



Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde

MARISA BERNARDI CESARINO

**INSERÇÃO DOS AGENTES DE CONTROLE
DE VETORES JUNTO ÀS EQUIPES DE
SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA**

São José do Rio Preto
2012

MARISA BERNARDI CESARINO

**INSERÇÃO DOS AGENTES DE CONTROLE
DE VETORES JUNTO ÀS EQUIPES DE
SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto para obtenção do título de Mestre no Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Eixo Temático: Medicina e Ciências Correlatas.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Margareth Regina Dibo
Co-orientador: Prof. Dr. Francisco Chiaravalloti Neto

São José do Rio Preto

2012

Cesarino, Marisa Bernardi.

Inserção dos agentes de controle de vetores junto às equipes de saúde na atenção básica. Marisa Bernardi Cesarino.
São José do Rio Preto, 2012. 65 p.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

Eixo Temático: Medicina e Ciências Correlatas

Orientador(a): Prof^a. Dr^a. Margareth Regina Dibo

Co-orientador: Prof. Dr. Francisco Chiaravalloti Neto

1. Agente de Controle de Vetores; 2. Educação em Saúde;
3. Atenção Básica; 4. Sistema Único de Saúde

MARISA BERNARDI CESARINO

**INSERÇÃO DOS AGENTES DE CONTROLE
DE VETORES JUNTO ÀS EQUIPES DE
SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA.**

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO
DO GRAU DE MESTRE EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Presidente e Orientador: Prof^a. Dr^a. Margareth Regina Dibo

2º Examinador: Prof^a. Dr^a. Aurea Maria Zöllner Ianni

3º Examinador: Prof^a. Dr^a. Maria Helena Pinto

Suplente 1: Prof^a. Dr^a. Vânia Del'Arco Paschoal

Suplente 2: Prof^a. Dr^a. Marluce Monteiro Guirado

São José do Rio Preto, 29/06/2012.

SUMÁRIO

Dedicatória.....	I
Agradecimentos.....	li
Agradecimentos Especiais.....	lv
Epígrafe.....	V
Lista de Abreviações.....	Vi
Resumo.....	vii
Abstract.....	viii
1 INTRODUÇÃO.....	2
1.1 Combate e Controle da Dengue no Brasil.....	2
1.2 Resgate Histórico do Programa da Dengue em São José do Rio Preto.....	8
1.3 Objetivos.....	19
2 METODOLOGIA.....	21
2.1 Delineamento do Estudo.....	21
2.2 Local do Estudo.....	21
2.3 População de Estudo e Aspectos Éticos.....	21
2.4 Fóruns Intrasensoriais.....	22
2.5 Análise de Dados.....	28
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	30
3.1 Inserção Social.....	31
3.2 Integralidade	39

3.3 Intersetorialidade.....	42
3.4 Valorização do Agente de Saúde.....	44
3.5 Educação Permanente.....	46
3.6 Considerações Finais.....	49
4 CONCLUSÃO.....	53
5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	56

- Dedico ao acaso que possibilitou reunir pessoas com os mesmos ideais e questionamentos em um determinado tempo e espaço, com os mesmos objetivos, todos abertos à escuta, diálogo e em busca de melhorias das ações no controle da dengue preconizadas como verdadeiras no passado e que contribuíram muito, porém merecem mudanças na nossa atual realidade.
- Dedico aos profissionais que trabalhavam na Atenção Básica, que muito ouviam, falavam, porém raramente eram escutados nas suas prioridades para executarem um serviço de melhor qualidade e menos quantidade.
- Dedico às pessoas vindas de pequenas cidades e da zona rural para as cidades médias e de grande porte em busca da realização do sonho da melhoria de sua qualidade de vida. Entretanto, a sociedade hegemônica e individualista os acolhe com a exclusão e seu destino são as periferias ou locais inabitáveis sem infraestrutura; e mesmo recebendo a visita do Agente de Controle de Vetores, adoecem ou até morrem com a dengue.

Agradecimentos

Agradeço a todas as pessoas que trabalharam conosco desde 2001 até 2009, especialmente, agentes de controle de vetores (ACV), supervisores, agentes comunitários de saúde (ACS), enfermeiras (os), outros profissionais das Unidades de Saúde, coordenadores dos programas e gestor da Secretaria Municipal da Saúde, no município de São José do Rio Preto.

