contexto moral e político, essa compreensão também nos permite chegar a uma importante conclusão que a negligência não acontece apenas, ela é feita para acontecer. Nesse sentido, a negligência, também, está ligada à

vulnerabilidade: um grupo ou indivíduo susceptíveis a danos e a incapacidade de "se recuperar", para reverter tal situação. Com isso, a negligência é um fator importante na reprodução e na naturalização de vulnerabilidades, pois envolve uma exposição diferenciada à doença e uma distribuição desigual de capacidades e infraestruturas para processos de enfrentamentos e superação (NUNES, 2016).

No artigo de Bardosh (2014, p. 1), a autora já traz que as doenças negligenciadas “são motores e manifestações de pobreza e desigualdade social”, e elas refletem não apenas fatores de risco individuais, mas o contexto de maiores desigualdades estruturais no acesso a serviços de saúde, infraestrutura habitacional, de mobilidade urbana, segurança alimentar, educação e atuação política. Atrelado a esses fatores são, também, os que sofrem diretamente as consequências do modelo econômico neoliberal, que impulsiona a pobreza e mantém a exclusão social e econômica. Além disso, evidencia e abrange processos que ratificam a desigualdade social persistente, a qual mantém as pessoas mais pobres em sua condição de persistente exclusão (ZICKER, 2019).

Esses ambientes de pobreza determinam como as intervenções para as doenças negligenciadas são implementadas e se elas serão priorizadas nas decisões políticas, bem como as formas particulares em que as tecnologias de controle de tais doenças são adotadas e usadas (ou não usadas) pelos sistemas de saúde locais e populações-alvo. Em suma, os mesmos fatores indutores da pobreza que impulsionam a transmissão dessas doenças apresentam vários desafios específicos do contexto para controlá-los e superá-las (BARDOSH, 2014).

Halliday et al. (2013) demonstram que, apesar de ser reconhecida como uma ameaça clínica em áreas de favela, de trazer impacto à saúde e à produtividade das populações acometidas, a leptospirose humana e animal ainda é subnotificada. No mesmo artigo, os autores sugerem que a leptospirose pode ser a doença humana de maior subnotificação, especificamente em se tratando de populações de áreas urbanas. Para Rodrigues (2016), ainda é considerado um desafio conhecer a magnitude da leptospirose, sendo necessário estimar a real incidência e a efetiva carga global, pois se acredita que a baixa notificação pode estar relacionada à falta de acesso a um diagnóstico mais precoce e preciso ainda na atenção primária devido à fase aguda da doença ser de difícil percepção clínica, muitas vezes, confundida com outras arboviroses (LEVETT, 2001; HARTSKEERL; COLLARES-PEREIRA; ELLIS, 2011).

No Brasil, a leptospirose é relatada, em geral, como decorrente das condições de pobreza, relacionando-se com fatores renda, escolaridade, acesso a saneamento ambiental e condições de moradia. Para o Ministério da Saúde (2010, p. 200), as doenças negligenciadas seriam aquelas que “não só prevalecem em condições de pobreza, mas também contribuem para a manutenção do quadro de desigualdade, já que representam forte entrave ao desenvolvimento dos países” (BRASIL, 2010). No que concerne à leptospirose, sob o ponto de vista da justiça ambiental e reparação ética, a mesma deve ser tratada como uma doença negligenciada que pode ter seus efeitos deletérios reduzidos pelo uso de medidas saneadoras do meio ambiente, atividades de educação para a saúde e garantia de acesso às unidades básicas de saúde – onde um diagnóstico rápido poderia ser realizado em tempo oportuno, a partir do acesso a exames mais práticos e de diagnóstico mais rápido (RODRIGUES, 2016).

Martins e Spink (2020a), em seu artigo, discorrem sobre a dupla negligência da leptospirose humana na rede de saúde aqui no Brasil, a partir da relação de suas características e impactos, não mensurados e invisibilizados. Tal problemática é agravada nacionalmente, pois mesmo a leptospirose ser reconhecida internacionalmente como uma doença negligenciada, isso não ocorre aqui no país pela política de saúde brasileira. No documento apresentado durante o Seminário “Doenças Negligenciadas a Agenda de 2030” realizada em 31 de julho de 2019, na Fiocruz, traz o seguinte panorama:

Em 2005 o Ministério da Saúde do Brasil lançou um programa de pesquisa e desenvolvimento em doenças negligenciadas que incluía seis doenças - dengue, doença de Chagas, leishmanioses, hanseníase, malária e tuberculose. Em 2008, na segunda edição do Edital, foi adicionada esquistossomose. Já no “Relatório Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável”, o Ministério da Saúde lista as seguintes doenças como negligenciadas: doença de Chagas, esquistossomose mansoni, hanseníase, filariose linfática, leishmaniose tegumentar, leishmaniose visceral, oncocercose, raiva humana, tracoma. (ZICKER, 2019, p. 8).

Nesse documento, os autores/pesquisadores justificam que a abordagem conceitual utilizada está na adoção de doenças negligenciadas como aquelas que afetam populações “negligenciadas”, que foram “deixadas para trás”. O Seminário em questão, buscou se concentrar nas doenças transmissíveis que afetam predominantemente essas populações no Brasil, focando na epidemiologia, nas razões da persistência dessas doenças (ZICKER, 2019). Observa-se que os editais nacionais de pesquisas não fazem qualquer menção a investimentos

para estudos e intervenção para a leptospirose urbana, a justificativa, para tal, esbarra, ainda, na questão que a definição para esses editais foi feita a partir de dados epidemiológicos, demográficos e de impacto, e determinadas, de acordo o programa em doenças negligenciadas no Brasil, no qual a leptospirose humana não faz parte (MARTINS; SPINK, 2020a; BRASIL, 2010; BRASIL, 2018).

A falta de consenso entre pesquisadores, gestores, fomentadores, entre outros atores, tem imputado as várias organizações a responsabilidade pela omissão de determinadas doenças em suas listas de prioridades (ZICKER, 2019). Tal questão evidencia a heterogeneidade em relação às doenças priorizadas, conseqüentemente, à cobertura geográfica contemplada para possíveis ações de intervenção e/ou controle. Com isso, ao desconsiderar os aspectos multifatoriais e estruturais do processo de negligenciamento pode apontar para uma linha de intervenção que não se vincula às determinações principais do problema, sem se alterar a correlação de forças que as produzem e sustentam (VASCONCELOS; KOVALESKI; TESSER JUNIOR, 2016).

Com base nesse diálogo entre os determinantes e condicionantes das doenças negligenciadas, e o processo de negligenciamento da leptospirose urbana aqui no Brasil, Martins e Spink (2020a, p. 924-925), a partir dos achados de Hagan et al. (2016) e Gonçalves et al. (2016)⁹, apontam:

As pesquisas da área apontam que as pessoas que são infectadas e desenvolvem a leptospirose geralmente moram em áreas sem saneamento como favelas e assentamentos precários e/ou trabalham em locais ou exercem atividades nas quais o contato com a urina do rato é possível. Essas pessoas são marcadas pela pobreza, segregação racial e baixa escolaridade, justamente os dados mais subnotificados. Por isso, a invisibilidade dos dados mantém a população em situação de vulnerabilidade à leptospirose marginalizada em relação aos cuidados com a doença.

Em seu trabalho de dissertação intitulado “*O CÍRCULO VICIOSO DA LEPTOSPIROSE: ampliando o conceito de negligência em saúde no Brasil*”, Rodrigues (2016) traz elementos e fatores que demonstram e comprovam o processo de

⁹ Os autores utilizam as seguintes referências: HAGAN, J.E.; MORAGA, P.; COSTA, F.; CAPIAN, N.; RIBEIRO, S.; WUNDER, E.A.; FELZEMBURGH, R.D.; REIS, R.B.; NERY, N.; SANTANA, F.S.; FRAGA, D.; SANTOS, B.L.; SANTOS, A.C.; QUEIROZ, A.; TASSINARI, W.; CARVALHO, M.S.; REIS, M.G.; DIGGLE, P.J.; KO, A.I. Spatiotemporal Determinants of Urban Leptospirosis Transmission: Four-Year Prospective Cohort Study of Slum Residents in Brazil. *PLoS Negl Trop Dis*. v. 10, n. 1, 2016. GONÇALVES, N.; ARAÚJO, E.; SOUSA JÚNIOR, A.; PEREIRA, W.; MIRANDA, C.; CAMPOS, P.; MATOS, M.; PALÁCIOS, V. Distribuição espaço-temporal da leptospirose e fatores de risco em Belém, Pará, Brasil. *Ciência e Saúde coletiva*. v. 21, n. 12, p. 3947-3955, 2016.

negligenciamento da leptospirose urbana aqui no Brasil, formando, assim, um ciclo vicioso que se retroalimenta e que posterga a deflagração de medidas de controle e erradicação de tal problemática. O autor propõe um modelo lógico, denominado “matriz do círculo vicioso da negligência da leptospirose no Brasil”, onde ele aponta quatro pontos, de acordo os achados da pesquisa realizada, que demonstram como deve ser o olhar para a leptospirose como um problema de saúde pública nacional; tais pontos são: i) Falha de diagnóstico, diagnóstico tardio ou subdiagnóstico; ii) Subnotificação; iii) Desconhecimento da real incidência e carga global da doença e; iv) Falta de investimento na gestão da vigilância e no controle da leptospirose (RODRIGUES, 2016; 2017).

Um outro ponto em destaque desse estudo acima, se encontra no diálogo teórico, entre as questões do tema “doença negligenciada” e negligência em saúde, que o autor apresenta para experiência da leptospirose aqui no Brasil no que tange a falta e a falha de informações para a saúde, o que reverbera diretamente na tomada de decisões políticas na gestão e assistência de tal problema. No processo de ampliação do conceito de negligência em saúde, o autor destaca que a proposta é romper com o modelo hegemônico, considerando o quanto desassistida é a leptospirose como a zoonose de maior incidência mundial e com uma letalidade elevada em áreas do planeta em desenvolvimento e/ou menor aporte econômico, apesar de não ser reconhecida em todo seu potencial de gravidade por falta de dados confiáveis da carga da doença em populações humanas, que subsidiem e embase a necessária ação e intervenção frente a tal problemática (RODRIGUES, 2016).

Isto corrobora com o estudo de Bardosh (2014), que demonstra que as pesquisas e as intervenções para as doenças negligenciadas, em grande parte negligenciam o contexto social e ecológico que tais doenças fazem parte, o que, na maioria das vezes, contribui para a persistência e invisibilidade do problema. O negligenciamento de uma doença, que traz imbricado o discurso de periferia, segregação, esquecimento, seja pela Estado, pelos sistemas de saúde, pelos centros acadêmicos e de pesquisa, pela indústria farmacêutica, significa, também, de forma concomitante e correlacionada, o negligenciamento das populações vitimadas por estes agravos (ARAUJO; MOREIRA; AGUIAR, 2013)

Para Rodrigues (2016, p. 76), a partir do instrumento metodológico utilizado em sua pesquisa, uma das premissas de entendimento sobre os fatores que contribuem para a leptospirose ser negligenciada no Brasil, principalmente no que tange seu diagnóstico de forma mais acessível em um amplo sentido, se dá pelo:

O desafio para um diagnóstico mais acurado e precoce da leptospirose passa por entender a extensão de apresentações sindrômicas relacionadas à doença; pela falta de consciência do risco de contraí-la por parte do paciente; pela falta de uma suspeita clínica forte pelo profissional da Assistência em Saúde; e pela dificuldade em se realizar diagnóstico de qualidade comprovada para a leptospirose pelas unidades que são porta de entrada do nosso Sistema de Saúde.

A questão da invisibilidade clínica da leptospirose é potencializada pelas manifestações de sinais e sintomas que em alguns casos são claros, mas em outros casos a necessidade de exames específicos (MARTINS; SPINK, 2020). Se não for em períodos de chuvas fortes e de inundações ou de áreas consideradas endêmicas para a leptospirose, não há correlação entre os sinais e sintomas apresentados e a possibilidade de o paciente ter contraído a doença para a Assistência em Saúde, principalmente na APS, que se posiciona como a porta de entrada e ordenadora do processo de cuidado da população. Somando a isso, os erros de classificação de doenças de pacientes internados com patologias diversas à leptospirose se devem à falta de um diagnóstico mais rápido e preciso para uso em todos os níveis de Atenção à Saúde do país, que acarreta no desconhecimento da real incidência das formas leves da leptospirose no Brasil, por consequência do subdiagnóstico. Tais questões leva às inconsistências dos dados nos Sistemas de Informação em Saúde que norteiam as ações da Vigilância e da Gestão em Saúde (RODRIGUES, 2016).

Nessa encruzilhada que as manifestações clínicas visíveis, invisíveis e invisibilizadas que a leptospirose se apresenta em determinados corpos, quando não diagnosticada, gera como consequência, que vão além da não oferta de um cuidado do qual o corpo/organismo realmente precisa, como também, a não existência formal dos dados (números reais de casos); e este último acarreta na expressão/sensação que não há problema, que ele não existe. Ou até mesmo, tais números serem alocados para outras doenças com sinais e sintomas similares a da leptospirose, sendo o exemplo mais comum a dengue.

Nessa questão, Martins e Spink (2020a, p. 926) trazem a reflexão da produção da invisibilidade da leptospirose pautada no caráter mimético, a partir do diálogo com os trabalhos de Izurieta et al. (2008) e Priya et al. (2017)¹⁰:

¹⁰ Os autores utilizaram as seguintes referências: IZURIETA, R.; GALWANKAR, S.; CLEM, A. Leptospirosis: The “mysterious” mimic. **J Emerg Trauma Shock**. v. 1, n. 1, p. 21-33, 2008. PRIYA, S.P.; SAKINAH, S.; SHARMILAH, K.; HAMAT, R.A.; SEKAWI, Z.; HIGUCHI, A.; LING, M.P.; NORDIN, S.A.; BENELLI, G.; KUMAR, S.S. Leptospirosis: molecular trial path and immunopathogenesis correlated with dengue, malaria and mimetic hemorrhagic infections. **Acta Trop**. v. 176, n. 1, p. 206-223, 2017.

A leptospirose é conhecida por ser uma doença mimética: sua versão mais branda tende a ser confundida com outras doenças como a dengue, o que tem exigido um aprimoramento das práticas de monitoramento e diagnóstico com vistas à ampliação da detecção dos casos. Essa confusão diagnóstica tem despertado a atenção dos estudiosos da área porque as infecções por diferentes patógenos que exibem sintomas similares requerem tratamentos diferentes, sendo a aplicação de um tratamento incorreto um fator que eleva as chances de óbito. Atualmente, a dor retro orbital (atrás dos olhos) é utilizada pelos médicos como sintoma de referência para o diagnóstico diferencial da dengue enquanto a dor na panturrilha é um sintoma para o diagnóstico diferencial da leptospirose.

A definição de manifestações clínicas da leptospirose, bem como a afirmação referente ao diagnóstico tardio e ao subdiagnóstico da leptospirose se fazem presentes no discurso oficial do próprio Ministério da Saúde (2014), organizador maior do Sistema de Saúde do país, o Sistema Único de Saúde (SUS). Nessa questão, a partir da análise do texto do guia disponibilizado e direcionado para o subsídio aos profissionais da medicina para o manejo adequado dos pacientes acometidos com a doença da leptospirose, destacamos a confirmação de que a fase precoce raramente é percebida pela Assistência à Saúde, sendo o diagnóstico para a leptospirose normalmente associado ao agravamento do quadro de saúde durante a fase tardia e mais grave da doença:

Embora a fase precoce da doença corresponda à maior parte das formas clínicas (90%), a menor parte dos casos é identificada e, conseqüentemente, notificada nesta fase da doença, devido às dificuldades inerentes ao diagnóstico clínico e à confirmação laboratorial. (BRASIL, 2014, p. 9).

Por conseguinte, tais estudos supracitados, nos dão o suporte teórico e um plano de sustentação argumentativo para a realização desta pesquisa. A partir, do que essas literaturas já apontam sobre a dificuldade e complexidade que envolve o entendimento e conhecimento sobre a magnitude do problema de saúde que é a leptospirose urbana, que permanece em um *círculo vicioso* de negligenciamento, com uma real subnotificação, atrelada a uma subidentificação e subdiagnóstico, que está relacionado à falta de um diagnóstico mais precoce e preciso a nível da APS, que acarreta em uma elevação do risco de óbitos evitáveis, concomitante com processo infeccioso agudo de difícil percepção clínica, o que ocasiona no confundimento com outras viroses e arboviroses, retroalimentando o ciclo da invisibilidade e do não cuidado necessário para a transformação desse contexto (RODRIGUES, 2017; MARTINS; SPINK, 2020a).

2.3 A Atenção Primária à Saúde¹¹, a Estratégia de Saúde da Família e o processo de negligência da leptospirose

Antes de adentrarmos de modo mais específico na discussão que se propõe essa dissertação, reconhece-se necessário compreendermos melhor as construções teóricas e políticas que sustentam a proposta de trabalho com foco na estratégia de saúde da família, que faz parte do nível de atenção em saúde, chamado atenção primária à saúde. Esse processo de cuidado e oferta de serviços é marcado por diferentes compreensões ideológicas e políticas e contexto histórico em que é considerado.

Em setembro de 1978, realizou-se a Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma Ata, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). Nessa conferência foi discutida a proposta de ofertar atenção primária à saúde como estratégia para ampliar o acesso à saúde a todos os indivíduos e famílias da comunidade, ação igualmente válida para todos os países. Buscou-se, desse modo, priorizar a promoção em saúde e a prevenção das doenças numa perspectiva que englobasse o indivíduo, a família e a sociedade. A Conferência de Alma Ata significou um marco de influências nos rumos das políticas de saúde no nível primário de atenção, ao reafirmar a saúde como direito humano fundamental. A Declaração Oficial da Conferência definiu que a atenção primária à saúde deveria orientar-se segundo os principais problemas sanitários da comunidade e oferecer atenção na perspectiva da prevenção, cura, reabilitação e da promoção em saúde (DECLARATION OF ALMA ATA, 1978).

No que se refere à atenção primária à saúde, sua origem aparece nos EUA, nas duas primeiras décadas do século XX, quando surgem os esforços para relacionar os serviços de saúde a uma população delimitada. Neste sentido, considerou-se a necessidade de um espaço de administração em áreas definidas, denominadas de Centros de Saúde. Em 1920, o Ministro da Saúde da Inglaterra definiu os Centros de Saúde como serviços encarregados de ofertar cuidados médicos preventivos e curativos no nível primário de saúde à população (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006). Esse movimento de atenção à saúde da família

¹¹ Destacamos que há uma variação na terminologia à “Primary Health Care”, que é uma expressão utilizada inicialmente na Conferência de Alma-Ata (1978). Neste trabalho optamos por utilizar a terminologia “Atenção Primária à Saúde” (APS), a partir do diálogo que Mello et al. (2009) traz, que mesmo apesar de tal terminologia ser menos presente nos documentos oficiais do Brasil, é a que melhor se enquadra à proposta de universalidade, participação social do SUS e modelo comunitário da ESF.

aconteceu em muitos países como Cuba e Canadá, os quais contribuíram significativamente para impulsionar e efetivar a trajetória brasileira (PAULINO, 2008; BORGES, 2002).

No contexto brasileiro, o referencial teórico, político e ideológico proposto na Conferência de Alma Ata influenciou o movimento da reforma sanitária brasileira que já estava em curso, bem como, várias propostas e programas na área de saúde e inspirou as primeiras experiências de implantação e expansão dos serviços municipais com atenção no nível primário de saúde (TRAD; BASTOS, 1998; ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006). Os atendimentos em saúde realizados nos espaços domiciliares sinalizam para a reestruturação e reorganização das práticas de saúde, as quais vão para além dos muros dos serviços de saúde, deslocando o olhar para a família e para o seu contexto sociocultural (TRAD; BASTOS, 1998).

Dentro desse novo modelo de atenção, as primeiras experiências no Brasil começaram a partir da década de 80, com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) na região norte e nordeste, com a proposta de expansão da cobertura dos serviços para as áreas mais vulneráveis socialmente. A partir dos êxitos conseguidos com o PACS, surge a necessidade de incorporar novos profissionais na equipe de trabalho e de consolidar esse modelo como uma política de saúde, servindo deste modo como importante elemento na discussão e formulação do Programa de Saúde da Família (CAMPOS; BELISÁRIO, 2001; ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

Em 1994, o Ministério da Saúde regulamentou o Programa de Saúde da Família por meio da Portaria/MS nº 692, de 25 de março de 1994 (BRASIL, 1994). O Programa de Saúde da Família surgiu como uma nova forma de trabalhar na saúde, tendo a família como centro de atenção ao contextualizar o ambiente físico, social e cultural em que os sujeitos estão inseridos. Tornou-se, pois, um processo de expansão da atenção primária à saúde ao incorporar ações promocionais, com foco especialmente na saúde, e ações de prevenção que visam à redução de doenças (CAMPOS; BELISÁRIO, 2001; VASCONCELOS, 2008).

O PSF se constituiu fundamentalmente como uma estratégia de reorientação da prática assistencial a partir da atenção primária à saúde, uma proposta de mudança do modelo centrado nos hospitais para um modelo pautado no território, de um cuidado focado nos usuários, nas famílias, com intenção de atuar preventivamente e na promoção da saúde, na perspectiva de sair de uma assistência médico-centrada e ir para um trabalho de equipe, organizado através de práticas que objetivam a integralidade da assistência com uma compreensão ampliada do processo saúde-doença-cuidado e com intervenções que atendam às

reais necessidades sociais na melhoria da qualidade de vida e saúde da população e otimização dos serviços (BRASIL, 1997).

No decorrer de sua execução percebeu-se a necessidade de galgar uma concepção de Estratégia (Estratégia de Saúde da Família – ESF), e não só de Programa, porque o termo indica uma atividade com uma demarcação temporal – início, desenvolvimento e finalização. A ESF preconiza também uma prática em equipe multiprofissional e interdisciplinar, que atenda às necessidades da população e que promova processos de produção de cuidado em saúde através da participação social e do reconhecimento e respeito aos saberes relacionados, por meio de uma vinculação. Neste sentido, as atuações em equipe numa perspectiva interdisciplinar e participativa requerem atuações dialógicas entre profissionais, a população e o território, possibilitando assim uma compreensão ampliada do processo saúde-doença-cuidado-ambiente (BRASIL, 1997).

A atenção primária representa, nesse sentido, um marco referencial para a organização dos serviços de saúde ao significar a principal alternativa de mudança do modelo assistencial. No entanto, Gil (2006) ressalta que a compreensão de atenção primária à saúde, numa concepção de cuidados primários, estabelece uma percepção reducionista da saúde, quando surge ligada às concepções de pacotes básicos de serviços. Acrescentamos também que essa compreensão traz consigo uma noção de práticas em saúde centrada na figura do profissional médico, no paradigma biomédico e em ações curativas, bem como heranças do debate que foi iniciado nos anos 70, decorrente da lógica racionalizadora e neoliberais que preconiza a redução dos custos com o setor saúde.

Nesse tocante, Campos et al. (2014, p. 260), traz a reflexão:

Percebe-se ainda que, para muitos usuários, o acesso ao sistema de saúde é sinônimo de acesso ao profissional médico, sendo que as diversas ações realizadas antes desse contato são entendidas como formas de triagem, de represamento de demanda com relação a um tipo de profissional que é escasso. A ESF tenta contrapor essa lógica, ainda dominante, inserindo na equipe multiprofissional aspectos preventivos e de promoção à saúde, além de uma relação humanizada, valorizando o vínculo entre profissionais e população.

Ainda nessa questão, Gil (2006) demonstra que a atenção primária à saúde representa um marco referencial para a reorganização dos serviços de saúde como principal alternativa de mudança do modelo médico assistencial privatista. Esse modelo de atenção em saúde deve envolver ações que ultrapassem os muros da unidade de saúde, refletindo sobre a vida dos

sujeitos em seus contextos socioculturais, perspectiva esta que demanda que a atenção à saúde tenha uma vinculação horizontal, intersetorial e interdisciplinar com todos os atores envolvidos e inseridos nessas múltiplas e complexas relações. Diante disso, a inserção no território como campo de ação, algo preconizado pela ESF, possibilita ações em saúde que englobem a dimensão social, econômica, ambiental e cultural na gestão e atenção à saúde, como também o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilização entre profissionais de saúde e a população no processo e no fomento de cuidados em saúde (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000).

Resgatamos, também, os critérios gerais da APS estabelecidos pela pesquisadora norte-americana Barbara Starfield (2002, p. 28):

Aquele nível de um sistema de serviço de Saúde que funciona como porta de entrada no sistema, atendendo as todas as necessidades e problemas de Saúde da pessoa (não direcionadas apenas para a enfermidade), ao longo do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra os outros tipos de atenção fornecidos em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária (...). A atenção primária aborda os problemas mais comuns da comunidade oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação (...). Ela integra a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da Saúde.

Diante disso, partimos da compreensão que APS é pautada a partir de um conceito ampliado do olhar e da prática para o fomento da Saúde, com o importante objetivo de acesso e atendimento de populações em risco e em vulnerabilização, relacionados com as questões sociais e ambientais da região em que vivem. Porém, apesar de todo avanço e expansão nos diversos territórios que compõem o país, ainda há o desafio de associar o sistema de saúde público, e em especial a APS (com sua função de porta de entrada dos sistemas) aos fatores sociais, econômicos, históricos e ambientais da população atendida. A APS esbarra nas dificuldades impostas, de financiamento e de entendimento pela população, profissionais e gestores de todas as esferas políticas, para uma potente integração ao contexto socioeconômico da população e do território que atua.

Retomando ao diálogo produzido pelos estudos de Soares Filho et al. (2020) e Giovanella et al. (2020), o acesso à saúde é dado por realidades loco regionais heterogêneas no Brasil, com diferenças na estruturação da RAS e na APS, com a existência de áreas crítica,

como é caso do estado da Bahia, e, também, o cenário da cidade de Salvador/BA, onde há uma baixa cobertura e ações da ESF. Tem-se, ainda, a predominância do modelo de assistência biomédico e não promotor de participações nos processos decisórios e formativos com os seus profissionais, nem com as populações que compõem os diferentes contextos e territórios adscritos. No livro intitulado “*A construção social da atenção primária à saúde*”, elaborado por Mendes et. al. (2019, p. 33), tem-se a seguinte reflexão:

No SUS, ainda que o discurso oficial seja da APS como estratégia de saúde da família, ela, na realidade, ainda mistura elementos culturais, técnicos e operacionais das duas outras interpretações mais restritas: a APS seletiva e a APS como nível primário de atenção à saúde. A mudança semântica foi importante, mas, agora, trata-se de aprofundar a transformação para que alcance uma mudança de paradigma.

Nessa compreensão do processo de negligenciamento da leptospirose urbana e a APS, a fragmentação de olhares, das ações, e o não entendimento sobre a multifatorialidade de tal problema, potencializa e agrava a invisibilidade da doença e da população atingida. Pois, afinal, a quem interessa a leptospirose urbana? A questão se configura e se perpetua na figura única do rato (o vetor) e seus *habitat*, não que não seja um fator relevante, mas ainda há um desafiadora e complexa estrutura de negligenciamento a se enfrentar, na qual a interlocução intersetorial e multiprofissional é elementar, o escopo dos estudos já realizados sobre essa problemática demonstram que a Atenção Emergencial exclusiva só vai ficar girando em torno dos casos graves que lá conseguirem chegar.

Mendes et al. (2019) expõe uma abordagem sobre como a demanda na APS é quantitativamente alta, ampla e complexa, e essa diversidade é um desafio para os profissionais de saúde. Tais demandas contam com uma expressiva quantidade de problemas gerais e inespecíficos que não apresentam um direcionamento de cuidado clínico, nem o diagnóstico norteador. O que, também, permite uma característica singular à clínica dos cuidados primários que é a observação ativa ou a demora permitida (sem o rigor de uma resposta urgente). Ainda sobre essa questão, Mendes et al. (2019, p. 60) apontam:

A demanda na APS traz um conjunto grande de problemas gerais e inespecíficos que indicam que os problemas de saúde na APS se apresentam de uma forma ainda indiferenciada e que muitos sintomas não chegam a ser atribuídos a um diagnóstico específico [...]. Dentre os problemas gerais e inespecíficos estão: febre, dor generalizada, debilidade, cansaço, fadiga, sentir-se doente, criança irritável, dores torácicas, medo do tratamento e outros.

É preciso destacar que as relações entre pobreza e saúde são percebidas no cotidiano da sociedade brasileira e evidenciadas nos serviços de saúde. Por estarem historicamente e estruturalmente introjetadas na sociedade, tais contextos relacionais entre si, constituem como faces de uma problemática social perversa, estando implicadas diretamente no campo da saúde. Partindo dessa realidade, o social impõe-se tanto no âmbito epistemológico, quanto nas práticas cotidianas, na perspectiva da produção, ou não, do cuidado. Nessa discussão sobre as relações entre pobreza, desigualdades e saúde, diante do cenário atual brasileiro, se faz necessário buscar sentido de refazer as tramas da produção social dos processos saúde-doença-cuidado, diante do momento de retrocessos e de austeridade em que se encontra a sociedade. Como também, romper com essa prática clínica demasiadamente orientada, somente, para a doença (as hegemonicamente conhecidas) de forma separada e limitada das suas multifacetadas sociais e históricas (PITOMBEIRA; OLIVEIRA, 2020).

É nesse contexto político e social, desde o ano de 2016, especialmente com a intensificação da política de austeridade e das restrições impostas com a Emenda Constitucional nº 95/2016 (que institui o “Novo Regime Fiscal”, congelando os gastos públicos nos próximos vinte anos, retomando os princípios da “austeridade” como orientadores da gestão pública), que a Atenção Primária à Saúde encontra-se em risco constante e reais de sofrer retrocessos, a exemplo dos desdobramentos que a nova Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (2017) já impõem no cenário atual, de forma geral ocasionando o afrouxamento da APS na base do SUS e dando brechas ao mercado de saúde e à saúde privada (PITOMBEIRA; OLIVEIRA, 2020; SPERLING, 2018). Nessa questão, é pertinente a compreensão que Sperling (2018, p. 341) traz em seu artigo, que “a atenção primária não é apenas o primeiro contato estruturado para atenção de pacientes, é, também, sem dúvida, campo em disputa para produção de significantes e significados no processo de cuidado da vida humana”, o qual, como já foi dito anteriormente, é afetado diretamente pelas desigualdades produzidas historicamente e socialmente.

Desse modo, as ações em saúde na atenção primária em saúde, e principalmente na estratégia de saúde da família, requerem olhar diferenciado e sensibilizados dos profissionais de saúde, postura esta que deve ser conduzida para a população que acessam e que é atendida por tais serviços, com o compromisso ético e que esteja atenta e resolutiva às diferentes necessidades sociais que condicionam e determinam direta e indiretamente as condições de saúde e doença da população. Tal conduta exige uma ação reflexiva contínua sobre o processo sócio-histórico que perpassam e compõem as atuações cotidianas, sendo proporcionada um

reformular das posturas e práticas profissionais, bem como a incorporação de outros saberes para compor a produção dos cuidados com a saúde.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Analisar o processo de produção de negligência em relação a leptospirose urbana, considerando as percepções e atuação de profissionais da APS em um bairro popular de Salvador/BA.

3.2 Específicos

- Descrever o lócus de pesquisa (território) visando identificar os determinantes sociais da produção da leptospirose;
- Analisar as percepções sobre a leptospirose urbana dos profissionais da APS no território selecionado, e suas implicações com os processos formativos;
- Identificar como os profissionais do APS atuam frente a esse problema no território;
- Analisar em que medida as condições do território, as percepções e o modo de atuação das equipes de APS refletem um processo de produção de negligência frente à leptospirose urbana.

4. METODOLOGIA

4.1 Campo de estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que analisa as percepções e práticas dos profissionais de saúde e agentes comunitários de saúde sobre a leptospirose urbana no bairro de Alto do Cabrito – Salvador/BA, visando uma discussão crítica do conceito da produção da negligência em saúde. Pesquisas qualitativas são realizadas quando se busca explorar e entender as relações entre os atores sociais e seus contextos, o significado que indivíduos ou grupos formulam sobre problemas sociais ou humanos visando a “compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações relacionadas aos comportamentos das pessoas em contextos sociais específicos” (GASKELL, 2002, p. 65).

A escolha deste enfoque foi motivada pelo interesse de apreender a complexidade do fenômeno em foco, entendendo que sua compreensão não se restringe a dados estatísticos, mas deve contemplar, também a análise, de visões e experiências de mundo. Este projeto faz parte de uma pesquisa maior de natureza interdisciplinar intitulada: “Otimização de estratégias de controle para zoonoses transmitidas por roedores em comunidades brasileiras” financiada pelo Medical Research Council – MRC/ Universidade de Liverpool – UK, que abrangem os bairros de Rio Sena, Nova Constituinte, Marechal Rondon e Alto do Cabrito – Salvador/BA, que iniciou as atividades em 2017.

Vale ressaltar que a construção deste projeto deu-se a partir da minha inserção no estudo maior participando das reuniões semanais da equipe de Ciências Sociais, onde aconteciam trocas, construções e reconstruções teórico-práticas, com o intercâmbio de tais aspectos: teóricos, metodológicos e de resultados. Nesse processo, pude participar da realização de alguns grupos focais em uma das comunidades estudadas. E com isso, foi possível a produção de alguns insights importantes para todo o processo e etapas de construção desta pesquisa.

Este estudo focalizou especificamente na Unidade de Saúde da Família (USF) do bairro do Alto do Cabrito, que pertence ao Distrito Sanitário¹² de São Caetano/Valéria

¹² Distrito Sanitário, modelo de atenção de base epidemiológica, deve ser entendido como unidade operacional e administrativa mínima do sistema de saúde, sendo seu território definido por critérios populacionais, geográficos, epidemiológicos, administrativos e políticos, onde se localizam recursos de saúde públicos e privados, organizados a partir de um conjunto de mecanismos políticos institucionais e com a participação da

(DSSV). Tal Distrito apresenta uma população total, para o ano de 2015, de 28.1082 habitantes, sendo a densidade demográfica correspondente a 8.707,62 hab/km² e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,644, classificado como de médio desenvolvimento, e correspondendo a nona posição em relação aos demais distritos (total de 12 distritos sanitários), os bairros componentes do DSSV foram povoados por trabalhadores da construção civil e motoristas e outros por apropriação de lotes de terra oriundos de fazendas e invasões, com crescimento desordenado e desassistência pelo poder público na oferta de serviços básicos (SALVADOR, 2018).

Atualmente o bairro possui só uma USF, denominada Unidade de Saúde da Família do Alto do Cabrito – USFAC –, e conta com três equipes de saúde¹³. Esta unidade consistiu no locus principal de observação e interlocução com os participantes da pesquisa realizada. Destacamos que a pesquisa realizada focou especialmente no âmbito institucional (a USFAC) para o entendimento do contexto sociocultural do objeto estudado em questão. A escolha dessa unidade de saúde está atrelada à realização da pesquisa maior e às nuances definidas *a priori* por esta investigação. Sobre esse ponto, ressaltamos que os serviços são sistemas e locais abertos em constante interação com o meio social no qual está inserido, com isso, estudá-los exige um olhar atento e endereçado para as relações e processos que se realizam no intramuros e nas dinâmicas sociais que perfazem os espaços extramuros, considerando as percepções e práticas dos profissionais de saúde que ali atuam (NUNES; TORRENTÉ, 2016).

Vale ressaltar que a decisão de manter como interlocutores deste estudo, principalmente, os profissionais de saúde que compõem as equipes de saúde da USFAC, como supracitado, parte da ideia de manter a heterogeneidade do grupo no que diz respeito à formação profissional, fator este que consideramos proporcionar práticas de assistência com visões multifacetadas importantes para a identificação e cuidado quando se pensa a doença negligenciada, nesta pesquisa a leptospirose urbana. Deste modo, procuramos por meio da

sociedade, para a promoção de mudanças das práticas sanitárias. A delimitação e organização dos Distritos Sanitários no município do Salvador ocorreram da década de 80, no contexto da descentralização da gestão do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) no estado da Bahia, constituindo-se em unidades de planejamento e gestão local dos serviços de saúde. Neste contexto, a ideia de Distrito Sanitário relaciona-se a um processo social de mudanças do modelo de atenção, a partir da reorganização das práticas de saúde, tendo como diretrizes a integralidade, a intersetorialidade, a participação da comunidade e a efetividade (SALVADOR, 2018).

¹³ O estabelecimento de uma equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família – eSF) composta por, no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2012a).

análise das falas dos interlocutores desta pesquisa encontrar os significados e sentidos de percepções e ações práticas de cuidado (ou não) acerca da leptospirose urbana no território em que atuam, com seus determinantes e condicionantes, e nos processos formativos que eles já tiveram.

4.2 O processo de produção de dados

Os encontros do grupo de pesquisa (do projeto maior, ao qual este estudo se vinculou) abrangeram discussões sobre tópicos de natureza teórica e metodológica, assim como momentos voltados para o planejamento, organização e supervisão do trabalho de campo, incluindo construção de instrumentos de coleta de dados que precederam o início do trabalho de campo. Desse modo, as maneiras de fazer este estudo foram sendo coletivamente construídas com tal grupo da pesquisa. Embora as diferentes inserções do próprio grupo foram construídas em ritmos e níveis próprios de vinculação e elaboração com as comunidades envolvidas, sendo este estudo aqui construído, executado e descrito com o olhar mais focado para as questões da relação entre a APS e o processo de negligência da leptospirose urbana na comunidade de Alto de Cabrito.

De acordo a Creswell (2010), o processo de produção de dados na pesquisa qualitativa baseia-se nas questões e nos procedimentos emergentes, nos dados coletados no ambiente em que se insere a participante, em técnicas de análise de dados indutivas que partem do particular para o geral, finalizando com a interpretação da autora sobre o significado dos dados coletados. Com base neste pressuposto, foram adotadas neste estudo as seguintes técnicas para coleta de dados: a observação participante, a entrevista semiestruturada e o grupo focal, com os diferentes interlocutores da pesquisa dentro do serviço em questão. É importante ressaltar que essas diferentes técnicas para coleta dos dados constituem um caminho para uma visão mais ampla e integral do fenômeno estudado. A partir da elucidação adequada desses diferentes métodos, de suas vantagens e limitações, bem como, de uma compreensão de seu uso em diferentes situações que emergiram durante a inserção no campo de pesquisa.

Detendo-se no recorte específico desta pesquisa, a observação participante envolveu os profissionais e usuários no contexto das práticas de cuidado e a dinâmica de funcionamento da Unidade de Saúde em questão, foi possível participar em algumas atividades desenvolvidas

na USFAC, tais como, consultas ambulatoriais com os profissionais de medicina e enfermagem, reuniões de equipe das equipes de saúde, visita domiciliar com profissional de medicina e ACS, e da atividade de avaliação antropométrica (peso e altura) do programa bolsa família junto com os ACS. Foi possível, também, estar em outros espaços de convivência dos profissionais da USFAC, como o local onde os mesmos realizam as refeições (a copa) e o espaço da recepção, onde no horário próximo ao fechamento da USF, todos se reuniam e dialogavam sobre diversos aspectos do dia, do trabalho, do território, entre outros.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com alguns profissionais de saúde (auxiliar de serviço geral, técnico de enfermagem, auxiliar de saúde bucal, profissionais de medicina, profissionais de enfermagem e dentistas), que fazem parte das 3 equipes de saúde que compõem a USFAC (Quadro 1), exceto recepcionistas, auxiliar administrativo e todos aqueles que não puderam e/ou não quiseram participar do estudo. No grupo focal participaram os agentes comunitários de saúde da referida unidade de saúde da família. No decorrer de toda a inserção no campo, foi construído diários de campo a partir das vivências nas atividades que aconteceram no período da coleta dos dados.

Neste sentido, o trabalho de campo e a coleta de dados foram conduzidos mediante a inserção da pesquisadora no supracitado serviço de saúde com a adoção das três técnicas de produção de dados escolhidas, a partir da prática (auto) reflexiva desse processo. Buscou-se, com essa combinação de técnicas de coleta de dados, a complementariedade das informações a partir das distintas fontes, considerando as diferentes narrativas, para oportunizar a compreensão das diferentes posições tomadas por esses sujeitos em relação ao fenômeno estudado. Mais especificamente, buscou-se conhecer a estrutura da racionalidade (percepções sobre a problemática e a multiplicidade de determinantes e condicionantes inerentes a doença) e identificar as estratégias de abordagens frente ao problema.

4.2.1 Observação Participante

A entrada em campo se deu mediante a construção de vínculos com os profissionais que fazem parte do escopo laboral da USFAC. Através da observação participante, que neste estudo foi uma técnica complementar as outras duas técnicas utilizadas. Esta imersão foi gradativa durante 3 meses (iniciou em dezembro de 2019 e finalizou em fevereiro de 2020) e planejada no campo empírico, acompanhada por um registro sistemático das observações e

interações em diários de campo. Durante esse período estive na USFAC ao menos três vezes na semana, sendo que semanalmente estava no campo, o que permitiu que o vínculo com os profissionais de saúde fosse sendo construído a cada dia de convivência. Nas primeiras três semanas houve um estranhamento dos dois lados, dos profissionais de saúde ao se deparar com uma pessoa de fora ali observando (e às vezes anotando) o cotidiano profissional e pessoal deles, e, também, nesse desenvolver de lugar de pesquisadora, tentando adentrar e conhecer aquele local, aquela cultura, aquelas interações.

A partir do uso dessa técnica, foi possível pensar os passos da coleta de dados de modo a garantir uma melhor imersão no campo de estudo, participando ativamente do contexto sociocultural dos interlocutores, à medida que passei a fazer, mesmo que temporariamente, parte deste universo social.

É uma técnica interessante para captar a realidade empírica e requer um planejamento em relação ao que observar e como observar. Uma das vantagens da utilização dessa técnica é a possibilidade de um contato pessoal da pesquisadora com as participantes da investigação, permitindo acompanhar as experiências diárias e apreender os significados que atribuem à realidade e às suas ações (MINAYO, 2014). É válido ressaltar que, segundo Geertz (2014), essa técnica permite uma relação entre o fenômeno estudado e os sujeitos que fazem parte do mesmo, possibilitando um olhar sobre suas ações, vivências e o discurso social produzidos por esses sujeitos. É permitido, também, que a pesquisadora fique livre para trocar de lugar, mudar o foco das observações ou concentrar-se em fatos inesperados, além de permitir a comparação entre as informações recebidas dos atores sociais pesquisados e a própria realidade (SILVA; FOSSÁ, 2015).

A observação participante foi acompanhado pela produção dos diários de campo, registros descritivos e detalhados dos fenômenos e das interações sociais no contexto do estudo. Tais registros ocorriam, geralmente logo após a vivência e observações do campo de investigação. Procurou-se observar (e interagir) os espaços da unidade de saúde (gerência do serviço, nas salas de atendimento individual e grupal, no espaço reservado para alimentação dos funcionários, sala de espera e na recepção do serviço) e no território adstrito, que compreendeu as residências dos usuários (a partir do acompanhamento da ferramenta de cuidado chamada visita domiciliar) no referido território.

Esse processo permitiu uma maior interação com os profissionais de saúde e uma maior compreensão das percepções e (não) práticas referentes à leptospirose urbana no território e no contexto da USFAC. Ademais, criou condições para um vínculo mais estreito

com alguns desses profissionais do serviço e uma maior compreensão das dinâmicas inter-relacionais e os desafios inerentes nesse ambiente laboral. A partir do diário de campo foi possível registrar: como são desenvolvidas as atividades de cuidado e de educação em saúde pelos profissionais de saúde na unidade de saúde, principalmente no que tange as questões de saúde e ambiente e leptospirose urbana. Quais são as demandas levantadas pelos profissionais de saúde nesse território onde está inserida a USFAC, e quais são as demandas que tal comunidade leva para os profissionais das unidades de saúde pertencente a este estudo.

4.2.2 *Entrevista semiestruturada*

A opção pela entrevista se justifica por ser um instrumento que possibilita obter informações contidas na fala dos sujeitos da pesquisa, sendo uma fonte capaz de fornecer dados referentes a fatos, ideias, crenças, opiniões, sentimentos, condutas ou comportamentos. Minayo (2014, p. 261) afirmam que:

Entrevista, tomada no sentido amplo de comunicação verbal, e no sentido restrito de coleta de informações sobre determinado tema científico, é a estratégia mais usada no processo de trabalho de campo. Entrevista é acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes tendo em vista este objeto.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, sob uma perspectiva sócio antropológica, a partir do roteiro (APÊNDICE 1) previamente elaborado, de acordo as questões surgidas da revisão da bibliografia, algumas presunções próprias e do grupo de pesquisa (a partir das discussões da equipe nas reuniões da pesquisa como supracitado), com tais abordagens: cotidiano de atividades realizadas na USFAC e no território pelos profissionais de saúde, o tema leptospirose urbana na formação e como educação permanente, ações intersetoriais entre a unidade e outros equipamentos sociais no território. No entanto, cabe ressaltar que a utilização do roteiro não excluiu a possibilidade de novos temas de interesse emergirem durante a interação, sendo que o mesmo foi utilizado como um suporte para as entrevistas.

As entrevistas foram realizadas entre dezembro de 2019 e janeiro de 2020, todas realizadas na USFAC, mais especificamente no local (dentro do serviço) de escolha de cada

profissional. Foram entrevistados 14 profissionais (Quadro 1) que compõem as equipes de saúde da USFAC, das diferentes categorias profissionais. O recrutamento dos profissionais tentou assegurar ampla heterogeneidade entre os sujeitos da pesquisa, com a finalidade de proporcionar uma riqueza singular a partir da diversidade de experiências e pontos de vista sobre a realidade em que estão inseridos. Seguem, no quadro 1, os agrupamentos das categorias profissionais que participaram das entrevistas. As entrevistas tiveram duração média de 30 minutos, foram gravadas e, posteriormente, transcritas para serem analisadas. Realizou-se um número de entrevistas suficiente para verificar a reincidência e complementariedade das informações.

Quadro 1 – Agrupamento das categorias profissionais da USF Alto do Cabrito que participaram das entrevistas

Categorias Profissionais	Quantidade de Entrevistados
Auxiliar de Serviço Geral - ASG	1
Auxiliar de Saúde Bucal - ASB	2
Dentista	3
Profissionais de Enfermagem	3
Gerente da Unidade	1
Profissionais de Medicina	3
Técnico de Enfermagem	1

Fonte: elaboração própria, 2020.

No início de cada entrevista era apresentado o objetivo da pesquisa, passando em seguida para a leitura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e realizado o convite formalmente para que os profissionais participassem daquele momento e, caso aceitassem, manifestassem seu consentimento, assinando o TCLE. Para todos os participantes foi entregue uma cópia do TCLE assinado pela pesquisadora. A opção por essa técnica se deu em função de proporcionar a pesquisadora melhor entendimento e captação das perspectivas dos entrevistados, já que as entrevistas individuais possibilitam alcançar uma variedade de impressões e percepções em relação ao contexto do fenômeno estudado. As relações formadas nas questões serviram ao propósito de tornar mais explícito o conhecimento implícito dos entrevistados (FLICK, 2009).

Como já dito, foram entrevistados 14 profissionais de saúde que atuam nas equipes de saúde que compõem a USFAC. Dentre esses profissionais, 10 são mulheres e 4 homens. Do total, 4 se autodeclararam branco e os demais se autodeclararam pretos e pardos. Todos residem em outros bairros da cidade Salvador/BA, que não pertencem ao mesmo Distrito Sanitário, na qual a USFAC está inserida. A escolaridade perpassa entre o ensino técnico e o ensino superior. E o tempo de atuação no serviço é variado, sendo no mínimo um ano e o máximo 8 anos.

4.2.3 *Grupo Focal*

O enfoque multi método foi utilizado nessa pesquisa, com isso, a ferramenta do grupo focal, também, fez parte deste estudo. Sua utilização na Saúde Pública reflete a salutar disposição de combinar métodos e perspectivas de várias disciplinas para a compreensão de fenômenos que, de modo cada vez mais claro, não conseguem ser abarcados e enfrentados dentro dos limites territoriais artificialmente construídos entre as várias áreas de saber (TRAD, 2009). Seu principal objetivo é reunir informações detalhadas sobre um tópico específico (sugerido por um pesquisador, coordenador ou moderador do grupo) a partir de um grupo de participantes selecionados. Ele busca colher informações que possam proporcionar a compreensão de percepções, crenças, atitudes sobre um tema, produto ou serviços (TRAD, 2009; BACKES et al., 2011).

Neste sentido, o grupo focal foi conduzido de modo a suscitar discussões entre os profissionais de saúde, especificamente os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), diante dos pontos de semelhanças que fazem parte desse grupo profissional, o que permitiu que os relatos de experiências, crenças e necessidades interagissem com o fenômeno estudado e com o contexto de suas práticas profissionais, de forma individual e coletiva. Bem como, pela maior possibilidade de reuni-los em um momento na unidade de saúde em questão. Com isso, para além de proporcionar a discussão do tema, na realização de um grupo focal, sua dinâmica possibilita capturar o posicionamento dos profissionais frente ao tema abordado e as relações estabelecidas entre eles. Desse modo, foram trazidos para a discussão no grupo focal os pontos que perpassavam as concepções e práticas de cuidado em relação à identificação, proteção/exposição à leptospirose urbana. Encontra-se, no espaço dos anexos, o roteiro (APÊNDICE 2) usado na condução do grupo focal.

A ideia inicial era contar com a participação dos ACS e dos agentes de endemias do Centro de Controle de Zoonose (CCZ) que atuam na USFAC e no bairro do Alto do Cabrito, no grupo focal. Porém, houve muita dificuldade para conseguir a liberação dos agentes de endemias, pelas instâncias que gerencia as equipes atuantes em Salvador/BA, não sendo possível em tempo hábil da pesquisa, aguardar as diferentes formas e hierarquias dos referidos setores analisarem e decidirem sobre o deferimento ou indeferimento da participação desses agentes de endemias. Desse modo, foi realizado um grupo focal com os ACS de acordo a disponibilidade e o desejo de participação desses profissionais.

Esse método foi pensado para esse grupo, os ACS, por estarem mais próximos do território, sendo os que escutam e vivenciam juntamente com os moradores as experiências de residirem nesse bairro, e todos os aspectos sócio estruturais que determina e condiciona a problemática da leptospirose urbana, bem como a presença coletiva dos mesmos proporcionou falas mais fluídas. Com base nestes critérios, o grupo focal torna-se um ambiente mais natural, em que os participantes levam em consideração os pontos de vista dos outros na formulação de suas respostas e comentam suas próprias experiências e as dos outros (GASKELL, 2002).

Para a realização do grupo focal tivemos que enfrentar de início a dificuldade para conseguir horários disponíveis em comum entre os profissionais. O grupo focal com os ACS aconteceu no turno da manhã, na sala de reuniões da USFAC, no dia 07 de fevereiro de 2020. A escolha do dia, turno e local foi feita pelos próprios ACS, a partir de conversas com os mesmos, nas reuniões das equipes¹⁴, explicando sobre a pesquisa e atividade que pretendia ser realizada com a participação deles. O grupo focal foi constituído por nove ACS, com representantes das três equipes de saúde da USFAC. Não participaram os ACS que estavam de férias ou de licença médica e/ou qualquer outra situação que demandasse afastamento das atividades laborais, no referido período de realização do grupo focal. Além da presença dos ACS, o grupo focal foi mediado pela pesquisadora e teve o apoio de uma integrante do grupo da equipe de ciências sociais da pesquisa maior.

Assim como nas entrevistas, no início do grupo focal foi apresentado os objetivos da pesquisa contidos no documento do TCLE. Mediante também consentimento, o grupo focal foi gravado em áudio e posteriormente transcrito. A sessão teve duração média de uma hora.

¹⁴ As reuniões semanais de equipe da ESF dizem respeito às reuniões de planejamento das atividades específicas de cada equipe, sendo um espaço para a realização de suas diversas etapas, como: identificação dos problemas, tomada de decisões para programação das ações, acompanhamento e avaliação das atividades e dos usuários (VOLTOLINI et al., 2019).

Todos os cuidados com as expressões das falas foram tomados, para que assim, a análise delas constitui um rico manancial na busca dos sentidos atribuídos ao tema pelo grupo. Dos nove participantes, 08 eram mulheres e 1 homem. Todos se autodeclararam pretos e pardos, e todos residem no bairro onde a USFAC está inserida. Desenvolvem o trabalho como ACS desde a implantação da USF no bairro, o que pelos relatos dos mesmos já são 15 anos de atuação profissional.

4.2.4 Análise dos dados

A análise dos dados foi desenvolvida a partir da perspectiva interpretativa, no qual narrativas e os sentidos ou significados que ela expressa refletem os contextos socioculturais nos quais os sujeitos estão inseridos (GEETZ, 2014). Para tal, procurou transcender a busca do significado do material bruto fornecido pelas transcrições, visando a compreensão dos fios da teia de significados de natureza sociológica e cultural enredados nas trajetórias dos mesmos, expressos nas narrativas produzidas ou nas suas práticas concretas.