Buscamos, encontramos e construímos um caminho novo para nossas dificuldades, a inserção dos ACV nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), e com o desenvolvimento dos Fóruns que eram momentos importantes, espaços democráticos, onde todos tinham liberdade para fazer relatos dos problemas encontrados na rotina de trabalho, conflitos de relações, que eram resolvidos por meio do diálogo e trocas de experiências buscando sempre soluções conjuntas ou encaminhamentos para os problemas relatados.

Sem esta força conjunta proporcionada pelo trabalho em equipe, não seria possível colocar no papel esta rica experiência vivenciada por todos nós, que foi a Inserção dos ACV nas UBS, possibilitando deixar aqui registrados dificuldades, conflitos e conquistas, ficando claro que o diálogo com o grupo apontou as melhores soluções e os possíveis encaminhamentos para a resolução dos problemas surgidos durante este processo.

No nosso cotidiano de trabalho somos influenciados pelas experiências compartilhadas com todos aqueles com quem passamos a vida e cujas vidas habitamos. Colocarmo-nos no lugar do outro, a fim de descobrir novos ângulos para analisar uma situação, e compreendê-los, sendo que o diálogo é o caminho. A repressão e falta de diálogo só leva ao silêncio, causando o imobilismo, o medo e destruindo a possibilidade da construção e fortalecimento do SUS.

Obrigada!

Agradecimentos Especiais

- ***À Profª Dra. Margarete Dibo***, pela paciência, sabedoria, respeito, competência, criatividade e amizade. Obrigada!

- ***Ao Prof Dr Francisco Chiaravalloti Neto***, deixo como lembrança uma frase de autoria do Lama Padma Samten. “Irrigar as sementes de felicidade do outro é amor. Os frutos são para todos...” Obrigada!

- ***À Profª Dra. Áurea Maria Zollner Ianni***, pelas reuniões onde mostrava sempre uma forma diferente de raciocínio, muitas vezes difícil de chegar lá, saía delas bem incomodada, mas seus ensinamentos ficavam em minha cabeça “ruminando” se é possível falar que o cérebro faz isso. Aprendi muito com você. Obrigada!

- ***A Deus*** por dar essa oportunidade de mostrar ao meu querido filho Tiago, que nada é eterno, tudo muda. Neste mundo nada dura ou perdura por muito tempo...tudo é instável.

***“O que era não é mais.
O que há de ser não é ainda.
Esse espaço entre os mundos tem algo de misterioso.
O conhecido transforma-se no desconhecido.
A tristeza da despedida toca a alegria do recomeço.”***

Lorenz Marti

Lista de Símbolos e Abreviaturas

AB	- Atenção Básica
ACS	- Agentes comunitários de saúde
ACV	- Agentes de controle de vetores
AS	- Agentes de Saúde
EMCD	-Equipe Municipal de Controle da Dengue
ESF	-Equipe Estratégia da Saúde da Família
MS	-Ministério da Saúde
OMS	-Organização Mundial de Saúde
PCD	-Programa de controle da dengue
PNCD	-Plano Nacional de Controle da Dengue
SES	-Secretaria Estadual de Saúde
SMS	-Secretaria Municipal de Saúde
SUCEN	-Superintendência de Controle de Endemias
SUS	-Sistema Único de Saúde
UBS	-Unidades Básicas de Saúde
UBSF	-Unidades Básicas Saúde da Família

Este estudo analisou o processo de inserção dos agentes de controle de vetor (ACV) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município de São José do Rio Preto - SP, nomeados como Agentes de Saúde (AS), sendo importante passo para melhoria da eficácia no programa de controle a dengue. Trata-se de um estudo de caso, baseado na observação direta e registro das falas dos 300 participantes dos fóruns desenvolvidos pela Secretária Municipal de Saúde deste município, que constituíram o universo da pesquisa. Realizou-se a análise de conteúdo desses registros, identificando-se cinco categorias: Diferentes Concepções e suas Aplicações nas Práticas da Saúde, Integração dos AS com Vistas a Integralidade na Atenção à Saúde, Ausência de Intersetorialidade, A Valorização dos AS e Educação Permanente em Saúde por meio dos Fóruns. Os AS expressaram a necessidade dos fóruns de discussão serem permanentes; dificuldades em realizar a intersetorialidade; em colaborarem com a participação comunitária para a construção da autonomia e cidadania; e sentem-se mais valorizados participando da equipe das UBS. Este estudo possibilitou compreender a inserção dos AS e propiciou a aproximação de sua práxis, pois o controle da dengue é complexo e envolve questões sócio-ambientais. A análise dos resultados indica que é possível construir um novo caminho na melhoria das relações entre trabalhadores/usuários e trabalhadores/equipe de saúde no controle da dengue.