Para isso, foi realizada uma leitura flutuante e focalizada, buscando correlacionar os dados com as hipóteses iniciais do estudo, as presunções subjacentes que surgiram ao longo do trabalho de campo e ao marco teórico correspondente ao tema, reduzindo os dados produzidos aos seus núcleos de sentido, o que permitiu a apreensão de uma realidade visível, mas também de uma realidade invisível que se manifesta, às vezes, apenas nas “entrelinhas” do texto, com vários significados (MINAYO, 2014). Então, considerou as vivências dos participantes do estudo, bem como suas percepções sobre o fenômeno pesquisado.

O nosso desafio neste processo foi compreender os significados construídos pelos participantes e as dinâmicas sociais que se realizam no contexto da APS e processo estrutural da negligência da leptospirose urbana. Neste sentido, ao concebermos a USFAC como uma microcultura produtora e reprodutora de práticas sociais utilizados pelos sujeitos que ali atuam como recurso para articulação de suas experiências de vida, a análise deve estar voltada para esse universo cultural, com seus idiomas, práticas e significados socialmente construídos. Ademais, a tarefa principal não é codificar regularidades abstratas em padrões unificados, ou buscar simplesmente generalizações através dos relatos, mas tornar possíveis descrições minuciosas que visam torná-las compreensíveis a um conjunto de atos simbólicos existentes nesta microcultura da USFAC (GEERTZ, 2014).

Como base para orientar a análise foi elaborado uma matriz de dados a partir das dimensões de interesse (GASKELL, 2002). Esse processo permitiu reduzir a complexidade dos textos iniciais mediante classificações e codificações, transformando-os em novas informações (BAUER, 2002). No primeiro momento buscou-se entender o que os participantes expressaram em seus relatos, a partir das descrições dos achados iniciais, já no segundo momento as inferências realizadas visaram produzir uma interpretação articulada com as perspectivas teóricas e os objetivos que ancoram este estudo. Dessa forma, tanto as entrevistas semiestruturadas, o grupo focal e a observação participante desenvolvida caracterizaram-se como fontes importantes de informações e, mais do que isso, uma fonte de produção de sentidos a partir de “argumentos” que dão materialidade para o fenômeno em questão.

Para a análise das entrevistas e narrativas produzidas no grupo focal foi realizada a transcrição das entrevistas e do grupo focal com uma leitura compreensiva e “flutuante”, a fim de identificar as similaridades, os sentidos e alguns significados presentes nas narrativas dos profissionais de saúde referente a questão da leptospirose urbana no contexto de suas formações pgressas e mais recentes, bem como nas atividades cotidianas desenvolvidas nas USFAC e no território do Alto do Cabrito.

A partir da perspectiva interpretativa, este trabalho buscou identificar as estruturas de significações inscritas no discurso social expressos nas narrativas produzidas pelos profissionais de saúde da USFAC e/ou nas suas práticas concretas em relação as questões da leptospirose urbana e o território de Alto do Cabrito. Após as reflexões teóricas e considerações metodológicas, que foram direcionadas para uma construção reflexiva, crítica, política e contextualizada entre narrativas, sentidos e contextos, têm-se a elaboração de algumas categorias que orientaram a análise e discussão deste trabalho:

1. A leptospirose urbana e o contexto paradoxal em Alto do Cabrito: as causas existem, mas o problema não.
2. Leptospirose urbana e o cuidado em saúde: o problema invisível ou invisibilizado?
3. As lacunas na formação e outros determinantes da inação frente a leptospirose urbana.
4. O lugar híbrido dos agentes comunitários de saúde: entre o invisível e o essencial.

4.3 Considerações Éticas

A fim de cumprir as normas previstas na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, aplicamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 3), buscando respeitar os princípios básicos da bioética: a autonomia, a não maleficência, a beneficência, a justiça e equidade (BRASIL, 2012b). Neste sentido, tivemos como fundamento maior garantir os direitos dos participantes e a responsabilização com todo o processo de investigação, considerando que o agir ético se inscreve em uma realidade concreta e, desse modo, não pode ser desvinculada da realidade sociocultural em que a mesma ganha existência. Cabe reconhecer que durante a coleta de dados, a presença da pesquisadora e a temática abordada, pode ter causado incômodo, desconforto e constrangimento para os sujeitos da pesquisa. Entendemos que o exercício de induzir o resgate memorial sobre o processo de formação, atuação profissional e relações multiprofissionais configurou como os prováveis riscos da pesquisa.

Para reduzir os possíveis desconfortos da gerados pela pesquisa, as entrevistas semiestruturada, bem como o grupo focal, foram realizadas em ambiente restrito, onde estavam presentes apenas a pesquisadora e o (a) entrevistado (a), de modo a preservar informações sigilosas e aspectos que estejam relacionados com a intimidade dos entrevistados. A identificação dos participantes é fictícia visando garanti-lhes seu anonimato. E a pesquisadora se colocou à disposição para quaisquer esclarecimentos, deste modo comunicou a todos (as) os (as) entrevistados (as) que estava disponível para solucionar qualquer dúvida, anseio ou questionamentos através do endereço e telefone durante toda a presença do campo e após esse processo.

A pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), sob parecer nº 3.744.972; pela Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, através da Coordenadoria de Gestão de Pessoas da SMS (Subcoordenadoria de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoas); pelo Distrito Sanitário de São Caetano/ Valéria. Como benefício da pesquisa pode possibilitar a atualização de conhecimentos e, conseqüentemente, possíveis mudanças das práticas de atenção e cuidado, principalmente, dos trabalhadores de saúde, fundamentando possíveis estratégias e/ou políticas de saúde direcionadas ao contexto estudado.

5. O TERRITÓRIO, OS RATOS E AS PESSOAS: NEGLIGÊNCIA DA LEPTOSPIROSE URBANA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – O CASO DA USF ALTO DO CABRITO

5.1 “[...] são muitos ratos mesmo”. O paradoxo da visão local sobre leptospirose urbana – a causa desassociada do problema

*“.... Um dia com fome, no outro sem o que comer
Sem nome, sem identidade, sem fotografia
O mundo me olhava, mas ninguém queria me ver....”*

Música 14 de Maio. Lazzo Matumbi e Jorge Portugal.

O Alto do Cabrito é um bairro localizado em Salvador, que faz fronteira com os bairros de Pirajá, Marechal Rondon, Lobato e Campinas de Pirajá, sendo possível seu acesso pela Avenida Afrânio Peixoto (Suburbana) e pela BR-324. Segundo o censo do IBGE realizado em 2010, o bairro possui 1.134 domicílios ocupados em aglomerados subnormais (favelas), com uma média de 3,3 moradores do bairro em domicílios nessa situação. De acordo com a pesquisa de Moraes, Santos e Sampaio (2006), o índice de acesso à educação no bairro é de 100%. Entretanto, o índice de acesso à renda mostrou um dado preocupante: apenas 26% das famílias pesquisadas possuíam renda familiar mensal superior a três salários mínimos. Quando computados o índice de participação cidadã em associações comunitárias, a percentagem vai a 5%.

Figura 1 – Fotos do bairro Alto do Cabrito em 2018, Salvador/BA



Área mais elevada do bairro Alto do Cabrito.



Área mais baixa do bairro Alto do Cabrito.



Esgoto aberto próximo as residências na área mais baixa do bairro Alto do Cabrito.

Fonte: Fotos tiradas por Jovens moradores do bairro do Alto do Cabrito e participante do projeto Photovoice¹⁵ em 2018, um dos eixos da Pesquisa Maior.

Enquanto determinadas regiões da cidade de Salvador/BA tiveram investimentos e se estabeleceram em meio a um “processo de urbanização acelerado e intenso”, acirrado a partir da década de 1970, a região do Alto do Cabrito e bairros vizinhos e adjacentes, permaneceram mais de quatro décadas sem nenhuma obra de grande porte, como ocorreu nas regiões do

¹⁵A técnica de pesquisa Photovoice, entendida como um tipo de pesquisa-ação participativa em que as pessoas produzem e discutem fotografias que elas próprias tiraram sobre suas vivências enquanto membros de uma determinada comunidade ou grupo. Este método dá voz ao prover câmeras às mãos das pessoas que serão capacitadas a atuarem como repórteres e potenciais catalisadores de mudanças políticas e sociais em suas próprias comunidades. Tal metodologia foi realizada em duas das quatro comunidades urbanas em que o “projeto maior” estava funcionando, Marechal Rondon e Alto do Cabrito, em 2018.

miolo e orla marítima (DELGADO, 2014; SILVA, 2017). Segundo Carvalho e Pereira (2008), o crescimento da demanda por moradia, dado, também, pela migração, forçou a expansão da periferia, representada pelas áreas não urbanizadas, como as grandes encostas e áreas alagadiças. Isso ocorreu sem nenhuma política de orientação ou provisão de moradias para as classes mais populares (SILVA, 2017).

De acordo Soares (2009), a partir do diálogo com outros autores acerca do planejamento e regulação urbanística, Salvador possui uma urbanização marcada por um “padrão periférico” seguindo às lógicas do capital e às investidas das forças e especulações imobiliárias, que acentuam ainda mais a pobreza urbana da capital, seguindo uma racionalidade burguesa. A constituição dos territórios de pobreza na cidade, direcionou (e direciona) os pobres para áreas periféricas e menos valorizadas. Esses lugares são partes da cidade constituída por pobres, negros, os deserdados de direitos (sociais, econômicos, ambientais e da cidade), habitando áreas insalubres, ilegais e em alguns casos invadidas: muito dos territórios dos herdeiros da pobreza, são espaços esquecidos pelo Estado, lugares segregados e com elevados índices de violência (SOARES, 2009; CUNHA et al., 2015).

Enquanto isso, não só no cenário da cidade de Salvador/BA, mas também, em outras cidades do país, a cidade rica se isola, renega a necessidade e impede um planejamento amplo do espaço público e da rua, pois, nela, não há pobres a morar, tampouco negros. Sendo, assim, cidades dignas do apartheid (FERREIRA, 2017). A pobreza urbana tem formas claras de manifestação e concentração no cenário urbano: precarização de espaços e vias públicas, favelização, ocupações em encostas, assim como a ausência de infraestruturas e serviços básicos (SOARES, 2009; CUNHA et al., 2015). Vale ressaltar, que neste quadro a pobreza não é um estado social natural, a de se considerar os aspectos processuais e relacionais presentes na produção social das vulnerabilidades. Esse contexto é resultado de um processo histórico de exploração, expropriação, discriminação, não instituição e negação de direitos, riqueza, poder e informações. A exclusão social, a periferização e a segregação urbana são a produção de excluídos da sociedade, os condenados do sistema (SOARES, 2009; ACSELRAD, 2013).

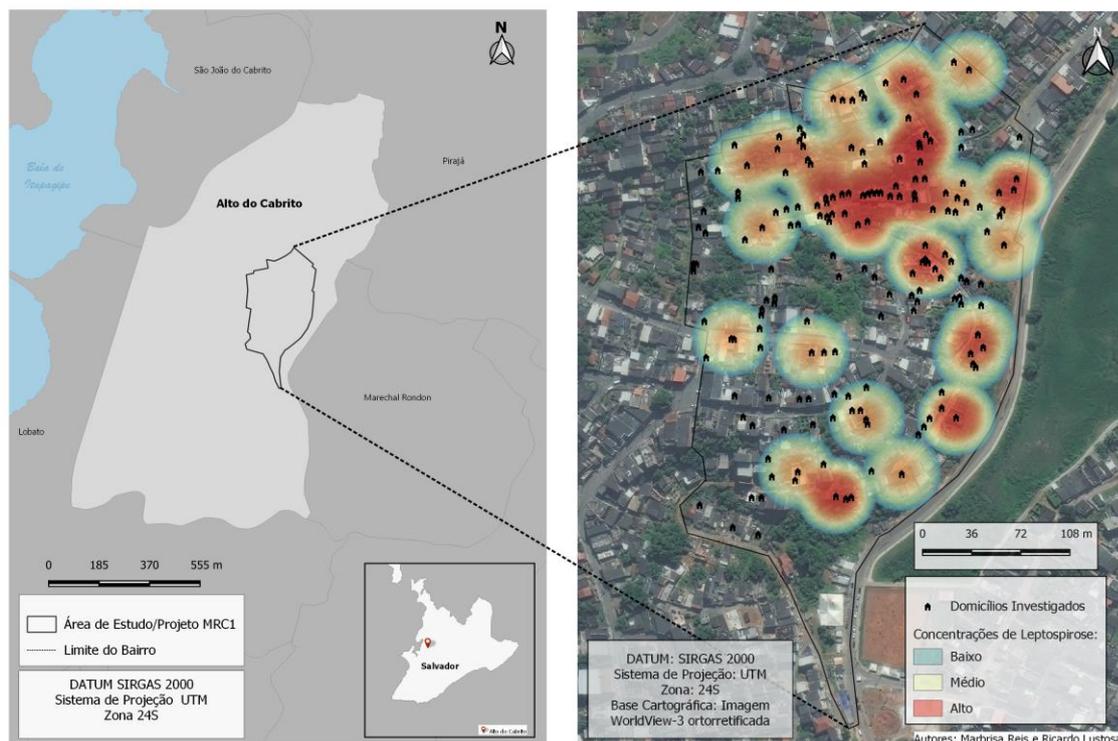
A pesquisa maior se beneficiou de uma composição interdisciplinar da equipe de pesquisadores, e a partir dos dados coletados através dos censos domiciliares, pelos pesquisadores da epidemiologia e ecologia, colocou em evidência, diante dos processos de mapeamento dos territórios e das áreas de estudo, que tais territórios, incluindo o Alto do Cabrito, são habitados por pessoas que de alguma forma já estão “excluídos” (tendo em vista

o racismo estrutural e institucional) do centro da cidade e do acesso à serviços básicos como saneamento, água potável e serviços de saúde. Ainda nessa questão, foi possível identificar diferenças intrabairros (certas áreas dentro do mesmo bairro apresentam condições marcadamente desfavoráveis em relação as condições ambientes e socioeconômicas), e para tal foi adotada a perspectiva de “gradientes” socioeconômicos, que permite, de alguma forma, considerar tais heterogeneidades internas e a sobreposição de “variáveis” que demonstram os processos de exposição aos riscos da leptospirose.

No caso de Alto do Cabrito, o mapeamento colaborativo¹⁶, permitiu observar (Figura 2) as concentrações de sorologia positiva para leptospirose, o que indica que houve a infecção e um sinal objetivo de exposição e contato com a bactéria *Leptospira*. Porém, o desenvolvimento dos sintomas, a doença em si, não são todos que irão demonstrar, mas, com essa sorologia positiva, há confirmação que houve a produção de anticorpos contra o patógeno causador da leptospirose. Tal achado deu-se a partir dos dados coletados com soro-inquérito (ferramenta de coleta de dados com uso de um extenso questionário mais coleta de amostra de sangue para os que aceitaram participar da pesquisa) nos domicílios do bairro em 2018. Dentre os principais achados associativos encontrados no projeto, em todas as quatro comunidades que fizeram parte, condições socioeconômicas precárias apareceram diretamente relacionadas com a soropositividade para *Leptospira* no modelo matemático utilizado pelo estudo (KHALIL et al., 2021), assim com as áreas percebidas como de “risco” pelos jovens da comunidade.

¹⁶ Entendido como um processo de mapeamento com foco social, o mapeamento participativo ou colaborativo, foi adotado na pesquisa maior como o objetivo de estabelecer uma conexão entre as técnicas de construção dos pesquisadores (como soro-inquérito, placas de rastreamento de abundância de ratos, dentre outras) e as experiências e percepções de risco e vulnerabilidade das pessoas que compõem o âmbito das áreas que foram mapeadas.

Figura 2 – Mapa Ilustrativo do território do Alto do Cabrito, Salvador – BA, com as concentrações de sorologias positivas humanas para leptospirose urbana nos domicílios pesquisados (2018)



Produção: Marbrisa Reis e Ricardo Lustosa.

A partir desse entendimento, é possível observar que os profissionais de saúde da USFAC, principalmente os agentes comunitários de saúde (ACS), compreendem como os determinantes e condicionantes sociais fazem parte do seu contexto como profissionais e como moradores deste território, e como essas condições afetam a saúde das pessoas que ali vivem:

[...] o desemprego, a vida social, a falta de estrutura, é... de saneamento básico, de trabalho, de tudo tá propiciando e isso! Muita gente adoecendo na comunidade do Alto do Cabrito. (USFAC 23 ACS).

[...] uma parte mais do conjunto habitacional, que tem uma estrutura diferenciada, a partir que a parte mais antiga realmente ela sofre mais, né, pela aparência, né, de acesso aos seus direitos, é a falta de educação, a falta de saneamento básico. [...] realmente a falta de cuidado com as pessoas, informações, insumos, né, projeto, trabalho, falta muito aqui na nossa comunidade. [...] falta muito a questão de oportunidade para pessoas, e elas ficam ociosas, isso gera doença, gera depressão, e tantas outras coisas. (USFAC 22 ACS).

Leptospirose urbana é uma doença infectocontagiosa transmitida através da urina de ratos é... em locais principalmente que tem o baixo índice de saneamento básico. (USFAC 12 Profissional da Enfermagem).

Cantarelli et al. (2020), a partir de um estudo com profissionais de saúde que atuam em duas ESF de Olinda/PE, na perspectiva da reprodução social em saúde, demonstram que os relatos desses profissionais sobre as questões ambientais nos territórios que as ESFs estão inseridas foram, principalmente, deficiência no abastecimento de água, precário saneamento básico, falta de pavimentação em algumas ruas, e a coleta de lixo não regular em alguns pontos, e que tais profissionais relacionam esse contexto ao risco de desenvolvimento de agravos a saúde pelos moradores desse lugares.

Nesse diálogo, Martins e Spink (2020a), trazem a reflexão sobre qual é a população afetada pela leptospirose humana, e uma das conclusões demonstradas é que se tem que associar as características do seu principal vetor (a presença do rato) aos determinantes sociais da doença, esse conjunto de critérios econômicos, ambientais, culturais e psicológicos têm sido importante para compreensão das iniquidades em saúde. Os autores ampliam e aprofundam tal reflexão, ao afirmar que fatores comportamentais e questões de infraestrutura indicam características de uma enfermidade e apontam o modo pelo qual diferentes doenças acessam e adentram corpos diferentes. Ou seja, há desigualdades sistemáticas, importantes e, sobretudo evitáveis, entre os grupos populacionais (MARTINS; SPINK, 2020a).

Ampliando a compreensão sobre as situações ou condições vulnerabilizantes nos contextos investigados, Cunha et al. (2015) traz a reflexão que tais territórios, as favelas, são “zonas de sacrifícios”, com ausência, ou insuficiente presença, do Estado como fomentador e garantidor de políticas públicas de infraestrutura e sociais, o que desencadeia uma convivência com a precariedade e uma busca pelos moradores por dar respostas aquilo que não está garantido e/ou inacabado. Ainda nesse bojo, tais autores destacam que muitas iniquidades, perdas materiais e humanas cotidianas para esses moradores não são visíveis para nenhuma esfera social, seja ela acadêmica, gerencial do município ou estado, e até mesmo pelos profissionais que atuam diretamente junto à população.

Ramalho (1999), em seu estudo, traz que a moradia em áreas onde não existe serviços de infraestrutura, tais como coleta de lixo, saneamento básico etc., resulta em um processo de degradação da comunidade. Mas nem sempre as pessoas estão atentas a tais problemas. Embora vivam em contato direto com o risco ambiental, essa preocupação é subjugada pelas

preocupações de sobrevivência cotidiana e imediata, que são provocadas e agravadas pelas questões de marginalização econômica e ambiental.

Em relação às características do território que USFAC se encontra inserida, apresenta em sua maior extensão geográfica a questão da falta e/ou ineficácia do saneamento básico. Os trabalhos produzidos já demonstram que há uma relação direta entre viver e/ou trabalhar em áreas sem saneamento, como favelas e assentamentos precários e/ou em locais nos quais o contato com a urina do rato é possível, e o desenvolvimento da leptospirose (HAGAN et al., 2016; GONÇALVES et al., 2016). Neste sentido, o estudo de Goarante et al. (2019), aponta que a leptospirose é, principalmente, uma doença de populações vulneráveis que afetam pessoas carentes socialmente em favelas urbanas e ambientes rurais em países em desenvolvimento.

No estudo de Martins e Spink (2020b), realizado com nove interlocutores diretamente associados ao manejo, acompanhamento, diagnóstico e/ou tratamento da leptospirose humana em um município brasileiro, bem como usuários do sistema de saúde e que já tiveram a doença, demonstram que seis entrevistados abordaram os temas de saneamento básico deficiente e seus impactos na saúde pública, porém esse discurso foi mais proeminente apenas entre gestores e profissionais de saúde. Ainda sobre essa questão, tal artigo sublinha que três entrevistados relacionam as ações de planejamento em saúde (com operações de saúde mais abrangentes) com as questões estruturais que a leptospirose está associada, como a pobreza, desigualdades sociais e questões ambientais, como falta de saneamento básico.

Ao ampliar o olhar sobre esse cenário é preciso compreender que a situação estrutural da falta de saneamento básico no país é um problema histórico e com uma morosidade, e até desinteresse por parte de alguns representantes políticos em solucioná-los, haja vista que o mesmo ainda perdura, principalmente nas periferias dos grandes centros urbanos, bem como, em algumas cidades do interior. Um estudo desenvolvido sob a coordenação da Agência Nacional de Águas (ANA) em parceria com a Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental do Ministério das Cidades (SNSA/MCidades) e com a colaboração de instituições federais, estaduais e municipais de todo o Brasil, teve como produto o *Atlas Esgotos – Despoluição de Bacias Hidrográficas* (2017), que traz a análise da situação do esgotamento sanitário nas 5.570 cidades brasileiras e dos impactos do lançamento dos esgotos nos rios, lagos e reservatórios do País, onde aponta que Brasil, somente 43% da população possui esgoto coletado e tratado, dessa porcentagem a região nordeste perfaz somente 48%, sendo a segunda região com o índice abaixo, ficando atrás somente da região Norte. Tal documento, também,

destaca que a disposição do esgoto, sem o adequado tratamento, compromete a qualidade da água nas áreas urbanas, causando impacto na saúde da população, além de dificultar o atendimento de usos a jusante, como abastecimento humano, balneabilidade, irrigação, dentre outros (BRASIL, 2017).

Outro documento que fornece dados sobre esse cenário é o *Diagnóstico dos Serviços de Água e Esgoto* (2019), que é produzido anualmente, pelo Sistema Nacional de Informação sobre Saneamento (SNIS), a partir da Lei nº 11.445, de 05 de janeiro de 2007, que estabelece as diretrizes nacionais e a Política Federal de Saneamento Básico e, em seu art. 53, institui o Sistema Nacional de Informações em Saneamento Básico – SINISA. Entre os seus objetivos essenciais destacam-se: coletar e sistematizar dados relativos às condições da prestação dos serviços públicos de saneamento básico; disponibilizar estatísticas, indicadores e outras informações relevantes para a caracterização da demanda e da oferta de serviços públicos de saneamento básico; permitir e facilitar o monitoramento e avaliação da eficiência e da eficácia da prestação dos serviços de saneamento básico. O documento referente ao ano de 2019 traz que houve um aumento somente de 2,5% da população urbana que vive em centros urbanos atendida pelo serviço de esgotamento sanitário em comparação a 2018, representando que a cobertura de esgotamento sanitário ainda é baixa no país, de forma geral é possível estimar que quatro entre dez brasileiros não tem tratamento de esgoto em seu domicílio (BRASIL, 2020).

Tal situação corrobora com os achados da pesquisa realizada em quatro comunidades da cidade de Salvador, incluindo o bairro do Alto do Cabrito, no qual está a USFAC onde atuam os profissionais de saúde que foram entrevistados neste estudo, onde os pesquisadores encontraram associação positiva, ou seja uma relação direta, entre a questão do saneamento básico influenciar o risco dos moradores apresentarem soropositividade para a presença de anticorpos para o patógeno *Leptospira* através da exposição a esse cenário insalubre (KHALIL et al., 2021).

A presença de ratos no território e nas casas dos moradores é um relato presente nas falas de alguns profissionais de saúde, principalmente, dos agentes comunitários de saúde, que trabalham e residem no bairro. Porém, apesar desta constatação visual, percebida e vivenciada no dia-a-dia, tais profissionais não fazem a relação da presença do animal no território que atuam com o risco iminente da doença fazer parte da problemática de saúde do bairro:

[...] como eu já falei lá na rua é cheia de rato e sempre a população tá falando [...] (USFAC 15 ACS).

Ainda em relação à presença de ratos no território é preciso destacar que os participantes do grupo focal relataram que tal situação é vivenciada cotidianamente pela comunidade. Há uma presença numerosa da população de ratos, tanto em nível intradomiciliar, quanto nas ruas que compõem o bairro:

[...] pelo índice de roedores aqui no bairro, nós somos até vencedores; porque são muitos ratos mesmo [...] (USFAC 22 ACS).

Esses relatos corroboram diretamente com os achados da pesquisa maior sobre tal questão, no qual a presença dos ratos nas ruas e casas das comunidades, especialmente nos gradientes considerados mais vulneráveis, não era motivo de surpresa entre os moradores que participaram da pesquisa. A maioria dos relatos apontam como é comum presenciar e conviver com os ratos, o que aponta uma certa “naturalização” desta presença. Algo demarcado como um problema antigo nas três comunidades que participaram do estudo. A presença dos ratos aparece junto com outros problemas de infraestrutura, o que demonstra a ausência e/ou a atuação incipiente do Estado nesses territórios.

Retomando o estudo de Ramalho (1999), a partir dos dados apresentados em sua pesquisa, os problemas mais enfatizados pelos moradores das comunidades periféricas de Campina Grande/PB que foram entrevistados naquela época, são os problemas de lixo, a falta de esgoto, alagamentos e invasão de ratos nas residências, contexto muito similar ao que observamos, de acordo os relatos dos profissionais de saúde que atuam na USFAC. Apesar do intervalo histórico expressivo entre estes trabalhos fica a constatação que esses territórios, e as pessoas que ali habitam, são lugares de “normalização” da degradação ambiental, com toda sua problemática, pelo Estado.

Os relatos, supracitados pelos profissionais de saúde, corroboram com os achados encontrados na pesquisa de Martins e Spink (2020b), que demonstra que a questão da presença de ratos e da necessidade do controle dos roedores, foram temas abordados por profissionais da epidemiologia e usuários dos serviços de saúde que foram entrevistados. A questão da presença dos ratos, em particular, é onipresente entre os discursos e é considerado, por esses interlocutores, os agentes causadores da leptospirose. Além disso, o estudo evidencia que, para os entrevistados, a presença de roedores aumenta com resíduos, inundações e falta de saneamento. Ainda nesse cenário, o estudo aponta, de acordo os relatos dos entrevistados, para solução de tal problema a intervenção se dar fora do setor saúde, e

sim, no controle ambiental dos roedores, o que é dificultado com a multi setorização da saúde, saneamento, desenvolvimento e meio ambiente que criou exclusividade de competências dentro dos setores, dificultando a ação conjunta e intersetorial (MARTINS; SPINK, 2020b).