Palavras-chave: 1. Agente Controle de Vetores; 2. Educação em Saúde;
3. Atenção Básica; 4. Sistema Único de Saúde

This study analyzed the insertion process of sanitary agents in Primary Health Care Units (PHCU) in a city São José do Rio Preto-SP, indicated as Health Agents (HA). This represented an important step to improve the effectiveness of the dengue control program. A case study was developed, using direct observation of 300 research participants' statements as a data collection instrument, during the municipal health secretary forums in the interior of São Paulo State. Content analysis was applied, identifying five categories: contradictions of the Unified Health System (UHS); integration of health agents with UHS principles: lack of intersectoriality; health agents' perception and health education through the forums. The health agents reported on the need for permanent discussion forums and difficulties to accomplish intersectoriality. They cooperate with community participation to construct autonomy and citizenship and feel more valued by participating in the PHCU team. This study permitted understanding the HA's insertion and enhanced greater approximation with their praxis, as dengue control is complex and involves socio-environmental issues. Also, a new route was appointed to improve relations between workers and users and between workers and the health team in dengue control.

Key words: 1. Vetor Control; 2. Health Education; 3. Primary Health Care;
4. Unified Health System.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 Combate e controle da Dengue no Brasil

Dengue é uma das doenças virais mais importantes, principalmente para países localizados nos trópicos, incluindo o Brasil, tendo como vetor *Aedes aegypti* e sua transmissão ocorre na maioria dos estados brasileiros, sendo uma das principais endemias, em razão do alto número de pessoas que são acometidas todos os anos.⁽¹⁾

Após a erradicação do *Aedes aegypti* do Brasil, o vetor foi reencontrado no Estado de São Paulo em 1985, e em 1990/1991 ocorreu a primeira grande epidemia de dengue. Até esse momento as atividades de vigilância e controle do vetor eram executadas pelos funcionários da Superintendência de Controle de Endemias (SUCEN).⁽²⁾

O controle da dengue iniciou-se no Estado de São Paulo com a implantação do Plano de Emergência para o Controle dos Vetores da Dengue e Febre Amarela no verão de 1991/1992. Esse plano consistia em repassar verbas para que os municípios formassem equipes compostas por agentes de controle de vetores (ACV) para o combate dos criadouros.⁽²⁾ Em 1997 foi implantado pelo Ministério da Saúde (MS) o Plano Diretor de Erradicação do *Aedes aegypti* no Brasil, que estabeleceu o município como responsável por esta atividade.⁽³⁾

Penna (2003),⁽⁴⁾ aponta limites nas ações de combate a dengue, por serem desenvolvidas verticalmente, sendo uma das dificuldades enfrentadas no seu controle. Santos (2003),⁽⁵⁾ comenta não haver ligação das ações da

SUCEN no controle da dengue com os demais seguimentos do SUS. Outros autores relatam a falta de fluxo para encaminhamento de demandas, integração do setor saúde com outros setores e a articulação intersetorial, sendo o grande desafio para o enfrentamento dessa endemia.⁽⁶⁻⁷⁾

A população reconhece o ACV como “porta de entrada” para as reclamações e demandas em geral, requerendo a solução de problemas que vão além da presença do vetor e da doença. O hiato entre essas expectativas da população e a atuação pública promove o descrédito quanto às competências do agente, interferindo na sua atuação.⁽⁸⁾

Chiaravalloti Neto *et al.*, (2007) ⁽⁹⁾ identificaram as dificuldades da atuação dos ACV e a adesão da população ao programa. A população refere que o controle e a prevenção da dengue seriam atividades de importância menor, cabendo ao agente encaminhar todas as demandas e queixas aos serviços de saúde, sem restringir-se àquelas relacionadas à dengue. Os ACV, por seu lado, apontam para recusas da população às suas visitas domiciliares e a falta de adesão ao programa, identificando ainda, no que se refere à sua situação particular de trabalho, diferenciação de status em relação aos **Agentes Comunitários de Saúde (ACS)** que atuam nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF). Também observou, entre mulheres moradoras, a culpabilização sobre a higiene doméstica como a causa da presença do vetor, além da falta de estrutura na coleta de lixo e condições precárias de saneamento urbano. Os autores concluíram que percepções negativas sobre a atuação dos ACV decorrem, principalmente, da característica vertical do programa de controle da dengue e, para minimizar ou solucionar esses

problemas, sugeriram a incorporação dos ACV às Unidades Básicas de Saúde UBS e UBSF, um maior investimento na ação intersetorial e o desenvolvimento de estratégias programáticas para que os ACV venham a atuar sobre as condições ambientais no município.