A situação expressada a partir dos relatos demonstra que não há nenhum tipo de controle da quantidade de roedores que estão presentes e em reprodução contínua em toda área do bairro:

Mas lá, também, tem muito rato, lá onde eu moro tem muito rato, muito rato, muito rato mesmo [...] muito rato, muito rato, todo mundo se queixando; quando a gente passa com o “pega tudo” o vizinho já fala: “Vixe! Aí também está com rato?!”, já fala: “aí também tá com rato?!”, é muito rato. Teve uma vizinha mesmo que ela botou o “pega tudo” na porta da casa dela, não foi nem dentro de casa, foi na porta, ela pegou 5 ratos. (USFAC 16 ACS).

Desses cenários (presença numerosa de ratos e ausências de ações de controle), o contato com roedores tem sido demonstrado como importante fator de risco para leptospirose em muitas configurações ambientais, incluindo áreas urbanas de grande concentração populacional (COSSON et al., 2014; LAU et al., 2010). No estudo de Adler e De La Peña Moctezuma (2010) há a observação que, dentre os possíveis reservatórios animais da leptospirose, os roedores desempenham importante papel na transmissão da doença devido a seu grande número de espécies, assim como de sua ampla distribuição planetária. A dinâmica populacional dos roedores parece ser fator determinante na epidemiologia da leptospirose, especialmente em se tratando de áreas tropicais e subtropicais. Apesar disso, pouco se sabe a respeito de sua proliferação e migração, especialmente após ocorrências de inundações, enchentes e deslizamentos.

Até então, os estudos demonstram que a espécie do *Rattus Norvegicus* é a mais presente mundialmente, e que vive em espaços construídos por humanos, nos quais haja a disponibilidade de alimento e água constantes, com hábitos predominantemente noturnos (RODRIGUES, 2016; MARTINS; SPINK, 2020a). Segundo o estudo de Vijayachari, Sugunan e Shriram (2008), a transmissão indireta ocorre quando tanto animal quanto ser humano são infectados a partir do ambiente, onde as *Leptospiras* se mantêm viáveis e se reproduzindo em condições favoráveis, tornando-se ativas por longo período de tempo.

A presença numerosa dos ratos, nos relatos dos participantes, está muito associada a problemática do lixo nas ruas que compõem o bairro. Uma questão que surgiu tanto nas entrevistas individuais quanto no grupo focal fala sobre as possíveis condições para a

presença numerosa de ratos, mas que não é o único fator que contribui para essa presença quantitativa:

[...] porque ela precisa além do roedor que é o agente transmissor, o hospedeiro, pra veicular esse agente infeccioso que é uma bactéria, ele precisa de uma via, de um fonte, que na medicina a gente chama de fonte né, que é algo que veicula aquele agente no caso água, a água corrente... aquela água que fica parada que não escoar e o indivíduo precisa ter acesso a esse ambiente um tanto insalubre pra adquirir essa infecção. (USFAC 11 Profissional de Medicina).

[...], mas a questão dos ratos não é só uma questão também do lixo, é questão também do esgoto, de matagais que aqui no bairro tem muitas áreas que tem matos, e se cria e ali se prolifera muito ratos, muito rato mesmo; lá no quintal não tem mato, mas eu já vi rato grande lá no quintal, cada rato enorme, parece sariguê. (USFAC 22 ACS).

Porém é preciso destacar um agravante na questão do lixo vivenciada pela comunidade de Alto do Cabrito, a qual ficou evidente durante a realização do grupo focal. Foi solicitado que o grupo dialogasse sobre questões como lixo, educação, meio ambiente, laser no bairro etc. A questão do lixo tornou-se central no debate, visto que, a logística de coleta havia sofrido alteração determinada pela Prefeitura, em dias recentes ao momento da realização do grupo focal. A nova logística se deu com retirada dos contêineres que estavam em alguns pontos de interseção entre algumas ruas do bairro, e era o local que as pessoas descartavam o lixo todos os dias. A proposta que foi estabelecida é da coleta escalonada, com dias determinados para a disposição dos resíduos (orgânicos) em pontos específicos do bairro. Algo que não estava funcionando, muito bem, principalmente nas ruas onde há uma distância considerável até o ponto determinado para o descarte do lixo, e principalmente, pela ausência de uma comunicação, participação e ações de educação continuada das secretarias da prefeitura com a comunidade, que, através das falas dos ACS, estavam sentindo prejudicados com essas mudanças.

Uma das participantes do grupo focal relata a situação problemática desse novo contexto da logística da coleta de lixo e a relação com a numerosa população de roedores:

[...] porque agora é pior, ratos fica.... Agora que tá cheio de rato mesmo; por que agora bota no poste...[...] Agora tá bom, porque tá no verão, imagine quando chegar no inverno, que vem aquela chuva forte vai levar aquele lixo todo pra onde? [...] porque eles querem tirar o dever deles e botar pra comunidade, porque tinha... eu acho que é errado tirar esse

contêiner. [...] jogar a culpa em cima de vocês... “a culpa é de vocês”... é muito fácil... é muito fácil. (USFAC 16 ACS).

Nesse tocante, ressalta-se que a insuficiência de serviços básicos de saneamento, de coleta e destinação do lixo e condições precárias de moradia, tradicionalmente relacionadas à pobreza e ao subdesenvolvimento, somam-se a poluição química e física do ar, da água e da terra, provocando uma vasta gama de doenças e deformações congênitas (RIGOTTO; AUGUSTO, 2007). Somando a essa discussão, faço o resgate quanto às formas de contaminação para leptospirose, a partir do artigo de Oliveira et al. (2012), que discute sobre a falta de recolhimento de lixo ordinário, associado às falhas do sistema de saneamento público, como fator contributivo para a ocorrência de casos da doença na capital fluminense.

Retomando a problemática do lixo na comunidade do Alto do Cabrito, um outro desafio a ser destacado refere-se ao dilema vivenciado pelos próprios ACS, que moram e trabalham no território, e por vezes são a representação institucional do equipamento de cuidado municipal de saúde, e ao mesmo tempo, sentem de forma real como moradores desse território, e nesse papel híbrido, como Nunes et al. (2002, p. 1639) refletem: “faz deste um ator que veicula as contradições”. Assim, as “soluções” verticalizadas advinda das instâncias de poder, principalmente municipais, e sem a participação efetiva da própria comunidade, nem de seus agentes de saúde, na tomada de decisões, demonstram essa dualidade, um tanto quanto paradoxal, de serem visíveis para a comunidade que serve, e ao mesmo tempo são um "quadro invisível" para os níveis das decisões políticas.

Ainda a respeito da presença quantitativa de ratos, um dos profissionais da medicina entrevistado e os participantes do grupo focal observam tal fenômeno no território. Os participantes do grupo focal, enquanto moradores do bairro, delatam que a comunidade é a principal, se não a única, a tentarem possibilidades de controle da quantidade de roedores nas casas e nas ruas. A lida com tal situação é feita de forma doméstica, com métodos caseiros (e, até com uso de produtos considerados ilegais, como é o caso do uso da substância chamada popularmente “chumbinho”¹⁷) e coletivos entre a própria vizinhança, e de acordo os recursos financeiros e o acesso (ou não) as informações sobre tal questão:

¹⁷ O aldicarb (Temik®), um agente anticolinesterásico carbamato, vulgarmente conhecido como “chumbinho”, é considerado um dos praguicidas mais tóxicos disponíveis comercialmente. Devido ao seu baixo custo, às facilidades de aquisição e a sua alta toxicidade, o aldicarb tem sido amplamente utilizado de forma ilegal como raticida doméstico e como agente de escolha para exterminar animais de companhia, criando um cenário que coloca em risco também a saúde humana. No Brasil, embora seja registrado para uso agrícola exclusivo, tem sido frequentemente apontado como o responsável por diversos casos de intoxicação em seres humanos e em animais. (XAVIER; RIGHI; SPINOSA, 2007).

[...] eu analiso e vejo que a comunidade lida com essa situação de uma forma doméstica, caseira, porque assim, se coloca um veneno, o “pega tudo” ^[18], um granuladinho que eles vão na casa de ração e compram, mas assim é de uma forma doméstica, de forma caseira, sem uma orientação. [...] agora eles tão com a técnica de pegar feijão cru, triturar e semear, então assim são métodos caseiros que a comunidade usa, mas a forma orientada não tem. (USFAC 20 ACS).

[...] é como nossa colega (USFAC 23 ACS) falou a população na verdade toma suas providências pessoais, né, buscam os métodos é... acessíveis de eliminação, que é o “pega tudo”, é o chumbinho ainda né, que de forma ilegal, mas as pessoas têm acesso ainda. Mas geralmente as pessoas resolvem por si próprio. Geralmente quem chama o CCZ é o agente comunitário ou algumas outras pessoas que tem essa mentalidade de chamar o CCZ. (USFAC 22 ACS).

[...] E é comum é... qual o veneno que não pode usar, qual que é? [chumbinho]. É o chumbinho que é comum, o pessoal usa pra se matar, mas o chumbinho eles usam pra o controle de rato. (USFAC 9 Profissional da Medicina).

Dialogando com os relatos supracitados, Reis et al. (2008), em um estudo epidemiológico em um bairro periférico, também de Salvador/BA, já denunciava, com base nos seus achados, que a presença do rato doméstico constituía o principal reservatório para transmissão da bactéria *Leptospira*. Assim como, o número de ratos avistados relatados pelos residentes da comunidade em questão estava correlacionado com o risco de adquirir anticorpos contra *Leptospira*, indicando que a observação da presença de ratos podem ser um marcador útil de risco de infecção em comunidades de favelas em que os habitantes estão acostumados à presença de ratos, em um processo de “naturalização” dessa presença, ocasionada, principalmente, pelas condições precárias de infraestrutura de habitação e a falta de acesso a serviços básicos de cidadania.

Corroborando com os relatos dos profissionais de saúde, seja nas entrevistas ou no grupo focal, Reis et al. (2008), também evidenciaram em seu estudo a dificuldade de desenvolver intervenções para a leptospirose diante da falta de informações pela população sobre os determinantes de transmissão dessa doença. Vale notar que os fatores de risco para a aquisição de anticorpos contra *Leptospira* foram associados a exposições no ambiente

¹⁸ A Ratoeira Adesiva Pega Tudo é uma armadilha descartável para ratos, camundongos, baratas, aranhas, escorpiões e insetos em geral para usar em ambientes residenciais, comerciais e industriais. Disponível em: https://www.parceiropet.com.br/ratoeira-adesiva-pegatudo7898281740028_p/p#:~:text=A%20Ratoeira%20Adesiva%20Pega%20Tudo,ambientes%20residenciais%2C%20comerciais%20e%20industriais. Acesso em: 16 nov. 2020.

doméstico. Portanto, as intervenções precisam visar as fontes ambientais de transmissão, dentre elas depósitos de lixo abertos e saneamento básico insuficiente e ineficiente, em comunidades periféricas (REIS et al., 2008).

No que diz respeito à eficácia ou efetividade das intervenções, Khalil et al. (2021), apontam que as medidas de proteção tomadas pelos residentes das quatro comunidades estudadas, também na cidade de Salvador/BA, parecem não surtir efeito na redução de ratos vistos ou no risco possível de adquirir a leptospirose, embora tenham tido sucesso, em tais fatores, ao reduzir o acúmulo de lixo. Os autores, também, trazem a reflexão que os serviços de coleta de lixo e controle de roedores, quando disponíveis, não reduziram o risco de transmissão da doença, sendo sugerido, pelos mesmos, como mais eficaz no controle e diminuição na população de roedores, o foco de intervenções na melhoria da infraestrutura e saneamento básico nas partes mais pobres das comunidades avaliadas. A pesquisa ainda aponta que tais investimentos na infraestrutura e os esforços no controle de roedores, levando em consideração um orçamento limitado, é realizado de forma mais concentrada nas regiões ricas da cidade de Salvador/BA.

Corroborando com essa última questão, Martins e Spink (2020a) chamam à atenção para o papel do Estado nas ações de combate e controle da dengue serem mais constantes e contínuas, a partir da questão que tal doença afeta também a população com melhores condições sociais, as elites do país, sendo essa população muito mais valiosa, na perspectiva do Estado, “do que a população em situação de vulnerabilidade à leptospirose” (MARTINS; SPINK, 2020^a, p. 925).

Ainda sobre esse convívio forçado e prejudicial entre os moradores e a população de roedores, é preciso destacar um outro tipo de dano à saúde, que a presença dos mesmos demonstra, que é a mordida de parte do corpo das pessoas. Quanto a isso, no entanto, somente um profissional da medicina e um agente comunitário trouxeram relatos, de saberem de casos, e no caso do profissional de medicina é frequente em seu atendimento ambulatorial algum morador da comunidade trazer o relato de mordedura de ratos, principalmente nas extremidades dos dedos (das mãos e pés):

*[...] aqui tem muito rato, que não tem nada a ver com lepto, mas assim essas questões que seriam ambientais também que... eu nunca abordei essa questão de ter ratos... [...]. **[Você recebe relatos de pessoas que tem bastante roedor?]** Não assim, é meio assustador assim... uma, duas vezes no mês, ou uma vez no mês eu posso saber que teve o dedão mordido por rato... é super comum, isso que eu fico sabendo entendeu, muito frequentemente... [...]* (USFAC 9 Profissional de Medicina).

[...] lá na rua teve 3 casos de mordida de rato devido, como eu falei, o pessoal joga muito lixo no período de chuva, os ratos começam a passear na casa do povo (na rua Muniz Ferreira), inclusive, já vim falar duas vezes com o pessoal daqui do CCZ, e é uma dificuldade terrível [...] (USFAC 15 ACS).

Cabe também destacar que, para os profissionais de saúde entrevistados, a presença dos ratos no território é veiculada, quase exclusivamente, às questões de higiene dos sujeitos/pacientes, uma noção que chamo aqui de “higiene privativa”, que está associada com as questões e noções de sanitização do corpo e da casa (em sua forma ampliada), de forma individual (responsabilização individual), com a exclusiva culpabilização das pessoas (moradores). No estudo de Nunes e Lotta (2019), há a reflexão sobre a questão quando os profissionais de saúde utilizam de processos de classificação a partir de fatores morais e comportamentais, mas tais elementos têm potencial de exclusão e desigualdades de acesso.

Ainda nesse tocante, Schmidt (2007) aponta que a culpabilização do indivíduo pelas suas próprias condições precárias de vida é uma prática generalizante e que deve ser observada de forma cuidadosa, já que imprime uma certa libertação dos poderes públicos de suas essenciais responsabilidades. Uma vez que, tais problemas e iniquidades sociais devem ser, no mínimo, atenuados através de medidas políticas, sociais e terapêuticas, que garantam a participação dos indivíduos ao conhecimento, a compreensão, a prevenção e o acesso ao tratamento, dos riscos socioambientais que existam em sua proximidade.

As questões estruturais, como saneamento básico (a ausência dele) e a presença de esgotos, só foi relatada por um profissional como fator determinante e condicionante para a presença do hospedeiro, e por consequente, do risco associado a doença:

Ah leptospirose urbana é... uma doença que é transmitida pelo rato... que... tá na rua, por falta de saneamento básico, por falta de educação né, a educação doméstica das pessoas né, por falta até mesmo da coleta do lixo [...] (USFAC 13 Dentista).

A questão dos ratos é muito, da higiene, também, da comunidade; é eu tiro como exemplo lá em casa eu cuido do meu quintal, só que meu vizinho cria gato, cachorro, galinha, pato e as comidas ficam espalhadas, aí os ratos que vai pra o quintal dele vai tudo para o meu; aí boa parte dessas coisas, também, acontecem por falta da higiene da comunidade mesmo. (USFAC 21 ACS).

Estes relatos dialogam com os achados encontrados no estudo de Martins e Spink (2020a), cujos participantes atribuíram à população a responsabilidade pela ocorrência da doença, seja pela falta de informação, educação e higiene, seja por suas práticas culturais, que promovem o contato com ambientes insalubres, proliferação de ratos e descarte inadequado do lixo. O que se tem é uma minimização dos riscos, que é agravada pelo reconhecimento inadequado da ameaça (RAMALHO, 1999).

Para Souza et al. (2011, p. 1007), há um “(...) elevado custo social em termo de anos potenciais de vida perdidos e gasto hospitalar parcial com leptospirose quando comparado ao possível tratamento precoce ou não adoecimento, o que poderia ter minimizado o impacto dessa doença na população brasileira”. No mesmo artigo, os autores afirmam que os anos potenciais de vida perdidos para a leptospirose “(...) refletem parte do impacto causado por uma doença secular, negligenciada, em que os fatores de risco para infecção estão relacionados às íntimas exposições a excretas de ratos, principalmente próximas às residências” (ibidem, p. 1007). Ainda nesse diálogo, Shahvisi (2019) traz a reflexão que se formos levados a acreditar que o sofrimento de um indivíduo é resultado de fatores que estão fora do controle, além de qualquer possibilidade de melhoria, em vez de ser resultado de irregularidades e lacunas de políticas de sociais, há o sentimento de sermos absolvidos de qualquer dever de intervenção.

Souza et al. (2011), apontam que para a resolução desse contexto complexo e problemático atrelado ao risco iminente e existente da transmissão e contaminação pela leptospirose, é necessário reconhecer tal problema entre as prioridades no setor saúde, efetivando medidas que visem à prevenção de óbitos precoce e evitáveis para leptospirose. Por certo, algumas medidas ultrapassam os limites de ação do setor saúde, requerendo, portanto, ações intersetoriais e mobilização social para potencializar as ações, a exemplo de obras de acesso ao saneamento básico (SOUZA et al., 2011).

Cunha et al. (2015, p. 101) trazem à tona outro aspecto importante a ser considerado para compreender o fenômeno da invisibilidade de problema da leptospirose e de sua complexidade. Os autores salientam que “necessidades, ainda não veiculadas como demandas, são percebidas, então, em sua dimensão coletiva, e expectativas tecidas encontram possibilidades de se colocar enquanto ação”. Sob esta ótica tem-se a compreensão da complexidade inerente tanto na observação quanto na análise de determinados processos e configurações nesses territórios. Estes mesmos autores, também, destacam implicações que estão vinculadas a diferentes temporalidades, de média e longa duração, que se direcionam em

estruturas que determinam e desenvolvem desigualdades e vulnerabilização desses territórios, bem como, alterações no cotidiano da favela e na relação com os agentes sociais que ali atuam, que demonstram efeitos e impactos experimentados como injustiça e de risco à vida desses moradores, escancarando problemáticas acumuladas ao longo do tempo (CUNHA et al., 2015).

Sobre a questão acima referida, um dos profissionais de saúde que participou do grupo focal refere sobre o desafio da realização de ações intersetoriais, principalmente, com os agentes de endemias que fazem parte do CCZ do município Salvador/BA, que são responsáveis pelas ações de controle e atividades preventivas para leptospirose. Vale ressaltar que tais ações são centralizadas, sendo programadas de acordo às situações endêmicas de alguns bairros da cidades, ou então, quando há uma solicitação a partir de uma notificação compulsória registrada pelos serviços de saúde, em um dos três níveis de assistência. De acordo a fala da ACS há lacunas na atuação e ações realizadas pelos os agentes do CCZ:

[...] então, assim, eu acho que eles não tinha só que fazer palestra tinham que agir, eles tinham que ir colocar a medicação, tinham que colocar remédio do rato, mas também atuar mais com a educação e fazer parceria com a unidade que acho que isso eles falham muito. (USFAC 23 ACS).

Este relato evidencia, também, uma fragmentação nas ações entre os serviços que compõem o processo de cuidado na APS, o que acarreta em uma fragilidade para que ocorra a universalização desse nível de atenção, e para tal ser obtido é preciso a integração e comunicação dos mais variados modelos de atenção encontrados na prática e a correção de inadequações na aplicação dos princípios e diretrizes do SUS e da própria PNAB (SOARES FILHO et al., 2020; GIOVANELLA et al., 2020).

É preciso ressaltar que há um sentimento comum em todas as iniciativas de mobilização coletiva, que é a de injustiça com o descaso frente as situações e problemas denunciados, principalmente pelos atores que fazem parte da esfera decisória e resolutiva, tais como, empresas, instituições, cientistas, entre outros. Nesse tocante, um outro desafio diz respeito ao empoderamento das populações afetadas de modo a que possam se enxergarem e se posicionarem como sujeitos (e não só como objetos) da realidade que fazem parte e vivenciam cotidianamente, o que inclui a disputa por um conjunto de ações (objetivas e subjetivas) que priorizem e validem o que está sendo posto em questão, considerando os contextos, problemas e controvérsias que estão em jogo (PORTO; FINAMORE, 2012).

A leptospirose, uma doença grave e potencialmente fatal, é claramente afetada múltiplas facetas do processo de negligenciamento. A mesma continua a impor sua alta carga de incidência às populações mais vulneráveis e mais vulnerabilizadas, especialmente aqueles com menos infraestrutura social e de saúde nos países em desenvolvimento, e isso em meio a uma indiferença quase total, pois todos os atores responsáveis e com poder de decisões para seu enfrentamento e controle (RODRIGUES, 2016; MARTINS; SPINK, 2020a).

5.2 Leptospirose urbana e o cuidado em saúde: o problema invisível ou invisibilizado?

*“... Ninguém viu, ninguém viu, ninguém acha você
Invisível, invisível, ninguém acha você...”*

Música Invisível. Banda Baiana System.

A leptospirose, uma infecção bacteriana, causada especificamente pela espiroqueta (bactéria) patogênica chamada *Leptospira*, possui diferentes espécies ecológicas, e que confere diferentes quadros clínicos que vão desde episódios fulminantes, com a morte do hospedeiro, até formas mais passivas, com sinais e sintomas mais visíveis e processuais (GOMES, 2015).

Através das entrevistas e do grupo focal evidenciou-se que os profissionais de saúde que atuam na USFAC conhecem, em termos conceituais, o que é a leptospirose urbana, seu principal hospedeiro, que é o rato, e o vetor de contaminação, que é a urina do mesmo:

*Leptospirose? É uma doença transmitida pelo rato né, pela urina do rato...
causa doença febril, manifestações e algumas situações mais graves.
(USFAC 6 Profissional da Medicina).*

*Doença transmitida pela urina do rato, e urbana porque tá na área urbana,
não é no centro rural. (USFAC 15 ACS).*

Dentre os profissionais de saúde entrevistados, apenas um, que é membro da equipe de técnicos de enfermagem, e atua também em um hospital de referência em doenças

infectocontagiosas e parasitárias do estado da Bahia (Instituto Couto Maia), trouxe em sua fala a problemática completa e complexa que envolve a leptospirose urbana:

Eu conheço Leptospirose Urbana é uma doença histórica né e, ainda é fator preocupante em nossa sociedade, por questões sociais ainda implica né, moradias ainda que estão em situações complicadas, a questão bicho, a questão ambiental, chuvas né e a também questão de conhecimento populacional que tá um pouco defasada, mas é uma doença que traz risco à população né, por conta disso ainda a sociedade sofre por conta da leptospirose, o controle de roedores completo. (USFAC 10 Técnico de Enfermagem).

Alguns estudos, com destaque para Rodrigues (2016; 2017) e Martins e Spink (2020a), já trazem esse alerta para a questão da subnotificação de casos de leptospirose, como uma fragilidade inerente em todos os níveis de atenção e assistência à saúde no Brasil. Esse fato demonstra e retroalimenta o círculo vicioso do processo de negligenciamento da leptospirose urbana, que é a presença do subdiagnóstico que leva a subnotificação dos casos, que não gera dados epidemiológicos e, assim, a negligência continua a se expressar (e se retroalimentar no círculo vicioso), principalmente no cenário da APS, especificamente nesta USFAC em questão:

A gente... vê na teoria... eu não sei... eu não entendo... porque como você diz, naquele dia, é uma temática tão importante, tem casos acontecendo em Salvador e não chega pra gente esses casos, a gente não sabe. [...]. Aqui na nossa comunidade é, na época de chuva existem algumas casas que são alagadas, tem a questão do dique aqui perto que tem uma quantidade muito grande de água parada, a gente recebe casos de dengue, chikungunya, de zika... e a gente não vê de Leptospirose, então a gente fica sem entender... a gente sabe quem tem casos, mas pra onde é que está indo esses casos? (USFAC 12 Profissional da Enfermagem).

Isso expressa de forma latente a invisibilidade que leptospirose perpassa no contexto dessa USF, e no próprio território em que ela é responsável pela oferta de cuidados e ações de promoção e prevenção de agravos a saúde, a partir dos seus determinantes e condicionantes sociais, culturais, ambientais e biopsíquicos. Tal questão repercute diretamente na não identificação dos sinais e sintomas iniciais, nem tardios, por alguns, da doença já instalada, nem como fazer diagnóstico diferencial com outras doenças com sintomatologias parecidas, causadas, também, por outras zoonoses, como é o caso da dengue, zika e chikungunya. Nesse tocante, o estudo de Rodrigues (2016) aborda a questão da leptospirose como uma doença que

é pouco reportada por muitas razões, incluindo a dificuldade de percepção de sintomas clínicos que a distingam de outras doenças endêmicas, assim como a falta de serviços de laboratório de diagnóstico adequados mais acessíveis para todos os níveis de assistência à saúde.

No estudo de Araújo, Moreira e Aguiar (2013), tais autores trazem a reflexão que indivíduos, grupos e doenças na condição de invisíveis não apresentam particularidades ou diferenças, nem se pode considerar suas necessidades específicas, ou seja, não há como garantir a equidade. Não serão levados em consideração na destinação de recurso, no planejamento e na promoção de ações de prevenção, assistência, vigilância à saúde e não se constituem nem como objetos nem como sujeitos de estudos ou de implementação de ações que visem a correção das distorções em relação ao acesso aos bens e serviços de saúde.

Karpagam e Ganesh (2020), ressaltam que, a despeito do fato de o agente etiológico da leptospirose – a espiroqueta *Leptospira* – ter sido descoberto no século XIX, persistem importantes desafios associados ao diagnóstico desta enfermidade. Os autores destacam os seguintes fatores que contribuem para um cenário ainda desafiador nesse processo: a doença em sua completude e complexidade não é estudada claramente, nem todas as áreas endêmicas recebem laboratório (já que há a necessidade de laboratório sofisticado e pessoal de laboratório bem treinado), a infecção causada pela leptospirose imita outros agentes infecciosos, como por exemplo a dengue, a técnica de teste padrão não está disponível para verificar a infecção em todas as etapas (KARPAGAM; GANESH, 2020).

Esse processo de negligenciamento relativa à leptospirose urbana se manifesta de forma explícita quando os interlocutores afirmam, categoricamente, que durante todo esse período de atuação profissional na USFAC, e no território, nunca identificaram e/ou observaram e/ou acompanharam um caso diagnosticado de leptospirose urbana no território em que unidade está inserida. Mesmo com a afirmação e identificação da presença numerosa (e descontrolada) de ratos nas ruas e moradias da comunidade:

Aqui até então, eu não tive nenhum caso ainda. Pessoal também não, não conheço ninguém que tenha. [...] sobre a doença, dizer onde acomete mais pra gente ter uma noção né... até para fazer palestras coisas voltadas pra comunidade esclarecendo né como é que se transmite, como se pega, porque coloca a culpa sempre no pobre do rato tem locais sem higiene, com esgoto aberto... são muitas questões né. (USFAC 3 Profissional da Enfermagem).

Eu acho importante, apesar da gente não ter muitos casos né, de pacientes com leptospirose... porque na atenção primária a gente não pega realmente

esses pacientes, porque são pacientes que têm quadro de urgência médica né e acabam sendo geralmente...a gente tem mais condições de cuidar desses casos em unidades de emergência, até na UPA é mais difícil da gente encontrar esses casos de leptospirose né, mas encontra-se, é muito difícil mas a gente encontra, principalmente em épocas de chuva né, que acaba tendo enchentes essas coisas... mas aqui no posto a gente não pega muitos casos. [...] Só que esse tema da leptospirose não é muito comum na realidade da gente, acho acaba não contribuindo muito pra sua pesquisa [...] (USFAC 6 Profissional da Medicina).

[..] um caso que aconteceu lá, tem muito rato lá, como eles [a prefeitura] iam fazer a contenção lá, é... botar uma manta, eles começaram a limpar e os ratos começou a correr para dentro das casas dos pacientes, todo mundo, a gente via muito rato mesmo, porque como era um barranco eles capinaram então os bichos não teve para onde correr ficaram tudo doido, né, muito; eu tive contato com o pessoal, né, que trabalha na área da dengue, procurei o supervisor deles, comuniquei o que tava se passando, e até então, ninguém deu uma posição, e até hoje não tive retorno mais nenhum, ninguém veio, ninguém fez nada, não colocou remédio, não fez nada; que colocou foi a comunidade mesmo. (USFAC 23 ACS).

Na pesquisa maior, no tocante aos moradores das comunidades que participaram, incluindo Alto do Cabrito, a leptospirose também tem um caráter de “invisível”, porém com uma perspectiva muito diferente da invisibilidade dada pelo equipamento de saúde a USFAC. Os relatos dos moradores trazem à tona a exposição constante ao risco da doença como algo inevitável, haja vista as próprias limitações das condições ambientais e de infraestrutura que os mesmos enfrentam constantemente, e que aumentam a probabilidade da proliferação e presença da bactéria *Leptospira*, como, esgoto a céu aberto (a foto de uma das ruas do bairro demonstra isso nitidamente), períodos chuvosos que acarretam em alagamentos e invasão do esgoto nas residências e etc. Os moradores, também, trazem o relato que não costumam lembrar dos fatores de risco para aquisição da leptospirose, já que há outras preocupações mais “urgentes” diariamente, tais como: deslizamentos de terra, alagamentos, desemprego, moradia precária, violência policial, entre outros. As expressões da vulnerabilidade presentes no cotidiano desta população são múltiplas e complexas (MOTA et al., prelo).

Para Ramalho (1999), a percepção de risco é uma construção social, que sofre influência de vários elementos e está vinculada às características sociais de quem o percebe. E também, depende da natureza do risco, que variam de súbitos, explícitos e os que em sua maior parte fazem parte do cotidiano da população, mas passam despercebidos (invisibilizado). É importante destacar que alguns profissionais de saúde entrevistados trazem a ideia que os pacientes acometidos e/ou “propensos” a desenvolverem esse problema de

saúde não devem receber os cuidados nesse contexto da APS, e sim, somente, nos níveis secundários e terciários da assistência em saúde, que mesmo assim, não proporciona a detecção precoce da doença:

[...] porque a entrada é as UPAs, a porta de entrada são as UPAs e, tem os casos com diagnóstico tardio, entrou lá com suspeita e aí lá o diagnóstico mudou para uma leptospirose e na maioria das vezes são casos já com gravidade, por conta da falta de diagnóstico precoce nas UPAs ou mal diagnosticado. [...]. É importante né [...] isso me acendeu um alerta porque a gente nunca teve na comunidade um assunto abordando esse tipo de situação, não só pela Leptospirose, mas por outras questões também, mas nunca tive nada proveitoso nessa parte aí. (USFAC 10 Técnico de Enfermagem).

Nesse tocante, Mendes et al. (2019) aborda sobre essa visão simplificada, e quase ingênua, que os atores sociais que atuam na APS tem, o que expressa, em sua maior parte, uma incompreensão da natureza complexa das demandas por cuidados primários detém.

O estudo de Rodrigues (2016) expõe a reflexão que fora das áreas endêmicas ou em que ocorreram enchentes, ou com ausência de saneamento básico, os médicos frequentemente não pensam em leptospirose como uma hipótese diagnóstica plausível. Tal cenário é o que observamos nessa unidade em análise, mesmo com tais características ambientais e climáticas inerentes ao território, os relatos de inexistência do problema e de casos deixa evidente que a leptospirose não é pensada nem como suspeita diagnóstica de casos sintomáticos, tampouco, nos casos que não apresentam sintomas mais claros. Observa-se nos relatos dos entrevistados que para eles o quadro clínico da doença leptospirose se dá em seu nível mais grave, ou seja, quando há sinais e sintomas tardios e potencialmente letal, ou até mesmo, com a sintomatologia não tão evidente, como expressa esse profissional:

Como eu acredito que os sintomas são sintomas bem fortes, então um paciente desse não vem ao atendimento odontológico então ele vai diretamente ao atendimento médico ou no mínimo com a enfermeira, então quando o paciente chega que eu acho que é febre né, vermelhidões com esses sintomas etc. e tal... o paciente não vem ao atendimento odontológico então a gente não tem esse contato, ele vai direto ao atendimento médico. (USFAC 13 Dentista).

No acompanhamento de alguns atendimentos clínicos (das diferentes categorias profissionais) nos ambulatórios de atendimentos da unidade, pude perceber que a leptospirose

não é pensada em nenhum momento como uma possível suspeita diagnóstica, mesmo com todo contexto socioambiental que o território apresenta, e em algumas vezes, características clínicas que demonstrem possibilidades de ser a leptospirose. Um momento dessas observações chamou muito a minha atenção:

Em um turno de atendimento de um dos profissionais de medicina que estava participando, chegou um caso com queixas de dores no corpo, febre a uns três dias e sensação de cansaço. O paciente era um adulto jovem, de 26 anos, que trabalhava como auxiliar de pedreiro em uma construção da cidade. O profissional fez avaliação clínica do paciente, e em seguida referiu ser dengue. Prescreveu um medicamento para dor e febre, e solicitou ao paciente que repousasse até os sintomas cessar. Perguntei ao profissional se solicitaria o exame sanguíneo para confirmar a suspeita diagnóstica de dengue ou outras arboviroses, o mesmo referiu não ter a necessidade, já que os sintomas estavam “claros” para dengue. O paciente saiu com a receita e com o atestado médico. Observei, também, que não houve uma disponibilidade expressa para uma reavaliação, caso os sintomas clínicos piorassem, já que o paciente foi embora sem nenhuma perspectiva de retorno ou orientação caso os sintomas mudassem ou agravassem. (Diário de Campo – Pesquisadora).

Segundo Rodrigues (2016), a frequência com que sintomas febris inespecíficos estão presentes e a ausência de um quadro clínico clássico para a leptospirose dificultam saber a carga real de incidência da doença em países onde o suporte para um diagnóstico adequado não está disponível, como é caso do Brasil. A incidência real de leptospirose reflete a disponibilidade de diagnóstico laboratorial (de fácil acesso e aplicabilidade) e a sensibilidade para a suspeita clínica pelos profissionais de saúde, a partir do entendimento dos fatores e questões que estão correlacionados com a transmissão e os estágios da infecção (iniciais e tardios) com manifestações clínicas leves e/ou subclínicas até graves. Além disto, é preciso destacar que o próprio discurso oficial (em documento do Ministério da Saúde) identifica como uma das causas da falta de diagnóstico precoce da doença está na complexidade operacional das técnicas preconizadas para se realizar os exames laboratoriais ainda na fase leptospirêmica (fase precoce da doença, a partir da divisão didática para as apresentações clínicas da doença) da doença (BRASIL, 2014; RODRIGUES, 2016).

Estudos anteriores já indicavam a fragilidade do uso de critério clínico-epidemiológico para o diagnóstico da doença, o que torna, também, uma das formas de alimentar a negligência para com a geração de informações da leptospirose, pois a incerteza estará sempre pairando sobre um diagnóstico subjetivo e dependente da sensibilidade dos profissionais de

saúde quanto à presença da doença entre a população atendida nas unidades de saúde, principalmente, quando não há períodos epidêmicos (RIBEIRO, 2009; BRASIL, 2014; RAJEEV et al., 2014; RODRIGUES, 2016). E até mesmo, a ausência dessas informações, detecção e registro da doença, não permite a identificação de territórios como endêmico ou com períodos de epidemia, como é o caso do bairro do Alto do Cabrito.

Corroborando com a situação supracitada, o estudo de Costa et al. (2001) aponta que comumente, mesmo em períodos de chuva, a suspeita diagnóstica da leptospirose só costuma ser levantada após o surgimento de icterícia (característica clínica em que há presença da coloração amarela da pele e/ou olhos causados por um aumento na concentração de um produto, da não metabolização dos glóbulos vermelhos pelo fígado, a bilirrubina, na corrente sanguínea). E isso, acarreta no percurso da doença para um quadro mais tardio da doença, pois, em não havendo qualquer diagnóstico na fase aguda, seja este clínico ou laboratorial, a doença se mantém em curso, podendo agravar o quadro do paciente (RIBEIRO, 2009; RODRIGUES, 2016). No estudo de Martins e Spink (2020b), um dos entrevistados, um profissional responsável pelo setor de tecnologia da informação em saúde do município onde foi realizada a pesquisa, aponta aspectos da questão relacionados ao despreparo dos profissionais em ações de antecipação frente a leptospirose urbana. Diante da possibilidade de chuvas forte e inundações, o mesmo afirma que certamente aumentará a incidência de leptospirose, o que exigiria um preparo do sistema de saúde. Situação que se assemelha a cidade de Salvador/BA, onde tais eventos climáticos ocorrem anualmente, com certa previsibilidade, e que acarretam, historicamente, em alagamentos, deslizamentos de casas, inundações, principalmente nos bairros periféricos da cidade.

Essa “invisibilidade” da doença, pelo conjunto de atores sociais (Estado, Academia, Grupos farmacêuticos, diferentes setores de mídia comunicativa, dentre outros) que detém o poder decisório de possibilidades de articulações e estratégias de mudanças desse contexto, nos convoca para reflexão necessária para a produção da negligência em saúde somada aos fatores de injustiça e racismo ambiental. Para Nunes (2016), a negligência é resultado da invisibilidade social (em sua forma mais ampliada) da doença, por não ser reconhecida nem enfrentada como um problema de saúde, pode resultar, também, da apatia das instâncias, serviços e profissionais que estão diretamente ou não no contexto do problema, quando reconhecem a existência da problemática, mas não é dada a devida atenção e importância ao agravo, ou pode ser decorrente, também, da incompetência em planejar e executar ações, o que acarreta na ausência de ações para responder ou agir diante do agravo.

Conforme mencionado em trechos anteriores, a apresentação clínica da leptospirose, em sua fase inicial, é difícil de ser diagnosticada, mesmo pelo profissional de saúde mais atento, e para tal é preciso que esteja associada a um contexto social, climático, ambiental que remeta à doença (RODRIGUES, 2016). Martins e Spink (2020a) trazem a reflexão sobre o quão desafiador é a escolha de qualificadores que permitam identificar a leptospirose, e até mesmo, diferenciá-la de outras arboviroses e patologias, o critério clínico-laboratorial e/ou o clínico-epidemiológico esbarram no cenário posto pelas multifacetadas de negligência que a leptospirose é experienciada por populações historicamente em processo de vulnerabilização e esquecimento pelo Estado. Como já está muito elucidado que as doenças negligenciadas são também causa e causadas pela pobreza e subdesenvolvimento, tem sido enfatizado que uma abordagem biomédica exclusiva é incapaz de mudar a situação epidemiológica quando esta não for associada às políticas públicas para educação, infraestrutura urbana e de habitação e desenvolvimento socioeconômico (ZICKER, 2019).

A detecção precoce e rápida da leptospirose é um passo crítico e crucial na redução da morbidade e mortalidade. Retomando o que foi já dito anteriormente, a ausência de testes mais rápidos, práticos e acurados para confirmação diagnóstica tem consequências para a oferta de um manejo clínico adequado de suspeitos, mas também para a vigilância da doença, através de triagem de populações susceptíveis, detecção de surtos e distinção de eventos inusitados frente a real endemicidade (DURSKI et al., 2014; RODRIGUES, 2016). A necessidade de melhorar a confirmação clínica da doença é importante, pois os sintomas são inespecíficos e o diagnóstico diferencial é muito amplo. A sobreposição na apresentação clínica de doenças febris indiferenciadas, que inclui a leptospirose, malária e arboviroses, como o caso da dengue (tão amplamente divulgada e debatida acerca dos seus sinais sintomas) implica na impossibilidade de diagnosticar com segurança o patógeno *Leptospira* com base simplesmente em sinais e sintomas (RODRIGUES, 2016).

Nesse quesito, a falta de diagnóstico laboratorial mais adequado à realidade econômica dos países mais pobres, assim como de dispositivos de fácil utilização pela assistência em saúde, expressa as lacunas de conhecimentos e desenvolvimento de tais materiais, seja no campo público quanto no privado, e isso é fundamental para um bom resultado na prevenção, detecção e tratamento da leptospirose. Além disso, é de grande importância para o reconhecimento de sua real carga de incidência, mas que na atualidade é mais um dos obstáculos para a compreensão da história natural da infecção e do reconhecimento da existência do problema nos territórios. Isto significa que muitas questões relacionadas com a

estratégia de controle permanecem sem resposta, incluindo aquelas relacionadas ao manejo clínico de casos, particularmente em situação de não epidemia (PICARDEAU et al., 2014; RODRIGUES, 2016).

Consequentemente, a negligência para com a informação reflete a questão da dificuldade de realizar diagnóstico da leptospirose ainda durante a fase aguda da doença que acarreta na falta de notificação oportuna ou na subnotificação (HARTSKEERL; COLLARES-PEREIRA; ELLIS, 2011; MARTINS; SPINK, 2020a). A partir desse fator, e não somente por ele, temos um processo negligenciador em vários sentidos e elementos, como Rajeev et al. (2014) já trazem ao apontar que a leptospirose é uma doença tratável se diagnosticada precocemente, porém o diagnóstico correto e precoce é um desafio devido as diferentes apresentações clínicas da doença, a falta de informação do risco existente pelo paciente e da não suspeita clínica pelo profissional de saúde, além da limitação para um diagnóstico pelas unidades básicas de saúde. Dessa forma, têm-se na prática a situação onde o óbito é evitável, mas que esbarra na falha do tratamento devido ao subdiagnóstico ou não diagnóstico e pelo tratamento indevido de quadro clínico similar a outras doenças (RODRIGUES, 2016; MARTINS; SPINK, 2020a).

O processo da negligência continua a se configurar, e se legitimar, também no momento da consulta (cuidado mais individual). Tal como pude perceber nos momentos de observação participante, em nenhum momento da anamnese, o tema da leptospirose é referido e/ou questionado nos diferentes espaços e tecnologias de cuidado, tais como, atendimentos ambulatoriais, das diferentes categorias profissionais que compõem a equipe de saúde, bem como de algumas poucas visitas domiciliares que aconteceram enquanto estava presente no campo de pesquisa (episódio relatado abaixo). Mesmo sendo reconhecido por esses mesmos profissionais de saúde, que há fatores socioambientais, e até mesmo clínicos, que justificam e contribuem para a possível presença da doença e/ou algum dano inicial da problemática da leptospirose urbana:

Até então... eu como médico residente aqui recém formado, aqui na unidade eu ainda não acessei nenhum caso, sei que existe, sei que ela tá aqui nessa comunidade né... independente de qualquer coisa, porém na graduação eu tive algumas experiências, foram pontuais, mas algumas... só que diante de diagnósticos tardios, então o paciente já chegou com sintomatologias sistêmicas, assim tipo gritantes né, resultado de uma não assistência prévia, de um diagnóstico precoce de um cuidado... foi um indivíduo negligenciado durante esse intermédio de tempo né de aquisição da infecção até a sintomatologia, então existe uma falha aí né, desde a aquisição da doença

até o diagnóstico e a terapêutica eficaz. (USFAC 11 Profissional da Medicina).

Alto do Cabrito, em si, em relação a leptospirose pra gente é super novo, entre aspas, assim, o paciente pode até ter tido o caso, mas a gente não sabe, a gente não viu, às vezes a notificação vem do Couto Maia para a busca ativa, mas quando chega já é velha, muito velha, então pra gente é algo que tá chegando agora. (USFAC 20 ACS).

Em um dia de acompanhamento das atividades e rotina da USFAC, fui convidada no turno da tarde a participar de uma visita domiciliar que um dos profissionais de medicina, de uma das equipes, iria fazer junto com ACS; concordei e achei a oportunidade ótima para conhecer mais o território, bem como, essa ferramenta de cuidado. A visita foi direcionada para uma paciente idosa, acamada, devido a consequências de uma Acidente Vascular Cerebral (AVC) ocorrido no ano anterior. A solicitação da visita era decorrente a presença de escaras de decúbito (lesões na pele e no tecido subjacente resultante da pressão prolongada sobre a pele, que aparecem, principalmente, com tempo prolongado de internação ou em condição de acamado em domicílio) e pela paciente estar muito apática e com diminuição de apetite; quadro, que segundo a médica, a ACS e a filha da paciente que nos recebeu no domicílio, não era presente anteriormente. No caminho até a residência em questão, passamos por algumas ruas adjacentes e atrás da rua principal do bairro, onde fica a USF, durante todo o percurso fomos conversando sobre os perfis dos pacientes que recebem a visita domiciliar, e da dificuldade que nesse último ano estava acontecendo para fazer tais visitas, já que segundo o relato das profissionais de saúde, diante da insegurança de algumas ruas do bairro, tinha uma determinação da secretaria municipal de saúde, que as visitas ocorressem somente quando tivesse carro disponibilizado pelo distrito sanitário, algo que era bem difícil, segundo as profissionais, já que era pouco o quantitativo de carro disponíveis para tal atividade. Mesmo conversando, fui observando as características de tais ruas que fomos passando, e chamou minha atenção ausência de asfalto nas mesmas, um aglomerado de casas coladas umas nas outras, sem muita infraestrutura e algumas inacabadas, presença de esgoto a céu aberto em um dos trechos da rua. Chegamos na residência em questão, a casa é em um subsolo, ou seja, na parte de baixo do nível da rua, em cima tem uma outra residência. A filha da paciente nos recebeu no portão e nos acompanhou durante todo o processo da visita. Foi dialogado e examinada todas questões clínicas apresentadas pela paciente, no momento que estávamos na parte da cozinha da casa (ao lado do cômodo improvisado como quarto para a paciente, que fica à vista das pessoas que estão na casa), especificamente sentadas a mesa, para as prescrições e condutas necessárias, fomos surpreendidas com a presença de dois ratos passando pelo chão do local, algo que não surpreendeu ninguém, além de mim, a moradora somente esboçou “toda vez que deixo a porta aberta eles entram”, mas em nenhum momento os profissionais de saúde que estavam ali fizeram algum tipo de abordagem sobre as questões que envolvem a problemática da leptospirose, tampouco em relação da presença de ratos, mesmo com presença de uma paciente acamada naquele ambiente, o que a colocava em grau de vulnerabilidade clínica mais ainda, para além da social. (Diário de campo – Pesquisadora).

Ainda sobre tal situação Carrapato, Castanheira e Placideli (2018, p. 525) traz a seguinte reflexão:

Apesar das diversas e intensas tentativas de transformar o espaço de ações assistenciais com atividades educativas, enfatizando uma visão de clínica ampliada e considerando relevantes os aspectos subjetivos e os determinantes sociais da “doença”, há ainda a predominância da assistência biomédica, que procura como foco principal o diagnóstico clínico e o tratamento medicamentoso, sem articular a doença com outros aspectos, como psicológicos e sociais.

A ausência de conhecimentos acerca dos sinais e sintomas iniciais da doença, e como diferencia-la das demais zoonoses, legitimam o “círculo vicioso” (RODRIGUES, 2016) da negligência em relação a leptospirose urbana no contexto da USFAC:

Em relação a diagnóstico e tratamento, porque a gente nem sabe se tem, os vetores, os fatores, como acontece, a gente nunca teve um treinamento em relação a leptospirose; então é um assunto de saúde, é uma condição de doença e saúde, mas pra gente nesses 16 anos é novo! (USFAC 20 ACS).

A falta de confirmação diagnóstica por um serviço de apoio laboratorial na APS, associada a uma conduta clínica negligente, que subestima do risco frente à ausência de sintomas clássicos da doença esperados pelos profissionais, contribui para a subnotificação de casos de leptospirose, ou até mesmo, para a ausência de notificação, como observado na USFAC. Segundo Rodrigues (2016), caso houvesse diagnóstico precoce, com qualidade e acurácia reconhecidas, para uso pelos níveis de assistência em saúde, principalmente em um atendimento inicial, poderíamos evitar óbitos por conta da leptospirose no Brasil.

Diante de tal situação, Bardosh (2014) traz a importante reflexão que os sistemas de saúde primários em funcionamento são reconhecidos como essenciais para o controle de DTN. No entanto, as reformas neoliberais, que ocorrem desde o final da década dos anos 80 em todo cenário mundial, e no caso do Brasil, intensificada mais ainda com a emenda 95 (Pec. 241/2016), conhecida como “Emenda Constitucional do Teto dos Gastos Públicos”, levaram a reduções drásticas nas despesas do setor de saúde e educação. Esse contexto ocasiona consequências diretas e danosas para todo o sistema de saúde nacional. No nível distrital, os programas operam onde os recursos humanos, sistemas de informação, infraestrutura e suprimentos básicos são frequentemente, e em alguns cenários, extremamente limitados.

Ainda nessa questão, é preciso destacar que os contextos das políticas nacionais também promovem diferenças nas relações ministeriais entre setores que são responsáveis pelos programas intersetoriais, especialmente importantes para DTNs zoonóticas com os programas multisetoriais de planejamento urbano, água e saneamento básico, que são fundamentais para o entendimento e enfrentamento de tais problemáticas. Há uma escassez de pesquisas sobre processos de política para DTNs e sua aplicabilidade nas realidades que a experenciam. E o relacionamento “fraco” e/ou ausente entre o Estado e a população, colocam os profissionais de nível local, especialmente os profissionais de saúde da APS em sua completude, entre os interesses do local e do nacional e o global (BARDOSH, 2014; SPINK, 2018).

5.3 Lacunas na formação e outros determinantes da inação frente à leptospirose urbana

*“... Periferias, vielas, cortiços
Você deve tá pensando
O que você tem a ver com isso?...”*

Música Negro Drama. Grupo Racionais MC's.

O trabalho de campo evidenciou que há uma ausência latente e importante nos processos formativos de todos os profissionais de saúde participantes desta pesquisa acerca da doença leptospirose urbana, bem como de todo o contexto sócio-histórico no qual ela se insere:

Pela visão que eu tenho, a leptospirose é uma doença transmitida através da urina acredito do rato, não sei de outros animais porque eu não tenho tanto conhecimento assim. Eu acho que é isso. (USFAC 8 ASB).

Pelo o que a gente ouve né, pelo o que a gente ouve falar... porque na faculdade a gente não ouve falar sobre a Leptospirose como a gente ouve falar da Hanseníase, como a gente ouve falar da Sífilis né, a gente não tem aquela coisa... ah é tal parasita que causa né... que a gente tem uma aula de Parasitologia, mas a gente não fala sobre Leptospirose, então a gente ouve mais de pesquisar, de ouvir falar dos enfermeiros e tal [...] (USFAC 7 Dentista).

[...] curso mesmo, preparação sobre leptospirose a gente não teve, nunca teve [...] (USFAC 17 ACS).

Nesse tocante, Carrapato, Castanheira e Placideli (2018, p. 527) apontam que “as práticas dos profissionais de saúde da APS estão intimamente relacionadas com acúmulos anteriores representados pelos aspectos da formação e experiências precedentes”. Que tais acúmulos estão em “constante transformação pelo cotidiano das ações e sua inserção histórica e social”. Mas que há um tensionamento nesse processo de prática dos profissionais de saúde, que muitas vezes está automatizado, o que acarreta em um distanciamento entre tais práticas e as questões sociais e historicamente determinantes das enfermidades que existem no território que os mesmos atuam.

A ausência da incorporação da temática sobre a leptospirose urbana nas diferentes formações (cursos técnicos, graduações e educação permanente) em saúde, tomando como base as diferentes categorias de profissionais de saúde que compõem as equipes de saúde atuantes na USFAC, traz consequências diretas na atuação prática dos profissionais de saúde na USF e no território em questão, e tal processo é cronificado no decorrer do exercício laboral nos serviços de saúde da APS, já que no processo de educação permanente em saúde do município¹⁹, ofertada pela secretaria municipal de saúde, a leptospirose nunca foi considerada como assunto a ser dialogado, nas palestras, cursos, capacitações, reuniões e demais formas de construção e/ou reforço de conhecimentos para tais profissionais:

Se tive alguma coisa sobre isso foi em aula de parasito, mas também assim, não me lembro mais na vida e olhe que eu já trabalhei em três prefeituras, todas em unidade da família e nunca teve, é realmente importante eles orientarem a gente no tratamento das doenças da nossa área né principalmente. (USFAC 2 Dentista).