A estratégia verticalizada, centralizada e hierarquizada de combate ao vetor, adotada na primeira metade do século XX, apesar do sucesso apresentado naquele momento histórico de sua aplicação, tornou-se atualmente inviável e com pouca efetividade e factibilidade administrativa. A verticalidade está em desacordo com os princípios básicos do SUS e a horizontalidade é o que torna possível a factibilidade e a evolução da estratégia. O SUS promoveu a reorganização do sistema de saúde e a descentralização dos serviços, priorizando a Atenção Básica (AB) para alcançar maior eficiência e efetividade das ações desenvolvidas. A discussão sobre a incorporação do controle vetorial na construção do SUS e seu processo de descentralização foi periférica, e a situação atual da dengue reflete essa decisão política de não priorizar o controle vetorial.⁽⁴⁾

Apesar do MS ter estabelecido que o município é o responsável pelo desenvolvimento das atividades de controle da dengue,⁽¹⁾ o modelo adotado pelos municípios segue, ainda, a tradição vertical na estratégia de controle do vetor, com pouca integração à AB. Para Penna (2003),⁽⁴⁾ a descentralização do programa ocorreu nos moldes de uma municipalização acrítica, com a simples transposição das práticas de estruturas verticais para uma execução descentralizada nos municípios. Nesses moldes, segundo a autora, o custo do

programa é muito alto e de baixo custo-benefício, deixando de lado o grande potencial de articulação com a AB, que contribuiria com os municípios.

A descentralização no SUS traz implícita a idéia do município como território, espaço que as pessoas ocupam e onde manifestam seus problemas e necessidades. Nesse sentido é que Giovanella *et al.* (2008),⁽¹⁰⁾ afirmam que a atuação intersetorial na perspectiva da AB no âmbito municipal, se processa na ação comunitária do território, na articulação na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e de mais políticas municipais. A intersetorialidade deve, portanto, informar uma maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços, o que significa alterar toda a forma de articulação dos diferentes segmentos governamentais e interesses aí envolvidos.⁽¹¹⁾

Outro componente importante na relação entre o controle vetorial e a descentralização é o fato de que só recentemente a problemática ambiental tenha sido incorporada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma questão atinente à AB, o mesmo tendo ocorrido com o SUS.⁽¹²⁾ Isso talvez explique a não priorização do controle do vetor, em seu componente ambiental, na rede básica.

Sabe-se que a aceleração da urbanização e a deteriorização do meio ambiente vêm contribuindo para com o agravamento do quadro epidemiológico da dengue, e as ações de controle de *Aedes aegypti* recomendadas pelo MS não têm sido eficazes.⁽¹³⁾ Esses fatores têm levado ao aumento da incidência da doença e à ocorrência de casos hemorrágicos.

No Brasil, o processo de urbanização acelerou-se a partir de 1950, tendo se intensificado na década de 1970. As conseqüências ambientais desse

fenômeno foram inicialmente sub-dimensionadas e pouco absorvidas nas políticas públicas de saúde.⁽¹⁴⁾ Os impactos socioambientais atingiam o setor saúde, mas este se mantinha fiel a princípios herdados de um cenário econômico-social e político superado.

A industrialização e o êxodo rural provocaram o aumento da concentração da população humana, geraram deterioração do meio ambiente com a contaminação do solo, do ar e da água; expansão das cidades, jogando os pobres nas periferias fazendo emergir as cidades informais e o decorrente crescimento da demanda por serviços de saúde. Essa intensa urbanização ocorreu associada ao carecimento social básico e padrões indesejáveis de acesso a serviços públicos e cidadania, acentuando velhos problemas e criando novos de extrema complexidade para os quais ainda não há experiência para seu enfrentamento.⁽¹⁵⁾

A importância crescente das doenças associadas aos estilos de vida e ao ambiente exige do setor saúde um novo olhar sobre a saúde das populações, com foco na promoção da saúde e em intervenções para além das práticas curativas. Os conceitos de ambiente e intersetorialidade são fundamentais para a estruturação das ações em saúde, uma vez que vários problemas de saúde das populações só serão resolvidos com o envolvimento de diferentes instituições e atores sociais e políticos, articulados entre si.⁽¹²⁾ Sabe-se que questões relacionadas à integração do sistema e à coordenação dos cuidados têm sido cada vez mais, objeto dos sistemas de saúde. Nesse cenário, a ação intersetorial é condição para uma atenção primária abrangente

que objective incidir sobre os determinantes sociais do processo saúde-enfermidade e promover a saúde.⁽¹⁰⁾