¹⁹ A Educação Permanente em Saúde (EPS), pela definição assumida pelo Ministério da Saúde (MS) se configura como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Ela se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais e acontece no cotidiano do trabalho (BRASIL, 2009). Caracteriza-se, portanto, como uma intensa vertente educacional com potencialidades ligadas a mecanismos e temas que possibilitam gerar reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço, por meio da proposta do aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos e eles mesmos constituírem-se como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional. Nesse contexto, a EPS – como instrumento viabilizador de análise crítica e constituição de conhecimentos sobre a realidade local – precisa ser pensada e adaptada, portanto, às situações de saúde em cada nível local do sistema de saúde. A mesma faz parte da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) instituída por meio da Portaria GM/MS nº 198/20041, teve suas diretrizes de implementação publicadas na Portaria GM/MS nº 1.996/2007 (revogadas pela Portaria de Consolidação nº 2/2017) (BRASIL, 2018).

De acordo com o tema [leptospirose], nenhuma né. Com esse tema eu nunca tive, mas seria bem interessante né... agora outros temas a gente até cobra mais, a gente pede que tenha mais. (USFAC 4 Profissional da Enfermagem).

Nos dois níveis não, nem no médio que eu fiz técnico em enfermagem, nem na minha graduação superior não tive esse tema. [...] Olhe eu nunca tive aqui na coordenação, nunca fui “pra” nenhuma capacitação “pra” participar de nenhuma palestra nem roda de conversa pra falar de leptospirose. Eu já fui sim, mas não para exatamente de leptospirose não. [...] mas de leptospirose até então, eu tenho muito tempo aqui dentro do serviço público de saúde, até então não. (USFAC 14 Gerente).

Diante de tais lacunas de conhecimentos, há uma consequência latente e expressiva que contribui para o processo de negligência envolvendo a leptospirose urbana, que consiste na falta de informação e sensibilização dos profissionais de saúde e gestores sobre a carga da doença e extensão do problema. Isso acarreta diretamente na ausência identificação, da notificação ou subnotificação de casos, principalmente em seu estágio inicial (fase leptospirêmica), dando o cenário que a doença leptospirose urbana não existe como uma doença com sinais e sintomas iniciais, ou até mesmo que ela não existe na cidade nem no bairro em questão. Neste sentido, um profissional de saúde trouxe a questão da inexistência dos dados epidemiológicos que acarreta da não preocupação com o problema pelas instâncias de gestão:

[...] Acho que até a própria Prefeitura que é quem dá esses cursos essas capacitações, eu nunca tive nada a respeito de Leptospirose em si, então até a própria Prefeitura ela fica né... “Ah não vou promover tal curso, tal capacitação porque não chega na Unidade, não chega no posto de saúde”[...] então isso são parâmetros que tenho que levar em consideração. (USFAC 12 Profissional da Enfermagem).

Essa percepção de inexistência do problema a nível municipal é contrariada a partir dos dados que constam no documento produzido pela própria secretaria municipal de saúde de Salvador/BA, que é o Plano Municipal de Saúde para o período de 2018-2021, onde consta que em Salvador, entre 2005 e 2015, os casos de leptospirose ocorreram durante todo o ano, e que no mesmo período, foram confirmados 964 casos, 123 óbitos, com letalidade média de 13%, demonstrando que a Leptospirose é um agravo de alta letalidade no município, estando acima da letalidade média do Brasil (8,7%) para tal período. E em relação a distribuição por Distritos Sanitários, para os que apresentaram as maiores incidências médias da série

histórica, o distrito de São Caetano/Valéria, na qual a USFAC faz parte, está em segundo lugar (SALVADOR, 2018).

A ausência de informações sobre a doença e o problema em si é identificado como algo que intensifica, ainda mais, a invisibilidade da situação. Neste quesito há um sentimento de “não responsabilização”, ou “não solução” da situação pelos profissionais de saúde, bem como, a presença de barreiras ou ausência de ações que possibilitem estratégias para aprendizado de abordagem sobre a problemática com os usuários/pacientes de acordo a realidade local e real, mesmo que seja nos atendimentos individuais no espaço ambulatorial:

[...]. Então eu acho que falta informação mesmo. É importante passar acho que pra todos que trabalham na unidade básica de saúde o que acontece no local que a gente trabalha né? (USFAC 13 Dentista).

Pois é, não aparece, eu não vejo... nesses 6 anos eu nunca vi né... ouvi histórias que alguém morreu de leptospirose nesses períodos de chuvas mesmo né [...] o tema é bom, é uma coisa que eu não vejo falar muito deveria ser mais falado né?. (USFAC 4 Profissional da Enfermagem).

[...] eu penso que a gente tem o receio, por que assim toda doença ela pode levar à morte, mas fico com mais receio pela falta de orientação, porque essa doença não é só a urina, não é só na chuva, o rato pode mijar e a “leptospira” ficar ali, você me explicou, eu fui pesquisar, entendeu? Então assim a gente tem mais receio por falta de orientação, se a gente não tem orientação, a gente não tem como multiplicar. (USFAC 20 ACS).

A análise das inter-relações entre os contextos de política global e nacional, normas e valores institucionais e organizacionais, o compartilhamento de informações, incentivos a participação de todos os processos das partes interessadas e os gargalos potenciais nas redes de prestação de serviços, em todo o sistema de saúde, nitidamente requerem mais atenção, pois, em sua maioria as próprias políticas, programas e demais documentos criados pelo Ministério da Saúde, nesse contexto das DTN, tem uma influência precária sobre as práticas operacionais a nível local, que é o cenário onde o problema acontece de forma exponencial e real. Nesse bojo, assim como os estudos já alertam, ressalto que a subnotificação para a leptospirose é importante de ser mensurada para a tornar visível e mensurável o que já existe (BARDOSH, 2014; RODRIGUES, 2016).

Desta feita, o aspecto importante da Informação (não somente a ausência de informações, mas a não produção e divulgação de informações que acarretam na negação e inexistência de possibilidades de cuidado frente à questão da leptospirose urbana), que

perpassa todo o processo de negligenciamento, que leva a leptospirose ao patamar de doença de menor interesse pela gestão da Saúde (em todas as esferas – nacional, estadual e municipal) frente às mais diversas causas de doenças infecciosas no Brasil e no mundo. Nessa questão, é preciso a compreensão que ausência de informações, diálogos e construções de conhecimentos sobre a problemática da leptospirose, tem como resultados e consequências que já foram abordadas nos capítulos anteriores deste trabalho, mas cabe destacar que esse ciclo vicioso da negligência gera uma sensação de abjeção e inação pelos profissionais de saúde frente a esse problema que não dá para ser visto a olhos nus, que não apresenta características palpáveis, e com isso, não é “visível”:

Então... pois é, é um tema que a gente não fala muito aqui, o que a gente ouve falar é dos riscos, principalmente com as chuvas né, é uma doença transmitida pelo xixi do rato né..., mas eu pra lhe dizer que eu sei né, que eu sei falar o que é Leptospirose, eu não sei não. (USFAC 4 Profissional de enfermagem).

É preciso o entendimento que toda essa invisibilidade crônica, de informações e de gestão do problema, implica em decisões equivocadas, ou mesmo inexistentes, sobre os locais nos quais serão realizadas, ou não, as intervenções necessárias. Esse processo de negligenciamento da leptospirose, que a ausência de uma política pública de saúde para o enfrentamento concreto de tal problema, é uma opção por não investir em uma doença que afeta um grupo social específico e historicamente invisibilizado em sua existência: negro, pobre e periférico. Todo este arcabouço de ideias e percepções descreve o processo de negligência quanto à leptospirose, em que a inserção transversal da Informação se faz ausente e que se expressa através do “Círculo Vicioso da Leptospirose no Brasil” (RODRIGUES, 2016; MARTINS; SPINK, 2020a).

A pesquisa de Martins e Spink (2020b), demonstra que a posição ocupada por pessoas na rede de atenção à saúde, em relação aos seus posicionamentos hierárquicos, pode influenciar no modo como atribuem responsabilidade e causalidade a um problema de saúde, principalmente no que se refere à leptospirose urbana. Tais atribuições podem ter implicações concretas nos processos de gestão e na definição das medidas a serem adotadas para o controle das doenças.

Nesse tocante, destacamos, o papel que a comunidade acadêmica e as agências de fomento à pesquisa têm ao mudar o paradigma e o favoritismo por “tópicos quentes”, e alocar recursos com bases as necessidades reais e amplas na relação saúde-doença-cuidado. A

leptospirose não é considerada um campo empolgante e, conseqüentemente, a pesquisa sobre leptospirose sofre uma grande falta de recursos a nível mundial. Identificar, entender e publicar as informações sobre a carga global da doença, para que assim, mais recursos seja direcionado para o desenvolvimento de novas pesquisas, pensando nas estratégias de intervenção, pode evitar o círculo vicioso de negligência em que a leptospirose atualmente se encontra (GOARANT et al., 2019; RODRIGUES, 2016).

No artigo de Bardosh (2014), a autora aponta, a partir do diálogo com outros estudos, que principalmente na América Latina, o controle das DTN pode criar sinergias e programas colaborativos com outros setores para abordagens em relação os determinantes sociais da saúde, incluindo educação, habitação, água e saneamento, obras públicas, entre outros setores e serviços. O artigo de Shahvisi (2019) chama à atenção para que mais esforços combinados devem ser feitos para garantir que as discussões sobre a carga das doenças negligenciadas sejam devidamente historicizada e contextualizada. Para tal, alunos, mesmo em cenários puramente biomédicos, deve ser oferecido uma compreensão dos discursos no qual os contextos das doenças perpassam, tendo em vista a eliminação da sensação de inevitabilidade que atravessa os discursos sobre as doenças negligenciadas. E isso, significa ensinar e aprender sobre a história do colonialismo e dos determinantes sociais da saúde global.

Outra questão, entretanto, apesar de existir financiamento para as pesquisas relacionadas às doenças negligenciadas, o conhecimento já produzido não é revertido para avanços na área de terapêutica (BRASIL, 2010; RODRIGUES, 2016). Nesta situação, o Drugs for Neglected Diseases initiative (DNDi) – A Iniciativa Medicamentos para Doenças Negligenciadas situada em algumas regiões do mundo, incluindo América Latina, é uma organização sem fins lucrativos de pesquisa e desenvolvimento de tratamentos para doenças negligenciadas, em particular a doença de Chagas, as leishmanioses, a doença do sono, o HIV pediátrico, a Hepatite C, as filarioses e Micetoma; que apesar da potente iniciativa não inclui a leptospirose em seu leque de doenças negligenciadas. Tal organização em dos seus relatórios anuais (2008-2009) afirma que existem diversos estudos científicos que tratam da biologia, imunologia e genética dos microrganismos e parasitas causadoras doenças negligenciadas, mas que não conseguem ser revertidos em novas ferramentas terapêuticas para as pessoas afetadas. Portanto, tais doenças têm sido progressivamente marginalizadas pelos programas de pesquisa tanto do setor público quanto do privado (DNDi, 2009).

É notório que as lacunas nos processos formativos, com a ausência da incorporação da temática sobre a leptospirose urbana, também, se apresentam no fazer do ACS em seu

cotidiano profissional. O ACS é aquele que, por requisito básico, possui apenas o ensino médio e, por conseguinte, um conhecimento similar ao da população em geral. No decorrer da sua atuação profissional tem acesso, somente, a algumas palestras que os possibilita aprender sobre questões de saúde, todavia tais ofertas e formatos tem limitações e persistem com omissões de temáticas e assuntos que perfazem a realidade de moradia e trabalho desses profissionais de saúde. Diante do seu papel central, principalmente no que tange a identificação das necessidades de saúde das populações locais, em particular dos grupos mais vulneráveis desses territórios, dedico um capítulo (o próximo) para uma melhor compreensão dessa vivência paradoxal de atuação que os ACS estão.

5.4 “[...] por que além da gente ser morador, a gente é profissional de saúde”. O lugar híbrido dos agentes comunitários de saúde: entre o invisível e o essencial

Como já foi abordado aqui nesta dissertação, dentro da Atenção Primária à Saúde (APS), as primeiras experiências no Brasil começaram a partir da década de 80, com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) na região norte e nordeste, com a proposta de expansão da cobertura dos serviços para as áreas mais vulneráveis socialmente. Segundo Silva e Dalmaso (2002), os agentes comunitários de saúde pública (ACS) exercem o papel de atores políticos no cenário da assistência à saúde e de sua organização. Estes, por sua vez, são escolhidos com o critério de morar na comunidade onde irão trabalhar, pois necessitam conhecer as necessidades básicas da população local (BRASIL, 2001).

No documento oficial do Ministério da Saúde sobre o PACS, Brasil (2001, p. 5-6) ainda estipula qual seria o papel do ACS, com algumas possibilidades de configuração das atividades a serem desenvolvidas por tais profissionais no território, dentre elas destaco essas três: “Visitar no mínimo uma vez por mês cada família da sua comunidade. Identificar situação de risco e encaminhar aos setores responsáveis (...) Orientar a família sobre prevenção e cuidados em situação de endemias” (BRASIL, 2001, p. 5-6).

Ainda, de acordo com Silva e Dalmaso (2002), o ACS é um sujeito que viabiliza a política de saúde, pensando a saúde em sua concepção ampliada, e na busca constante de prover assistência na vida comunitária, assim, deslocando o cuidado para o território. Nesse diálogo, para Medcalf e Nunes (2018, p. 403), o contexto atual para o papel dos ACS é:

Hoje em dia, ACS é o nome comumente dado a trabalhadores próximos da comunidade sem nenhum treinamento médico especializado que tradicionalmente atuam como elos entre médicos, enfermeiras e grupos remotos ou de difícil acesso. Eles podem se especializar em uma tarefa ou desempenhar uma diversidade de funções, que comumente envolvem identificar as necessidades de saúde das populações locais, particularmente de grupos negligenciados [...].

O papel dos ACS é de fazer o elo entre o sistema de saúde e seus usuários, principalmente de grupos marginalizados e vulneráveis. Mas, ao mesmo tempo, é um segmento da força de trabalho em saúde amplamente invisível nas discussões e tomadas de decisões nas políticas de saúde. E esses profissionais acumulam em sua trajetória uma história marcada pela precarização de vínculos e fragilidade em seus processos formativos (NUNES; LOTTA, 2019; REZENDE et al., 2020)

Nesse tocante, Ramírez (2011) traz a reflexão sobre a questão da posição do ACS como um leigo ou um perito. Conforme Silva e Dalmaso (2002), existe uma ambivalência na posição do ACS, pois este grupo se diferencia tanto da população quanto da equipe de profissionais de saúde, que compõe a unidade de atendimento, o ACS é aquele que possui apenas o ensino médio e, por consequência, um conhecimento similar ao da população que é destinado os serviços e cuidados. No processo de trabalho, o ACS tem acesso a algumas palestras e está propenso a aprender sobre questões de saúde, no entanto, há limitações nesse contexto. Ainda segundo Ramírez (2011), é preciso a ressalva e reflexões, de acordo as contribuições de Giddens, Beck e Lash (1997)²⁰, que ‘especialista’ e ‘leigo’ têm de ser entendidos como termos contextualmente relativos, pois, há muitos tipos de especializações, e o que conta nesse embate (a partir do encontro do especialista com o leigo), em suma, é torna alguém uma ‘autoridade’ em relação ao outro (RAMÍREZ, 2011).

Ainda nesse diálogo com o estudo de Ramírez (2011), a autora aponta que provavelmente a população veja o ACS como alguém que pode e tem condições de ajudá-la e que há uma relação de confiança da população (do leigo) perante o ACS que se põe no *status* de perito. Mas nessa situação e posição de ambivalência, entende-se que o ACS ora é perito, ora é leigo. Perito diante da população pelo cargo e status que ocupa, e leigo porque possui conhecimento similar ao da população (RAMÍREZ, 2011).

²⁰ Referência utilizada por RAMÍREZ (2001) para diálogo com as ideias acerca da questão dos ACS serem “leigos” e/ou “especialista”: GIDDENS, A., BECK, U. e LASH, S. **Modernização Reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna**. Tradução de Magda Lopes. São Paulo: Editora UNESP, 1997.

Outro desafio nesse contexto é o fato de ser o ACS um membro da própria comunidade (no papel híbrido entre ser morador e profissional que desempenha suas funções na própria comunidade), “torna as fronteiras entre ele e os outros habitantes muito mais porosas, criando expectativas e julgamentos específicos e definindo posições e papéis muito particulares” (NUNES et al., 2002, p. 1644). Em um dos relatos do ACS que participou do grupo focal (como uma das ferramentas de coleta de dados para esta dissertação), fica nítida tal questão:

[...] para mim trabalhar no alto do cabrito é contraditório, porque além da gente ser morador, a gente é profissional de saúde. Então a gente fica numa vertente difícil, porque a gente precisa fazer a política de saúde, que é ruim...é péssimo, e a gente é morador, então a gente tem que ter o olhar diferenciado, quem é o vizinho, o amigo, é a pessoa que lhe viu pequena; e, assim, você fica meio pouco perdida e as vezes desmotivada.... (USFAC 20 ACS).

Nesse diálogo, o estudo de Nunes et al. (2002) mostra que para o ACS ao comparar sua posição hierárquica na comunidade há um sentimento de orgulho a partir dessa sensação que o diferencia do grupo populacional em termos de grau de conhecimento. Ainda nesse bojo, os autores, demonstram que há o movimento bidirecional dos agentes, de um lado eles informam a população sobre os “modos de fazer” estabelecidos pelo sistema de saúde, e do outro lado e ao mesmo tempo disponibilizam para os profissionais de saúde elementos chaves para a compreensão dos problemas de saúde das famílias, das necessidades da população e informações sobre o contexto sócio ambiental do território (NUNES et al., 2002). Nunes e Lotta (2019) trazem que pelos ACS serem da mesma comunidade onde trabalham, significa que eles experimentam, também, as vulnerabilidades de saúde e sociais, econômicas e geográficas, a que eles são também responsáveis a encaminhar para o sistema de saúde responder.

Nessa questão, foi muito predominante durante a realização do grupo focal, a exposição de relatos sobre as dificuldades encontradas pelos ACS no desenvolvimento de suas atividades frente às diversas dificuldades, limitações e não valorização pelos órgãos públicos de saúde:

[...] endossando a questão do nosso trabalho como a gente comunitário, que é muito importante, não só porque eu sou a gente comunitário, mas também eu sou morador, né, nosso trabalho é um trabalho muito bom, muito proveitoso, muito enriquecedor, mas que infelizmente, os órgãos públicos, os

governantes eles não valorizam, eles não dão suporte e isso enfraquece, porque nem tudo depende de nós. [...] (USFAC 22 ACS).

O que eu sinto da comunidade do Alto do Cabrito com relação (...) eles cobram muito, e diz que não pode fazer nada; então eles vêm em cima da gente, mas já com outra cobrança, então eu acho que eles deveriam, para tudo isso aí que falou: saúde, lixo, ... eles procurar os órgãos, a gente não vê aqui eles fazendo manifestação nenhuma, muitas vezes eles brigam com a gente, maltrata a gente na casa, mas quando chega aqui com o médico é outro impacto [...] (USFAC 15 ACS).

Diante dessa questão é preciso destacar que foi notório, de acordo os relatos expostos pelos ACS, que há um desconhecimento ou uma confusão sobre a compreensão, de todos os atores envolvidos nesse contexto (profissionais de saúde, gestão e população), de quais são os verdadeiros papéis que os mesmos desenvolvem, e quais tem potência a desenvolver, ainda, a partir do incentivo e garantia de recursos financeiros, intelectuais e estruturais, por todas as esferas de gestão da saúde, e pelos os outros atores que compõem as possibilidades de ações intersetoriais.

Nesse sentido, o artigo de Medcalf e Nunes (2018), também, aborda a reflexão que há uma relativa negligência da história dos programas de ACS (pelo mundo) na literatura acadêmica, no geral as produções sobre os ACS se limita a exemplos contemporâneos e à avaliação do passado mais recente. Os autores endossam que essa lacuna é importante porque, apesar dos ACS serem altamente visíveis para as comunidades que servem, tendo muitas vezes funções essenciais, que se não fosse a presença dos mesmos, tais funções não aconteceriam, eles são paradoxalmente um “quadro invisível” para todos os níveis de política, estratégia e financiamento, sendo importante legitimar sua história para se ter elementos de valorização da sua presença no presente.

Outro ponto que é preciso atenção é a despeito o processo de formação que são ofertados para os ACS. Dentre as responsabilidades que cabe ao Ministério da Saúde para com o PACS, o mesmo deve “[...] disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos facilitadores ao processo de capacitação e educação permanente dos ACS e dos enfermeiros, instrutores/supervisores” (BRASIL, 2001, p. 12). Apesar de o Ministério da Saúde designar tal proposta de assessoramento no processo de construção do saber do ACS estes têm certas limitações em suas atuações. No estudo de Tomaz (2002), o autor faz uma crítica sobre as atribuições feitas aos ACS e suas possibilidades ao declarar que o processo de qualificação do ACS ainda é desestruturado, fragmentado, e, na maioria das vezes, insuficiente para

desenvolver as novas competências necessárias para o adequado desempenho de seu papel. Nesse contexto há uma ansiedade quando o ACS compara seu conhecimento com o de outros profissionais da equipe de trabalho (principalmente, enfermeiro e médico). Essa situação conduz a uma insatisfação quanto à insuficiência e irregularidade de conhecimento que recebe (RAMÍREZ, 2011).

Nunes e Lotta (2019) abordam que os ACS são os profissionais de saúde menos profissionalizados da APS, e que tal situação é agravada pela insuficiência de treinamentos, e quando há, tais processos formativos são fragmentados e desigual no contexto do país, com foco em intervenções específicas ou em resposta a alguma crise já em curso. Já o estudo de Rezende et al. (2020), os participantes que foram entrevistados (gerentes de USF e UBS) destacaram a importância dos ACS possuírem conhecimentos sobre as doenças negligenciadas, pois consideram atuação dos mesmos junto à comunidade enquanto mediadores, como um potencial na APS, principalmente o que tange o âmbito das doenças negligenciadas, especialmente as zoonoses.

E no caso deste trabalho, identifica-se que há uma ausência de informações, e a necessidade de direcionamento de mais informações, sobre a leptospirose urbana, para os ACS. Todos os ACS que participaram do grupo focal afirmaram categoricamente que nunca tiveram uma palestra, curso, aula ou qualquer outra forma de capacitação ou educação continuada sobre a leptospirose, mesmo tendo em torno de quinze anos de atuação naquele território. Esse fato acarreta em um despreparo na identificação de áreas de risco da doença, na identificação de situações de risco e no encaminhamento de pessoas em caso de suspeita da doença (não identificação de sinais e sintomas), o que contribui diretamente para o círculo vicioso da negligência para leptospirose (RODRIGUES, 2016). As declarações a seguir demonstram essa lacuna:

[..] ou você tem curiosidade e tem um caso ou outro na área que lhe chama atenção e você vem bater naquela porta que abre e lhe dar orientação e você volta e multiplica essa orientação [...] eles estão focados, a gestão atual, está focado nos programas e na mídia; então agora é um tal de novembro amarelo, novembro negro, dezembro vermelho, aí a gente tá nesse foco, mais para parte da mídia, mas a orientação em si, a educação permanente, a gente não tá tendo, eles querem fazer campanha, eles querem aumentar os números. (USFAC 20 ACS).

[...] por ter algumas pessoas justamente que fala isso “tá com febre” a gente suspeita, aí eu mesmo pergunto a meu enfermeiro se pode ser leptospirose aí ele fala quais são os sintomas: é dor na panturrilha, olhos

amarelados... aí fala os sintomas, né, e também pela curiosidade a gente vai pra internet. (USFAC 16 ACS).

Tal situação corrobora diretamente com os achados da pesquisa de Ramírez (2011), que em uma comunidade da cidade de Joinville/SC, também identificou que falta mais informações sobre a zoonose leptospirose para os ACS, sendo a fonte de conhecimento acerca da leptospirose para a população quanto os ACS a televisão, o rádio e os panfletos recebidos no posto de saúde. Outro aspecto importante, no trabalho de Ramírez (2011), foi ter identificado que os ACS possuem mais informações sobre a dengue do que a respeito de outra doença infecciosa, por exemplo, a leptospirose. Foi observado que na época da pesquisa havia sido realizado, na cidade de Joinville/SC, um trabalho direcionado com os ACS para a prevenção da dengue, com palestras e acompanhamento de trabalho educativo em campo.

Uma questão importante a se ponderar nesta questão, é que diante todos os desafios supracitados no exercício profissional dos ACS, não há possibilidade do princípio “participativo” dos mesmos junto com os outros equipamentos de cuidado e gestão que compõem a APS, já que eles transmitem o que o sistema ordena e veicula como demandas prioritárias, mas o próprio sistema não se retroalimenta do que eles “sabem” e “vivenciam” na prática cotidiana de atuação junto com a comunidade. Outra questão é que por serem moradores da comunidade eles mesmos, às vezes, não reconhecem as situações de vulnerabilidade ambiental em que estão inseridos.

Nesse sentido, é preciso a reflexão e o entendimento ampliado que o treinamento desses agentes deve muni-los de conhecimentos diversos em torno da questão do processo de saúde-doença-cuidado, ambiente e questões sócio-históricas, incorporando, além da perspectiva biomédica, outros saberes que o habilitem nesse processo de interação cotidiana com as famílias, o território, as diversas histórias locais que contribuem no reconhecimento das reais necessidades (NUNES et al., 2002). Segundo Barata (2009, p. 89), “os profissionais de saúde precisam estar adequadamente habilitados para garantir a qualidade técnica e humana do atendimento, e os serviços precisam estar organizados para responder às necessidades de saúde”.

Ainda sobre essa questão, a seção *Comment*, da revista *The Lancet*, de 10 de julho de 2020, produzida por Lotta et al., traz a reflexão a respeito da situação da negligência com que os ACS estão sendo tratados durante a pandemia da Covid-19. O texto ressalta que as agressões e a falta de orientação e de equipamentos de proteção individual (EPIs) tornam difícil a atuação efetiva dos agentes. O texto, também, afirma que existem mais de 286.000

ACS no Brasil, e o trabalho dos mesmos são a base do SUS, pois eles fornecem cuidados básicos de saúde em seu território e estabelecem uma relação de confiança entre as comunidades e o sistema de saúde. Seu processo valorativo decorre de seu conhecimento local e diário em contato com as famílias e com o território. E esta proximidade com esses atores sociais é vital para a vigilância de surtos no nível do solo e comunicação de risco (LOTTA et al., 2020).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desta dissertação buscamos discutir sobre como as condições do território do Alto do Cabrito (bairro da cidade de Salvador/BA), as percepções (e sua relação com os processos formativos) e o modo de atuação das equipes da USFAC, sendo um dos equipamentos da APS no local, refletem com o processo de produção de negligência frente à leptospirose urbana, reforçando a constatação, já descrita na literatura, que a mesma é uma doença negligenciada em um ciclo vicioso, tendo em vista que as doenças negligenciadas são, por si só, consequências de um processo estrutural de desenvolvimento desigual que determina populações pobres e marginalizadas a um mecanismo que perpetua sua condição de dependência.