Pesquisas sobre a temática ambiental na AB demonstram o quanto ainda é incipiente o enfrentamento dessa questão nesse âmbito da atenção. Em São José do Rio Preto verificou-se que tanto os ACV,⁽¹⁶⁾ atuando desvinculados das UBS, como os ACS, vinculados às UBSF, não dispunham de ferramentas para lidar com problemas sócio-ambientais da comunidade. Os dados deste estudo demonstraram que os conhecimentos e práticas dos moradores sobre a dengue e seus vetores foram semelhantes em áreas onde atuavam os ACV, comparativamente aos ACS. Demonstrando que a integração do programa de controle de vetores com a estratégia da saúde da família é viável e pode representar otimização de recursos, evitando a duplicidade de visitas e possibilitando um maior envolvimento da comunidade no controle do vetor.⁽¹⁷⁾

Em pesquisa realizada na região metropolitana de São Paulo, os resultados também indicaram que, para o enfrentamento das demandas da população para a solução de problemas ambientais, os ACS não encontraram no âmbito das Equipes de Saúde da Família (ESF) e na rede da AB o respaldo e estrutura de apoio no enfrentamento dessas questões.⁽¹²⁾ Algumas experiências sugeriram que os problemas relacionados à atuação dos ACV poderiam ser minimizados ou solucionados com a incorporação dos mesmos às UBS, investimento na ação intersetorial no âmbito do município e a criação de condições objetivas para que os agentes atuem sobre as condições do meio

ambiente que são na maioria ligados as questões sociais e estas refletem diretamente a saúde.⁽⁹⁾

As dificuldades apontadas em articular as questões mais estritas de saúde e ambientais, revelam a necessidade tanto do aprofundamento teórico quanto da ampliação dos conhecimentos para um equacionamento.⁽¹⁸⁾ O enfrentamento da abordagem ambiental põe em evidência a urgência da ação intrasetorial, considerando o setor saúde, e intersetorial, na perspectiva do diálogo com outros órgãos e instituições.⁽¹⁶⁾

1.2 Resgate Histórico do Programa da Dengue em São José do Rio Preto

Neste resgate histórico do Programa da Dengue descrevemos o seu processo de implantação na SMS de São José do Rio Preto, cidade do interior Estado de São Paulo, abordando o seu início, seu desenvolvimento, os atores envolvidos no controle da dengue, as atividades realizadas e as dificuldades e soluções encontradas.

Pesquisa entomológica realizada no Estado de São Paulo pela SUCEN identificou a presença do *Aedes aegypti* em São José do Rio Preto em 1985.⁽¹⁹⁾ A dispersão do mosquito se deu, além das condições climáticas favoráveis, em função de intercâmbio econômico entre São José do Rio Preto e os demais municípios e entre estes e os distritos e aglomerados rurais. Dentre os criadouros encontrados na época, tiveram relevância, os pneus, considerando a preferência da fêmea por este tipo de criadouro para desova e a comercialização desse produto, intensificou a dispersão do mosquito para

outras áreas. Com a presença de mosquitos vetores da dengue e da febre amarela, a região passou a sofrer risco de ocorrência de epidemias. Em 1986, a circulação de um caso importado de febre amarela em São José do Rio Preto desencadeou um processo de vacinação de emergência da população. Em 1990 ocorreram os primeiros casos autóctones de dengue em São José do Rio Preto e a partir de 1991 passaram a ocorrer epidemias, sendo que em 1994 ocorreu a primeira grande epidemia da doença. ⁽²⁰⁻²¹⁾

Diante do risco de ocorrência de epidemias de dengue e febre amarela, e o fracasso da tentativa de eliminação do *Aedes aegypti* no Brasil, o MS propôs, em 2002, o Plano Nacional de Controle da Dengue (PNCD), ⁽²²⁾ cujas metas são a constituição de equipes municipais específicas para o controle do vetor desta doença, com a realização de visitas sistemáticas a todos os imóveis dos municípios. A partir disso, a SMS de São José do Rio Preto constituiu pela primeira vez em sua história, uma equipe de controle da dengue de acordo com as normas preconizadas.