O impacto dessa doença é difícil de quantificar devido ao subdiagnóstico, subnotificação, sobreposição na apresentação clínica de doenças febris indiferenciadas, morbidades diversas e à falta de instalações laboratoriais mais acessíveis e necessárias ao diagnóstico da fase aguda da doença. Muito pouco se sabe sobre a verdadeira incidência de leptospirose nos territórios brasileiros. Embora lacunas notáveis nas ferramentas de controle, principalmente do seu principal vetor que é o rato, e tratamento façam parte ainda do contexto atual, tem de se considerar que há opções de controle efetivo e isso inclui melhorias em habitação, saneamento, controle de vetores, detecção precoce e tratamento de casos ativos, monitoramento do reservatório animal e modificações ambientais.

Os debates atuais revelam que, apesar das narrativas de políticas centradas nos efeitos indutores da pobreza nas doenças negligenciadas, há pouca pesquisa promovida ou realizada, sobre como o contexto de pobreza e marginalização influencia a eficácia e o resultado dos programas de controle, eliminação e erradicação de tais doenças. As doenças da pobreza são, por definição, tanto propulsoras quanto manifestações da própria pobreza (BARDOSH, 2014). Eles refletem não apenas fatores de risco individuais ou populações suscetíveis a sofrer um agravo, mas maiores desigualdades estruturais no quesito habitação, no acesso à serviços de saúde, infraestrutura, segurança alimentar, educação, voz política, e um sistema multifacetado, com base no liberalismo econômico, que impulsionam a pobreza e mantêm a exclusão social e econômica. É preciso considerar os processos presentes na produção social da vulnerabilidade enquanto fenômeno social e histórico em contextos de forte desigualdade e injustiça socioambiental, que é o caso das favelas (ACSELRAD, 2013; SPINK, 2018).

Retomando o que traz Cunha et al. (2015) no seu estudo, são territórios marcados como “zonas de sacrifício”, marcado pela moradia precária e falta de saneamento básico, que contribuem e agravam os efeitos das inundações e transformam o morar em fontes permanentes de exposição a riscos e agravos, como a leptospirose urbana. Ou seja, situações extremas que são invisibilizadas e naturalizadas, dentro da realidade das favelas. Esse contexto de pobreza demonstra como as intervenções para tal doença são (ou não) pensadas, implementadas, bem como, as formas particulares em que as possibilidades de controle são adotadas e usadas (ou não usadas) pelo sistema de saúde e demais setores fomentadores de políticas públicas no país. Em suma, os mesmos fatores indutores da pobreza que impulsionam a transmissão da doença também se apresentam como desafios específicos do contexto para seu controle.

Nesse contexto é preciso ressaltar que as unidades de saúde, seja do tipo básica ou da estratégia de saúde da família, continuam a ser mediadores da linha de frente e essenciais entre as comunidades e as doenças negligenciadas, entre elas a leptospirose urbana. Portanto, examinar suas necessidades, capacidades e contextos devem fazer parte de um componente integral de qualquer política abrangente de controle e erradicação das doenças negligenciadas, como é caso da leptospirose urbana. Entretanto, é nesse setor da saúde propriamente dito, a APS, onde há maiores dificuldades efetiva implantação e desenvolvimento das ações inerentes as estratégias de cuidado na intrínseca relação saúde e ambiente. Porém, há várias razões que contribuem para tal desfecho, entre elas, o baixo aporte de recursos financeiros destinados a esse nível de atenção (acentuada no contexto atual pelas políticas de austeridade, que inclui o congelamento de gastos públicos em saúde imposto pela Emenda Constitucional 95/2016), além dos aspectos instrumentais e humanos em quantidade e qualidade insuficientes para as atividades requeridas. Diante disso, os programas, as políticas operam onde os recursos humanos, sistemas de informação, medicamentos essenciais, infraestrutura e suprimentos básicos são frequentemente limitados (BARDOSH, 2014).

O não compartilhamento e as lacunas de informações e possibilidades de comunicação sobre o problema em sua completude (profundidade), ausências de incentivos para pesquisas em seu contexto sociopolítico mais amplo, e os gargalos potenciais nas redes de prestação de serviços, claramente requerem mais atenção, pois contribuem diretamente para o processo e manutenção da negligência da leptospirose urbana em todos os níveis de assistência, e principalmente na APS. É necessário um aprofundamento no campo dos estudos sobre essa

inter relação entre risco, vulnerabilidade e a produção da negligência, e suas principais consequências que são a invisibilidade e naturalização do problema.

O conhecimento biológico e o tratamento exclusivamente biomédico não são suficientes para entender e elucidar o problema. As medidas de controle para a leptospirose devem considerar todos os determinantes e condicionantes na produção da doença, com a compreensão da multiplicidade dos determinantes sociais, econômicos, ambientais e culturais envolvidos em cada contexto que o problema está presente. E nesse caso, toda análise sobre o processo saúde-doença-cuidado que vise promover ou induzir intervenções efetivas é necessária, além do aprofundamento na compreensão do processo histórico e a conjuntura determinada para tal (OLIVEIRA, GUIMARÃES, MEDEIROS, 2009; VASCONCELOS, KOVALESKI; TESSER JUNIOR, 2016). A leptospirose é apenas um dos problemas entre muitos enfrentando pelas populações marginalizadas (OLIVEIRA; GUIMARÃES; MEDEIROS, 2009). O processo de negligenciamento faz com que a leptospirose urbana persista nos territórios e entre os grupos sociais marginalizados, refletindo a ausência sistemática de políticas públicas de moradia, ambiental, de saúde e de educação para as classes mais vulnerabilizadas na história do país, sendo uma das expressões das desigualdades sócio espaciais em nossa sociedade.

Mudanças mais amplas no sistema econômico, político e nas organizações sociais são necessárias como pré-requisitos para o controle eficaz e de longo prazo da doença. Criar programas colaborativos e interdisciplinares com outros setores para abordar os determinantes e condicionantes sociais da saúde, incluindo educação, habitação, saneamento, obras públicas, entre outros fatores e setores. Caso contrário, as narrativas de políticas globais e generalistas continuarão a replicar a desigualdade e os discursos coloniais do “outro”, objetivando as pessoas que são afetadas pelo problema. Há um foco estreito, restrito e tênue entre a presença do vetor (o rato) e o patógeno, negligenciando as perspectivas sociais que são inerentes a esse problema de saúde.

Compreender os padrões de subsistência, comportamento de busca de saúde, conhecimentos local e outros processos sociais em jogo entre a população afetada pela leptospirose pode ajudar a adaptar programas e ações para o controle da doença na comunidade. Dá maior alcance às vozes locais, principalmente aos agentes comunitários de saúde, que são moradores e profissionais de intermediação das questões da comunidade e o sistema de saúde, se faz necessário e urgente. Entender o local no contexto e como processo para tomadas de decisões e aplicação de estratégias de soluções. E é importante abandonar a

interpretação simplista, de que as ações de prevenção do agravo é principalmente sobre "falta de consciência" e refletir mais sobre as invisibilidades de dados populacionais, manifestações clínico-diagnósticas que contribuem para que a leptospirose urbana permaneça no círculo vicioso da negligência em saúde, bem como, a invisibilidade e negligenciamento das pessoas por ela afetadas.

Considera-se, também, ressaltar que abordagens mais amplas integrais para detecção do diagnóstico precoce são necessárias e urgentes, e devem fazer parte da APS, para que ocorra ações que promovam a redução da letalidade observada no país. Uma melhor infraestrutura de habitação (que envolve uma rede de saneamento adequada), a educação, a informação e a comunicação são os pilares fundamentais para minimizar os múltiplos danos inerentes ao problema leptospirose urbana. E isto implica em mudanças das percepções, práticas e valores sociais de todos os atores envolvidos. Para tal, é preciso, também, que a população afetada diretamente pelo problema faça parte como sujeitos, capaz de visualizar, questionar e mobilizar ações frente a falta de iniciativa do Estado para implementar políticas públicas mais efetivas e menos geradoras de segregação e danos sócios ambientais.

Buscar caminhos de compreensão como se expressa o processo de negligência da leptospirose na APS, a partir dos significados atribuídos pelos profissionais de saúde em suas estruturas linguísticas, é sair e extrapolar as definições legais e morais do termo negligência, para além da falha passiva, descuido e omissão de dever; mesmo que o discurso normativo seja inevitável. Que o caminho das próximas ações e pesquisas sejam demonstrar e discutir as questões que cerne a identidade do negligenciado (sujeitos e espaços geográficos) e a natureza da negligência. Olhar para como a implementação e a inexistência de políticas públicas são interpeladas pelos julgamentos e decisões de rotinas e ações (ou não) desses agentes, no ténue e significativo arbítrio para ajustar tais políticas e conhecimentos (quando adquiridos) ao contexto local concomitante as restrições de recursos existentes, e com as demandas emergentes que são muitas. A atenção coletiva (das disciplinas, dos atores sociais, dos cidadãos) ao contexto é que vislumbra fazer a diferença, para então começarmos a desenhar as mudanças mais amplas e significativas para reduzir as desigualdades morais, sociais, políticas e econômicas que sustentam a estrutura de negligenciamento de grupos populacionais, territórios e histórias de colonialismos persistentes.

REFERÊNCIAS

- ACSELRAD, H. Ambientalização das lutas sociais – o caso do movimento por justiça ambiental. **Estud. av. [online]**. V. 24, n. 68, p. 103-119, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010340142010000100010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 abr. 2019.
- ACSELRAD, H. O conhecimento do ambiente e o ambiente do conhecimento: anotações sobre a conjuntura do debate sobre vulnerabilidade. **Em Pauta**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 32, p. 115-129, 2013. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/10158/8142>. Acesso em: 20 nov. 2020.
- ADDUM, F. M.; SERRA, C. G.; SESSA, K. S.; IZOTON, L. M.; SANTOS, T. B. Planejamento local, Saúde Ambiental e Estratégia Saúde da Família: uma análise do uso de ferramentas de gestão para a redução do risco de contaminação por enteroparasitoses no município de Venda Nova do Imigrante. **Physis [online]**. v. 21, n. 3, p. 955-978, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000300011>. Acesso em: 20 abr. 2019.
- ADLER, B.; DE LA PEÑA MOCTEZUMA, A. Leptospira and leptospirosis. **Veterinary microbiology**. v. 140, n. 3, p. 287-296, 2010.
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 783-835.
- ARAÚJO, W. N. de.; FINKMOORE, B.; RIBEIRO, G. S.; REIS, R. B.; FELZEMBURGH, R. D.; HAGAN, J. E.; ... COSTA, F. Knowledge, attitudes, and practices related to Leptospirosis among urban slum residents in Brazil. **The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene [online]**. v. 88, n. 2, p. 359-363, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.4269/ajtmh.2012.12-0245>. Acesso em: 20 abr. 2019.
- ARAÚJO, I. S.; MOREIRA, A. L.; AGUIAR, R. Doenças negligenciadas, comunicação negligenciada. Apontamentos para uma pauta política e de pesquisa. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 4 – Suplemento, fev., 2013.
- AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JÚNIOR, I.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas C. M. (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, desafios, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-38.
- AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JÚNIOR, I.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. de S.; MINAYO, M. C. de S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JUNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. de, (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

- BACKES, D. S.; COLOMÉ, J. S.; ERDMANN, R. H.; LUNARDI, V. L. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 438-442, 2011.
- BARATA, R. B. **Como e Por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. [Livro eletrônico]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 1583 Kb; epub. Disponível em: <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/desigualdades/epub/>. Acesso em: 18 dez. 2020.
- BARDOSH, K. Global aspirations, local realities: the role of social science research in controlling neglected tropical diseases. **Infect Dis Poverty [online]**. v.3, n. 35, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25320672/>. Acesso em: 20 nov. 2020.
- BAUER, M. W. Análise de conteúdo clássica: uma revisão Entrevistas individuais e grupais. *In*: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Observação e coleta de dados sensoriais: sons, imagens, sensações**. Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: Um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002, p. 189-217.
- BORGES, C. C. **Sentidos de saúde/doença produzidos em grupos numa comunidade alvo do Programa de Saúde da Família**. 2002. Dissertação (Mestrado). Departamento de Psicologia e Educação, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **PRT/G M/MS nº. 692, de 25 de março de 1994**, cria códigos e estabelece condições de cobrança para o Programa de Saúde da Família – PSF e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS. Brasília, DF: Diário Oficial, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. Secretaria Executiva – Brasília: Ministério da Saúde. 2001. 40p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2020
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Departamento de Gestão da Educação Permanente em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde. **Revista de Saúde Pública**. v. 44, n. 1, p. 200-202, feb. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000100023&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 abr. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Leptospirose: diagnóstico e manejo clínico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Agência Nacional de Águas (ANA). **Atlas esgotos: despoluição de bacias hidrográficas.** Agência Nacional de Águas, Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental. Brasília: ANA, 2017. 256p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 73 p.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Regional. Secretaria Nacional de Saneamento – SNS. **Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento: 24º Diagnóstico dos Serviços de Água e Esgotos – 2019.** Brasília: SNS/MDR, 2020. 183 p.

BUSBY, J.; DUCKETT, D. Social risk amplification as an attribution: the case of zoonotic disease outbreaks. **Journal of Risk Research**, v. 15, n. 9, 1049-1074, 2012. DOI: 10.1080/13669877.2012.670130.

CAMPOS, F. E.; BELISARIO, S. A. O Programa de Saúde da Família e os Desafios para a Formação Profissional e a Educação Continuada. **Interface. Comunicação, Saúde e Educação**, v. 5, p. 157-167, 2001.

CAMPOS, R. T. O.; FERRER, A. L.; GAMA, C. A. P. DA.; CAMPOS, G. W. S.; TRAPÉ, T. L.; DANTAS, D. V. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 252-264, oct. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042014000600252&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 nov. 2020.

CANTARELLI, L. C.; BELTRÃO, A. B.; ACIOLI, M. D.; LEMOS, R. S. DE; SIQUEIRA, J. O. A.; AMARAL, M. B. Problemas de saúde e necessidades em duas comunidades sob a visão dos profissionais da estratégia de saúde da família - Olinda-PE. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v. 6, n.12, p. 101630-101637, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/22089/0>. Acesso em: 20 dez. 2020.

CARRAPATO, J. F. L.; CASTANHEIRA, E. R. L. E PLACIDELI, N. Percepções dos profissionais de saúde da atenção primária sobre qualidade no processo de trabalho. **Saúde e Sociedade [online]**, v. 27, n. 2, pp. 518-530, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170012>. Acesso em: 10 jul. 2021.

CARVALHO, I. M. M.; PEREIRA, G. C. As “Cidades” de Salvador. In: CARVALHO, I. P. (Org.). **Como anda Salvador e sua Região Metropolitana**. Salvador: Edufba, 2008.

CARVALHO, M. E. S.; MENDONÇA, F. A. Desigualdades intraurbanas e condicionantes socioambientais: elementos para a delimitação de zonas de risco a ocorrência da Leptospirose. **Ateliê Geográfico - Goiânia-GO**, v. 12, n. 1, abr, p. 25-50, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ag.v12i1.45132>. Acesso em: 24 maio 2019.

CENSO DEMOGRÁFICO 2010. **Aglomerados subnormais – Primeiros resultados**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/english/estatistica/populacao/censo2010/aglomerados_subnormais/ag_s2010.pdf. Acesso em: 24 mai. 2019.

CIAMPONE, M. H. T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 53, n. especial, p. 143- 147, 2000.

CIPULLO, R. I.; DIAS, R. A. Associação de variáveis ambientais à ocorrência de leptospirose canina e humana na cidade de São Paulo. **Arquivo Brasileiro de Medicina Veterinária e Zootecnia**. Belo Horizonte, v. 64, n. 2, abr., p. 363-370, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-09352012000200016. Acesso em: 02 nov. 2017.

COSSON, J-F.; PICARDEAU, M.; MIELCAREK, M.; TATARD, C.; CHAVAL, Y.; SUPUTTAMONGKOL, Y.; et al. Epidemiology of Leptospira transmitted by rodents in Southeast Asia. **PLoS Neglected Tropical Diseases**, v. 8, n. 6, p. e2902, 2014. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0002902#abstract1>. Acesso em: 20 abr. 2019.

COSTA, E.; COSTA, Y. A.; LOPES, A. A.; SACRAMENTO, E.; BINA, J. C. Formas graves de leptospirose: aspectos clínicos, demográficos e ambientais. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 34, n. 3, p. 261-267, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003786822001000300006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 nov. 2017.

COSTA, F.; CARVALHO-PEREIRA, T.; BEGON, M.; RILEY, L.; CHILDS, J. Zoonotic and Vector-Borne Diseases in Urban Slums: Opportunities for Intervention. **Trends in Parasitology**, n. 33, v. 9, sep. p. 660-662, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pt.2017.05.010>. Acesso em: 24 mai. 2019.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa** (3ed). Porto Alegre: Artmed, 2010.

CUNHA, M. B.; PORTO, M. F. S.; PIVETTA, F.; ZANCAN, L.; FRANCISCO, M. S.; PINHEIRO, A. B.; SOUZA, F. M. E.; CALAZANS, R. O desastre no cotidiano da favela: reflexões a partir de três casos no Rio de Janeiro. **O social em questão**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 95-122, 2015. Disponível em: http://osocialemquestao.ser.pucrio.br/media/OSQ_33_3_Cunha_Porto_Pivetta.pdf. Acesso em: 20 out. 2020.

DECLARATION OF ALMA-ATA. International Conference on Primary Health Care, **Alma-Ata**. USSR, p. 6-12, sep, 1978. Disponível em:

https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf. Acesso em: 24 maio 2019.

DELGADO, J. P. M. Organização social do território e mobilidade urbana. In: CARVALHO, Inaiá M. M.; PEREIRA, Gilberto C. **Salvador transformações na ordem urbana**. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2014.

DI GIULIO, G. M.; PEREIRA, N. M.; FIGUEIREDO, B. R. de. O papel da mídia na construção social do risco: o caso Adrianópolis, no Vale do Ribeira. **História, Ciências, Saúde**. Mangueiras: Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 293-311, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459702008000200004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 nov. 2020.

DI GIULIO, G. M.; FIGUEIREDO, B. R.; FERREIRA, L. C.; ANJOS, J. Â. S. A. dos. Comunicação e governança do risco: a experiência Brasileira em áreas contaminadas por chumbo. **Ambiente soc.** [online]. v. 13, n. 2, p. 283-297, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414753X2010000200005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 nov. 2020.

DNDi. **Drugs for Neglected Disease initiative**. Disponível em <https://www.dndial.org/wp-content/uploads/2009/10/ar09.pdf?x96328>. Acesso em: 10 abr. 2020.

DURSKI, K. N.; JANCLOES, M.; CHOWDHARY, T.; BERTHERAT, E. A Global, Multi-Disciplinary, Multi-Sectorial Initiative to Combat Leptospirosis: Global Leptospirosis Environmental Action Network (GLEAN). **International journal of environmental research and public health**, v. 11, n. 6, p. 6000-6008, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4078561/>. Acesso em: 04 abr. 2019.

FERREIRA, J. S. W. O urbano no contexto do subdesenvolvimento. **Revista Cult.** [online]. Seção Política, 9 de maio de 2017. Disponível em: <https://revistacult.uol.com.br/home/o-urbano-no-contexto-do-subdesenvolvimento/>. Acesso em: 20 nov. 2020.

FLICK, Uwe. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Observação e coleta de dados sensoriais: sons, imagens, sensações**. Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: Um manual prático. Petrópolis: Vozes. 2002.

GEERTZ, C. **O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa**. Tradução de Vera Joscelyne – (Coleção Antropologia). Título Original: Local Knowledge. Petrópolis, RJ: Vozes, 14. ed. 2014.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**. v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun., 2006.

GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, E. M.; SCHENKMAN, S.; ALMEIDA, P. F.; SARDINHA, L. M. V.; VIEIRA, M. L. F. P. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. **Ciência Saúde Coletiva** [periódico na internet] (2020/Dez). Disponível em:

<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/cobertura-da-estrategia-sauddafamilia-no-brasil-o-que-nos-mostram-as-pesquisas-nacionais-de-saude-2013-e2019/17860>. Acesso em: 05 jan. 2021.

GOARANT, C.; PICARDEAU, M.; MORAND, S.; MCINTYRE, M. K. Leptospirosis under the bibliometrics radar: evidence for a vicious circle of neglect. **Electronic supplementary material**: The online version of this article contains supplementary material. Jun. v. 9, n. 1. 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6304173/>. Acesso em: 20 out. 2020.

GOMES, M.J.P. Gênero *Leptospira* spp. **FAVET UFRGS** [periódico na internet]. 2015. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/labacvet/files/G%C3%AAnero%20Leptospira%204-2013-1.pdf>. Acesso em: 03 set. 2020.

GONÇALVES, N.; ARAÚJO, E.; SOUSA JÚNIOR, A.; PEREIRA, W.; MIRANDA, C.; CAMPOS, P.; MATOS, M.; PALÁCIOS, V. Distribuição espaço-temporal da leptospirose e fatores de risco em Belém, Pará, Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**. v. 21, n. 12, p. 3947-3955, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232016001203947&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 abr. 2020.

GUIMARÃES, R.; CRUZ, O.; PARREIRA, V.; MAZOTO, M.; VIEIRA, J.; ASMUS, C. Análise temporal da relação entre leptospirose e ocorrência de inundações por chuvas no município do Rio de Janeiro, Brasil, 2007-2012. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p. 3683-3692, set. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232014000903683&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 abr. 2019.

HAGAN, J. E.; MORAGA, P.; COSTA, F.; CAPIAN, N.; RIBEIRO, S.; WUNDER, E. A.; FELZEMBURGH, R.D.; REIS, R. B.; NERY, N.; SANTANA, F. S.; FRAGA, D.; SANTOS, B. L.; SANTOS, A.C.; QUEIROZ, A.; TASSINARI, W.; CARVALHO, M. S.; REIS, M. G.; DIGGLE, P. J.; KO, A. I. Spatiotemporal Determinants of Urban Leptospirosis Transmission: Four-Year Prospective Cohort Study of Slum Residents in Brazil. **PLOS Neglected Tropical Diseases**. v. 10, n. 1, 2016. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0004275>. Acesso em: 20 abr. 2020.

HALLIDAY, J.; KNOBEL, D. L.; ALLAN, K. J.; DE C BRONSVOORT, B. M.; HANDEL, I.; AGWANDA, B.; CUTLER, S. J.; OLACK, B.; AHMED, A.; HARTSKEERL, R. A.; NJENGA, M. K.; CLEAVELAND, S.; BREIMAN, R. F. Urban leptospirosis in Africa: a cross-sectional survey of *Leptospira* infection in rodents in the Kibera urban settlement, Nairobi, Kenya. **The American journal of tropical medicine and hygiene**, v. 89, n. 6, p. 1095–1102, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.4269/ajtmh.13-0415>. Acesso em: 03 abr. 2018.

HARTSKEERL, R. A.; COLLARES-PEREIRA, M.; ELLIS, W. A. Emergence, control and re-emerging leptospirosis: dynamics of infection in the changing world. **Clinical Microbiology and Infection**, v. 17, n. 4, p. 494-501, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21414083/>. Acesso em: 03 abr. 2018.

HOTEZ, P.J.; FUJIWARA, R. T. Brazil's neglected tropical diseases: an overview and a report card. **Microbes and Infection**. v. 16, n. 8, p. 601-606, 2014. Disponível parcialmente em: <https://doi.org/10.1016/j.micinf.2014.07.006>. Acesso em: 20 abr. 2019.

IVO, A. B. L. **Viver por um fio: pobreza e política social**. São Paulo: Annablume, 2008. 256p.

KARPAGAM, K. B., GANESH, B. Leptospirosis: a neglected tropical zoonotic infection of public health importance-an updated review. **Eur J Clin Microbiol Infect Dis**. May, v. 39, n. 5, p. 835-846, 2020.

KHALIL, H.; SANTANA, R.; OLIVEIRA, D. S. DE; PALMA, F.; LUSTOSA, R.; EYRE, M. T.; TICIANA CARVALHO-PEREIRA, T.; REIS, G. M.; KO, A. I.; DIGGLE, P. J.; LOPEZ, Y. A.; BEGON, M.; COSTA, F. Poverty, sanitation, and Leptospira transmission pathways in residents from four Brazilian slums. **PLOS Neglected Tropical Diseases**. v. 15, n. 3, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0009256>. Acesso em: 15 abr. 2021.

KOWARICK, L. Sobre a vulnerabilidade socioeconômica e civil: Estados Unidos, França e Brasil. **Revista brasileira de ciências sociais** - [online], v. 18, n. 51, p.61-86. ISSN 1806-9053, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010269092003000100006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 out. 2020.

LAU, C.L.; SMYTHE, L.D.; CRAIG, S.B.; WEINSTEIN, P. Climate change, flooding, urbanization and leptospirosis: fuelling the fire? **Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**. v. 104 n. 10 p. 631–638, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.trstmh.2010.07.002>. Acesso em: 02 nov. 2017.

LEVETT, P. N. Leptospirosis. **Clinical Microbiology Reviews**. v.14, p. 296-326, 2001. Disponível em: <https://cmr.asm.org/content/14/2/296>. Acesso: 02 nov. 2017.

LOTTA, G.; WENHAM, C.; NUNES, J.; PIMENTA, D. N. Community health workers reveal COVID-19 disaster in Brazil. **The Lancet**. Publicado online. v. 396, Aug. 8, 2020. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31521-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31521-X).

MARANDOLA Jr, E.; HOGAN, D. J. Natural hazards: o estudo geográfico dos riscos e perigo. **Ambiente & Sociedade** [online], v. 7, n. 2, jul-dez. p. 95-109, 2004. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31770206>. Acesso em: 02 nov. 2017.

MARTINS, M. H. M.; SPINK, M. J. P. A leptospirose humana como doença duplamente negligenciada no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online], v. 25, n. 3, p. 919-928. Epub Mar 06, 2020a. ISSN 1678-4561. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232020000300919&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 out. 2020.

MARTINS, M. H. M.; SPINK, M. J. P. Discourse Analysis of the Attributions of Causality and Responsibility for the Occurrence of Leptospirosis. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 30, p. e3027, out., 2020b. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103863X2020000100503&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 dez. 2020.

MEDCALF, A.; NUNES, J. Visualizing Primary Health Care: World Health Organization of Community Health Workers, 1970-89. **Med Hist**. v. 62, n. 4, p. 401-424, Out. 2018. doi: 10.1017 / mdh.2018.40. PMID: 30191782; PMCID: PMC6158641. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6158641/>. Acesso em: 10 set. 2020.

MELLO, G. A.; BARCELLOS, FONTANELLA, B. J. B.; PIVA, M. M. Atenção básica e atenção primária à saúde - origens e diferenças conceituais. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.

MENDES, E. V.; MATOS, M. A. B. DE; EVANGELISTA, M. J. O.; BARRA, R. P. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2ª ed., 2019. 192 p.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2014.

MORAES, L. R. S.; SANTOS, M. E. P. dos; SAMPAIO, R. M. Indicadores da qualidade ambiental urbana: a experiência do Dique de Campinas em Salvador, Bahia. **Revista de Urbanismo e Arquitetura**. v. 7, n. 1, 2006. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/rua/article/view/3156>. Acesso em: 24 mai. 2019.

MOREL, C. M. Inovação em saúde e doenças negligenciadas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1522, ago. 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800001>. Acesso em: 20 de abr. 2019.

MOTA, C. S.; TRAD, L. A. B.; NUNES, J.; DIAS, A. L. A.; et al. O RACISMO E OUTROS MECANISMO DE PRODUÇÃO DA NEGLIGÊNCIA EM SAÚDE. *In: ANAIS DO 8º CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE, 2019*, João Pessoa. Anais eletrônicos. Campinas, Galoá, 2019. Disponível em: <https://proceedings.science/8o-cbcs/hs/papers/o-racismo-e-outros-mecanismo-de-producao-da-negligencia-em-saude>. Acesso em: 12 abr. 2020.

MOTA, C.; LOPEZ, Y. A.; ROUGEON, M.; TERRIBILI, J.; RIBEIRO, M. S. Expressões do racismo ambiental em dois territórios negros de Salvador, Bahia. *In: Vulnerabilidades na Saúde da População Negra: uma abordagem interdisciplinar e interseccional* [recurso eletrônico]; Organizadores: Leny Trad, Joilda Nery, Edna Araújo, Hilton P. da Silva e Alder Mourão. PROCAD-Amazônia: EDUFPA/EDUFBA. No Prelo.

NUNES, J. Ebola and the production of neglect in global health. **Third World Quarterly**, v. 37, n. 3, p. 542-556, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/01436597.2015.1124724>. Acesso em: 20 abr. 2019.

NUNES, J.; LOTTA, G. Discretion, power and the reproduction of inequality in health policy implementation: Practices, discursive styles and classifications of Brazil's community health workers. **Social Science & Medicine**, v. 242, 112551, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112551>. Acesso em: 10 jul. 2021.

NUNES, M. O.; TORRENTE, M. Entre etnografia e participação: compondo uma estratégia metodológica. In: NUNES, M. O.; LANDIM, F. L. (Org.). **Saúde Mental na Atenção Básica: Política e Cotidiano**. Salvador: EDUFBA, 2016.

NUNES, M. O.; TRAD, L. B.; ALMEIDA, B. A.; HOMEM, C. R.; MELO, M. C. I. C. Agente comunitário de saúde: personagem híbrido e polifônico. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, nov-dez, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2002000600018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 out. 2020.

OLIVEIRA, D. S. C.; GUIMARÃES, M. J. B.; MEDEIROS, Z. Modelo produtivo para Leptospirose. **Revista de Patologia Tropical**. v. 38, n. 1, p. 17-26, jan-mar, 2009.

OLIVEIRA, T. V. S. de; MARINHO, D. P.; COSTA NETO, C. e KLIGERMAN, D. C. Variáveis climáticas, condições de vida e saúde da população: a leptospirose no Município do Rio de Janeiro de 1996 a 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 6, p. 1569-1576, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012000600020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 abr. 2019.

OLIVEIRA, C. R.; COSTA, G. S., PAPLOSKI, I. A.; KIKUTI, M.; KASPER, A. M.; et al. Influenza-like illness in an urban community of Salvador, Brazil: incidence, seasonality and risk factors. **BMC Infectious Diseases**. v. 16, n. 125, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12879-016-1456-8>. Acesso em: 20 abr. 2019.

PAPPAS, G.; PAPADIMITRIOU, P.; SIOZOPOULOU, V.; CHRISTOU, L.; AKRITIDIS, N. The globalization of leptospirosis: worldwide incidence trends. **International Journal of Infectious Diseases**. v. 12, n. 4, p. 351-357, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2007.09.011>. Acesso em: 02 nov. 2017.

PAULA, E. V. Leptospirose Humana: uma análise climato-geográfica de sua manifestação no Brasil, Paraná e Curitiba. **Anais XII Simpósio Brasileiro de Sensoriamento Remoto**, Goiânia, Brasil, 16-21 abr., INPE, p. 2301-2308, 2005. Disponível em: <http://marte.sid.inpe.br/col/ltid.inpe.br/sbsr/2004/11.20.16.52/doc/2301.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2017.

PAULINO, V. C. P. **Processo de Educação Permanente no Cotidiano de uma Estratégia de Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2008.

PICARDEAU, M.; BERTHERAT, E.; JANCLOES, M.; SKOULLOUDIS, A.N.; DURSKI, K.; HARTSKEERL, R. A. Rapid tests for diagnosis of leptospirosis: current tools and emerging technologies. **Diagnostic microbiology and infectious disease**, v. 78, n. 1, p. 1-8, 2014.

PITOMBEIRA, D. F.; OLIVEIRA, L. C. de. Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1699-1708, May 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232020000501699&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 nov. 2020.

- PORTO, M. F. S. Complexidade, processos de vulnerabilização e justiça ambiental: um ensaio de epistemologia política. **Revista Crítica de Ciências Sociais** [Online], v. 93, 2011. Disponível em: <http://rccs.revues.org/133>. Acesso em: 20 abr. 2019.
- PORTO, M. F.; FINAMORE, R. Riscos, saúde e justiça ambiental: o protagonismo das populações atingidas na produção de conhecimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 6, p.1493–1501, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n6/v17n6a13.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2020.
- PRADO, A. L. Impacto, risco ou vulnerabilidade: uma discussão sobre instrumentos de análise urbano-ambiental. **Cadernos de Arquitetura e Urbanismo**, v.20, n.27, 2º sem, 2013.
- RAJEEV, S.; ILHA, M.; WOLDEMESKEL, M.; BERGHAUS, R. D.; PENCE, M. E. Detection of asymptomatic renal *Leptospira* infection in abattoir slaughtered cattle in southeastern Georgia, United States. **SAGE Open Med.** v. 2, p. 1-5, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/2050312114544696>. Acesso em: 20 abr. 2019.
- RAMALHO, D. Degradação ambiental urbana e pobreza: a percepção dos riscos. **Raízes – Revista de Ciências Sociais e Econômicas**. Campina Grande: UFPB, Ano XVIII, n.19, mai. p.16-30, 1999. Disponível em: http://revistas.ufcg.edu.br/raizes/artigos/Artigo_41.pdf. Acesso em: 02 nov. 2017.
- RAMÍREZ, G. P. L. **Construção social do risco de disseminação da leptospirose na cidade de Joinville-SC, Brasil**. 2011. Tese (doutorado). Doutorado em Geografia, área de concentração: desenvolvimento regional e urbano, do Programa de Pós-graduação em Geografia do CCFHC da UFSC. Florianópolis. 2011. 122 p.
- REIS, R. B., RIBEIRO, G. S., FELZEMBURGH, R. D. M., SANTANA, F. S., MOHR, S., et al. Impact of Environment and Social Gradient on *Leptospira* Infection in Urban Slums. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, v. 2, n. 4, p. e228, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0000228>. Acesso em: 10 out. 2020.
- REZENDE, C. N.; FERREIRA, R. A.; dos SANTOS, L. P.; NOGUEIRA, M. J. Perfil e condições de trabalho de agentes comunitários de saúde em município mineiro endêmico para doenças negligenciadas transmitidas por vetores. **Revista Saúde (Sta. Maria)**. v. 46, n.2, 2020.
- RIBEIRO, G. S. Subdiagnóstico aumenta o risco. **Estado de São Paulo [Internet]**. São Paulo, 23 ago., 2009. Disponível em <http://revistapesquisamedica.com.br/PORTAL/TEXTOS.ASP?CODIGO=11649>. Acesso em: 27 abr. 2019.
- RIGOTTO, R. M.; AUGUSTO, L. G. S. Saúde e ambiente no Brasil: desenvolvimento, território e iniquidade social. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23 Sup 4, p. S475-S501, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001600002>. Acesso em: 03 nov. 2017.
- RODRIGUES, C. M. **O círculo vicioso da Leptospirose: ampliando o conceito da negligência em saúde no Brasil**. 2016. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Comunicação e

Informação Científica e Tecnológico em Saúde, Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde. Rio de Janeiro, 2016. 117f.

RODRIGUES, C. M. Sobre leptospirose e informação: ampliando os conceitos de negligência em saúde. **ABCS Health Sciences**. V.42, n. 1., p.45-49, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.7322/abcshs.v42i1.949>. Acesso em: 20 abr. 2019.

RODRIGUES, E. B. Pandemia da covid-19 e território usado no contexto da crise da globalização neoliberal. *In: Reflexões geográficas em tempos de pandemia* [recurso eletrônico]/ Edir Augusto Dias Pereira et al.; Organizadores: Aiala Colares Oliveira Couto, Luiz Augusto Soares Mendes. – Ananindeua, PA: Itacaiúnas, 2020. 106 p. PDF; 1,5MB. Disponível em: <http://anpege.ggf.br/arquivos/publicacoes/7/04bb1fceff0a694c76a61c31f1678ae0.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2020.

SALVADOR, Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS SSA). Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão (DEPG). **Plano Municipal de Saúde do Salvador 2018-2021** / Secretaria Municipal da Saúde. Conteúdo: v.1 Plano Municipal de Saúde. v. 2 Distritos Sanitários. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2018. Aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde em 21.11.2018. 231 p.

SANTOS, M. **A urbanização brasileira**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1993. 157p.

SANTOS, M. **O país distorcido: o Brasil, a globalização e a cidadania**. In: RIBEIRO, W.C. (Org.). São Paulo: Publifolha, 2002. 221p.

SANTOS, C. S.; GOMES, A. M. T.; SOUZA, F. S.; MARQUES, S. C.; LOBO, M. P.; OLIVEIRA, D. C. de. Representações sociais de profissionais de saúde sobre doenças negligenciadas. **Escola Anna Nery [online]**. v. 21, n. 1, e20170016. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170016>. Acesso em: 10 jul. 2021.

SCHMIDT, R. A. C. A construção do conhecimento do indivíduo no processo de sensibilização-conscientização-ação sobre a hantavirose e a oportunidade para o controle e a prevenção de zoonoses emergentes: a experiência da hantavirose em Santa Catarina/Brasil. **Saúde e Sociedade [online]** v. 16, n. 3, pp. 111-124, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902007000300011>. Acesso em: 10 jul. 2021.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA (SESAB). **Caderno de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica (CAMAB)** - Coordenação de Avaliação e Apoio Matricial (COAM) da Diretoria da Atenção Básica (DAB). Bahia, 2020.

SEVALHO, G. O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. **Interface (Botucatu)** [online]. Botucatu, v. 22, n. 64, p. 177-188, Mar. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000100177&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 nov. 2020.

SHAHVISI, A. Tropicality and abjection: What do we really mean by “Neglected Tropical Diseases”? **Developing World Bioeth.** p. 1–11, 2019. DOI: 10.1111/dewb.12223.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 240 p.

SILVA, F. M. D. **Transformações urbanas no bairro de Marechal Rondon, Salvador - “vizinho é o parente mais próximo?”**. 2017. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Salvador, 2017. 129 f.

SILVA, A. M. da; SOUZA, F. O. de; POLEGATO, E. P. S.; TEIXEIRA, D. B.; GÍRIO, R. J. S. Panorama da leptospirose humana nas regiões brasileira durante o período de 2013 a 2017: casos confirmados, óbitos e coeficiente de letalidade. **Revista Unimar Ciências**. v.27, n.1-2, 2018. Disponível em: <http://ojs.unimar.br/index.php/ciencias/article/view/666/313>. Acesso em: 24 de mai. 2019.

SILVA, A. H.; FOSSÁ, M. I. T. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualit@s Revista Eletrônica** ISSN 1677 4280, v. 17, n. 1, 2015.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO – SINAN. 2012. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1562. Acesso em: 02 nov. 2017.

SOARES, A. M. C. Cidade revelada: pobreza urbana em Salvador-BA. **Revista Geografias**, p. 83–96, 2009. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/geografias/article/view/13265>. Acesso em: 20 nov. 2020.

SOARES, J. S.; ALENCAR, L. de.; CAVALCANTE, L. S.; ALENCAR, L. de. Impactos da urbanização desordenada na saúde pública: leptospirose e infraestrutura urbana. **POLÊMICA**, v. 13, fev., 2014. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/9632/7591>. Acesso em: 03 nov. 2017.

SOARES FILHO, A. M.; VASCONCELOS, C. H.; DIAS, A. C.; DE SOUZA, A. C.; MERCHAN-HAMANN, E.; DA SILVA, M. R. F. Atenção primária à saúde no Norte e Nordeste do Brasil: mapeando disparidades na distribuição de equipe. **Ciências Saúde Coletiva** [periódico na internet] (2020/Dez). Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/atencao-primaria-a-saude-no-norte-nordeste-do-brasil-mapeando-disparidades-na-distribuicao-de-equipes/17843>. Acesso em: 05 jan. 2021.

SOUZA, V. M.; ARSKY, M. L.; CASTRO, A.; ARAÚJO, W. N. Anos potenciais de vida perdidos e custos hospitalares da leptospirose no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p.1001-1008, Dec. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102011000600001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 abr. 2019.

SPERLING, S. Política Nacional de Atenção Básica? Consolidação do modelo de cuidado ou conciliação com o mercado de saúde? **Saúde em debate**. v. 42, n. spe 1, p. 341-345, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042018000500341&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 out. 2020.

SPINK, M. J. P. Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1277-1311, Dec. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000600002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 nov. 2020.

SPINK, M. J. P. **Viver em áreas de risco: reflexões sobre vulnerabilidades socioambientais**. São Paulo: EDUC: Terceiro Nome, 2018. 232p.

SPINK, M. J. P.; MEDRADO, B.; MELLO, R. P. Perigo, probabilidade e oportunidade: a linguagem dos riscos na mídia. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 151-164, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010279722002000100017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 nov. 2020.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

TAMBELLINI, A. T.; CÂMARA, V. M. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. **Ciências & Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, v.3, n.2, p.47-59, 1998. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81231998000200005>. Acesso em: 03 nov. 2017.

TASSINARI, W. S.; PELLEGRINI, D. C. P.; SABROZA, P. C.; CARVALHO, M. S. Distribuição espacial da leptospirose no Município do Rio de Janeiro, Brasil, ao longo dos anos de 1996-1999. **Caderno de Saúde Pública** [online], vol.20, n.6, p.1721-1729, 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000600031>. Acesso em: 03 nov. 2017.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 84-87, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832002000100008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 out. 2020.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S. O impacto sociocultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Caderno de Saúde Pública**, v. 14, n. 2, p. 429-435, abr./jun. 1998.

UN-HABITAT, 2016. **World Cities Report 2016: Urbanization and Development – Emerging Features**, United Nations Human Settlements Programme. Disponível em: <https://www.unhabitat.org/wp-content/uploads/2014/03/WCR-%20FullReport2016.pdf>. Acesso em: 24 mai. 2019.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 4 ed. São Paulo. Hucitec, 2008.

VASCONCELOS, C. H.; FONSECA, F. R.; LISE, M. L. Z.; ARSKY, M. L. N. S. Fatores ambientais e socioeconômicos relacionados à distribuição de casos de leptospirose no Estado de Pernambuco, Brasil, 2001–2009. **Caderno de Saúde Coletiva**, v. 20 n. 1, p. 49-56, 2012. Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_1/artigos/CSC_v20n1_49-56.pdf. Acesso em: 03 nov 2017.

VASCONCELOS, R. S.; KOVALESKI, D. F.; TESSER JUNIOR, Z. C. Doenças Negligenciadas: Revisão da Literatura Sobre as Intervenções Propostas. **Saúde & Transformação. Social**. ISSN 2178-7085, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 114-131, 2016.

VEYRET, Y (Org.). **Os riscos: o homem como agressor e vítima do meio ambiente**. [Tradutor Dilson Ferreira da Cruz]. São Paulo: Contexto, 2. ed., 1a reimpressão, 2019. 319p.

VIJAYACHARI, P.; SUGUNAN, A. P.; SHRIRAM, A. N. Leptospirosis: an emerging global public health problem. **Journal of biosciences**, v. 33, n. 4, p. 557-569, 2008.

VOLTOLINI, B.C, ANDRADE, S.R, PICCOLI, T, PEDEBÔS, L.A, ANDRADE, V. Reuniões da estratégia saúde da família: um dispositivo indispensável para o planejamento local. **Texto Contexto Enfermagem** [Internet], v. 28: e20170477, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0477>. Acesso em: 26 set. 2020.

XAVIER, F. G.; RIGHI, D. A.; SPINOSA, H. S. Toxicologia do praguicida aldicarb ("chumbinho"): aspectos gerais, clínicos e terapêuticos em cães e gatos. **Cienc. Rural**, Santa Maria, v. 37, n. 4, p. 1206-1211, Aug. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-84782007000400051>. Acesso em: 16 nov. 2020.

WOLFFENBÜTTEL, A. O que é? – Índice de Gini. **Revista Desafios do desenvolvimento** [revista de informações e debates do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA]. Ano 1. Edição 4, 2004. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&id=2048:catid=28#:~:text=O%20C%8Dndice%20de%20Gini%2C%20criado,apresentam%20de%20zero%20a%20cem.)). Acesso em: 03 abr. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **First WHO report on neglected tropical diseases: working to overcome the global impact of neglected tropical diseases**. Geneva: WHO; 2010. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44440/9789241564090_eng.pdf;jsessionid=B5AA046E386FC5BBFF115D3D82AE4391?sequence=1. Acesso em: 20 abr. 2019.

ZICKER, F. **Doenças tropicais negligenciadas: uma agenda inacabada** / Fabio Zicker, Priscila Costa Albuquerque, Bruna de Paula Fonseca e Fonseca. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2019. 45 p.

APÊNDICE 1 – Roteiro para observação participante

1. Observar quais profissionais de saúde que estão na posição de cuidador (a) na USF e na comunidade.
2. Como se apresentam as relações dos profissionais de saúde com as (os) gestoras (es) e outras (os) profissionais?
3. Como se apresentam as relações dos ACS entre eles mesmos?
4. Como se apresentam as relações dos agentes de endemias entre eles mesmos?
5. Como se apresentam as relações dos ACS e dos agentes de endemias com as (os) usuárias (os) na USF? E nas visitas domiciliares?
6. Quais responsabilidades são atribuídas aos ACS e aos agentes de endemias pelo serviço?
7. Quais demandas são levantadas aos ACS e aos agentes de endemias pela comunidade?
8. Quais aspectos estão envolvidos nas visitas domiciliares?
9. Como se apresentam as atividades de educação em saúde na unidade, comunidade e visitas domiciliares?
10. Como as características do território/comunidade facilitam e/ou dificultam o acesso as unidades, e as ações dos profissionais de saúde, ACS e agentes de endemias?

APÊNDICE 2 – Roteiro para o Grupo Focal

ROTEIRO DO GRUPO FOCAL

Público-Alvo: agentes comunitários em saúde que atuam na Unidade de Saúde da Família do bairro do Alto do Cabrito, Salvador – BA.

TEMA CENTRAL:

Percepções e práticas dos profissionais de saúde relacionadas a identificação, proteção/exposição à Leptospirose.

Subtema transversal: “percepção do território” (Como é trabalhar em Alto do Cabrito)

- Como é trabalhar em Alto do Cabrito?
- O que pensam sobre (não necessariamente precisa abordar todas as questões abaixo)
 - Educação
 - Saúde
 - Esgotamento Sanitário
 - Lazer
 - Percepção sobre lixo, abundância de rato, condições socioeconômicas das pessoas, violência...

1. Subtema: Percepções dos profissionais sobre o território (explorando questões da saúde e ambiente) e sua atuação:

- Problemáticas de saúde no território
- O conhecimento dos profissionais sobre o território
- Identificação da situação de saúde da população

2. Subtema: Conhecimentos e práticas sobre a leptospirose urbana.

- Se a leptospirose é um foco de atuação.
- Como se pega a “doença do rato” (leptospirose).
- Vocês têm medo de pegar a “doença do rato” (leptospirose)?

- Principais orientações as pessoas da comunidade que são dadas por vocês sobre a questão da leptospirose urbana.
- Realizam alguma prática de prevenção a leptospirose no território?
- Ações intersetoriais: aprofundar se existe algum trabalho em conjunto com CZZ ou outras.
- Como se sentem com a presença de ratos na comunidade?
- Vocês acham que as coisas pioraram ou melhoraram em relação à leptospirose ao longo do tempo? Por quê?

3. Subtema: Formação em saúde

- Onde e como foi adquirido o conhecimento sobre leptospirose
- Tem acesso à processo de formação em saúde Educação permanente ofertados pelos órgãos de gestão da saúde (secretaria municipal, estadual e\ou federal)
- De que maneira adquiriu esse conhecimento?
- Vocês conhecem alguém que já teve a doença? Em caso afirmativo, como foi?

APÊNDICE 3 – Roteiro para as Entrevista Semiestruturada

Local da entrevista:

Data ___/___/___ Início: _____h Término: _____h
Entrevista nº: _____

Identificação e Dados Sociodemográficos:

Idade: Raça/cor: Estado civil:

Tem filhas (os): Quantos:

Escolaridade: Ocupações:

Renda familiar: Recebe algum benefício:

Bairro que reside: Com quantas pessoas mora:

Quem são as pessoas com que mora:

Entrevista:

- Me fala como é o seu cotidiano de atividades em relação ao trabalho aqui na USFAC.
- Me conta sobre o seu cotidiano de trabalho aqui na comunidade como profissional de saúde.
- Para você o que é a leptospirose urbana?
- Como a questão da leptospirose urbana aparece na sua vida profissional/pessoal?
- Durante a graduação o tema/assunto leptospirose urbana foi citado/trabalhado?
- Me conta como são as atividades de Educação Permanente que você já participou como profissional de saúde.
- Já participou ou promoveu alguma discussão e/ou atividade com a temática saúde e ambiente? O que você acha sobre essa temática e sua relação com Atenção Primária em Saúde?
- Já participou ou promoveu alguma discussão e/ou atividade Inter setorial (outros setores – educação, infraestrutura, meio ambiente...)?
- Já participou ou promoveu alguma discussão e/ou atividade com o Centro de Controle de Zoonose – CCZ?
- Quais sugestões quer fazer para este estudo?

APÊNDICE 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) Senhor (a) está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada: **Leptospirose urbana em um bairro popular de Salvador –BA e atenção primária em saúde: quais as dimensões da negligência em saúde?** Que tem como objetivo: Analisar o processo de produção de negligência em relação à leptospirose urbana, considerando percepções e práticas de profissionais, incluindo gestores, da atenção primária de saúde em um bairro popular de Salvador/BA. Este projeto espera contribuir para uma melhor percepção da realidade e do cuidado no que tange a leptospirose urbana, visando o entendimento das percepções dos profissionais de saúde sobre tal problemática, bem como, discutir e compreender as dimensões da construção do processo de negligência em saúde a partir dos profissionais de saúde e gestores; auxiliando na execução de uma política mais participativa e democrática dentro e fora do serviço de saúde e contribuindo para o fortalecimento do SUS.

Para esta pesquisa serão realizadas entrevistas com roteiro não estruturado com questões sobre: as atividades desenvolvidas como profissional de saúde, trabalhos desenvolvidos no território, sobre a leptospirose urbana, dentre outras questões. Bem como, serão mediados dois grupos focais, onde serão trabalhados sobre percepções dos profissionais sobre o território (explorando questões da saúde e ambiente) e sua atuação, conhecimentos e práticas sobre a leptospirose urbana e formação em saúde. As informações coletadas serão confidenciais e divulgadas apenas na Dissertação de mestrado, eventos e outras publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Esse TCLE será emitido em DUAS VIAS, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador, contendo a rubrica e assinatura em todas as páginas. Além disso, todo o material da pesquisa será armazenado de modo seguro em um armário com chaves no gabinete, da Prof^a Leny Alves Bonfim Trad, localizado no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa. Sua participação é voluntária, sendo assim não haverá nenhum tipo de pagamento referente à

participação na pesquisa em questão. Assim como não haverá nenhum tipo de pagamento referente à participação na pesquisa em questão.

De forma geral, essa pesquisa apresenta baixo risco, pois o mesmo não utilizará métodos experimentais e invasivos. Os participantes podem sentir desconforto, ansiedade, angústia e constrangimento ao compartilhar informações pessoais ou confidenciais relacionadas às suas experiências como profissional de saúde. Além disso, o pesquisador se compromete a tomar todos os cuidados possíveis para garantir a segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa. Elucidamos que, em qualquer momento da realização da pesquisa, a senhor (a) poderá se negar ou desistir de participar, não havendo prejuízo de qualquer natureza ao seu envolvimento nas atividades da instituição à qual está vinculada.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pelo projeto será do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, situado na Rua Basílio da Gama, s/n – 2º andar – 40110-040 – Salvador – Bahia. Horário de funcionamento: 2ª a 6ª feira, das 8 às 15h. E-mail: cepisc@ufba.br. Contato do pesquisador responsável: neiacarla@gmail.com.br ou telefone (71) 999934550. Assegura-se que serão sempre garantidos, sob a Resolução do nº 466, de 12 de dezembro de 2012, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado. Diante da relevância social do presente estudo, e reconhecendo a ética em pesquisa como diretriz fundamental, a dignidade e autonomia dos sujeitos serão respeitadas, garantindo sua intenção de contribuir, ou não, na pesquisa.

Aceitando participar da pesquisa e sentindo-se explicada sobre a mesma, solicitamos a sua autorização para analisar e fazer uso das informações prestadas. Sendo que todas as páginas do TCLE deverão ser rubricadas, pelo pesquisador e participante ou seu representante legal, após a leitura e aceitação para participar da pesquisa.

Eu _____, após a leitura deste documento e oportunidade de conversar com o pesquisador, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito está suficientemente informado, ficando explícito que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto expresse minha concordância espontânea em participar deste estudo: **Leptospirose urbana em um bairro popular de**

Salvador–BA e atenção primária em saúde: quais as dimensões da negligência em saúde? E estou ciente que as entrevistas serão gravadas, bem como será garantido o anonimato das minhas informações e a minha liberdade de desistir de participar sem prejuízos.

Agradecemos a sua participação e nos colocamos a disposição para qualquer informação.

Assinatura do (a) participante da pesquisa

Assinatura do Pesquisador

Salvador, _____ de _____ de 2019.