A equipe de controle da dengue contratava os ACV por meio de serviço terceirizado e tempo determinado (seis meses) com possibilidade de recontração. Para o desenvolvimento das atividades deste controle, o município foi dividido em 14 áreas, seguindo os critérios e normas da SUCEN cada área tinha um supervisor e uma equipe de ACV para a realização das visitas casa-casa. Outros profissionais complementavam as ações tais como a equipe de nebulização, a equipe de ponto estratégico, o supervisor geral, profissionais para desenvolvimento de ações de informação, educação e comunicação, denominadas IECs e educadora.

Cada área era trabalhada a partir do ponto mais próximo ao centro do município e em direção à sua periferia, no sentido de “expulsar” o mosquito para fora do município. Dentro desse princípio, cada supervisor distribuía diariamente para a Equipe Municipal de Controle da Dengue (EMCD) as quadras a serem trabalhadas e a meta diária de trabalho que era de 25 casas por ACV.⁽²³⁾

Na prática observava-se que os ACV eram pessoas de baixa escolaridade, com grande necessidade do emprego e as EMCD eram mudados continuamente de local em função do trabalho a ser realizado, também não dispunham de locais específicos para almoçar, descansar, guardar marmitas, ir ao banheiro e fechar os boletins de campo. A população considerava o controle e prevenção da dengue um serviço de menor importância, o que comprometia a atuação dos ACV, cuja imagem perpetuava-se como coletores de lixo, o que repercutia negativamente na credibilidade do seu trabalho. Essa situação estava associada à falta de vínculos dos ACV com os moradores, uma vez que as normas estabelecidas pela SUCEN impediam que uma área de trabalho específica fosse atribuída a um determinado ACV. Os supervisores que acompanhavam as atividades dos ACV eram antigos agentes que haviam se destacado no serviço, tendo sido promovidos para essa função, na qual realizavam supervisão de forma direta e indireta. A supervisão direta era feita junto com o agente durante a visita ao imóvel, e na indireta o supervisor fazia contato com o morador de um imóvel onde o agente já tivesse feito a visita, sem a presença deste. Os supervisores de área relacionavam-se com os ACV

de forma autoritária, como fiscalizadores do serviço dos agentes, ocasionando constantes atritos e problemas de relacionamentos.

Todas estas questões geravam demissões contínuas de ACV, desmotivação das equipes que, em conjunto com a não reposição de pessoal, dificultavam o alcance das metas preconizadas pelo programa. Para Tauil, as limitações das atividades de controle a dengue são ocasionadas pela própria estrutura de contratação, supervisão, abrangência e educação.⁽²⁴⁾

Estudo mostrou que o programa de controle à dengue tem proporcionado a disseminação de conhecimentos sobre dengue entre a população, sem alterar o quadro da infestação pelo *Aedes aegypti* e da transmissão da dengue.⁽²¹⁾

O município de São José do Rio Preto tem registrado casos de dengue; em todos os anos, é considerado endêmico para dengue, com o registro crescente de óbitos.⁽²⁵⁻²⁶⁾ Este quadro possibilitou e exigiu, por parte da equipe técnica da SMS, uma grande reflexão sobre as medidas de controle do vetor adotadas e, especialmente, sobre as atividades desenvolvidas pelo ACV no programa de controle a dengue.

A partir de 2001, o município realizou mudanças na sua política de gestão para dengue. A seleção dos agentes, que até então era por indicação política ou supervisores e ACV, passou a ser realizada por processo de seleção, por meio de entrevista, com base em critérios objetivos; pessoas com perfil adequado para o trabalho, esclarecimento da forma que o trabalho deveria ser executado e empatia com a comunidade. Os ACV passaram a

receber treinamento antes do início de suas atividades e foi desenvolvido programa de educação continuada para toda EMCD.

Em relação à EMCD, a SMS inicialmente capacitava, instrumentalizando-os com conhecimentos sobre a doença, o seu vetor e as orientações que deveriam ser feitas aos moradores. Por outro lado, os ACV traziam para a SMS demandas relacionadas à necessidade de abordarem sobre outros vetores e animais nocivos, levando os técnicos elaborarem uma apostila com estes conteúdos. Foi realizada capacitação sobre esses temas para os ACV, de modo a incentivá-los a ampliar o diálogo com os moradores. Os ACV demonstraram interesse e elogiaram a iniciativa, com aplicação prática imediata. No entanto os agentes logo perceberam a necessidade de resolução de outras demandas mais complexas como aquelas que se relacionavam à atuação intersetorial.

Em 2002 o município dispunha de cinco UBSF, sendo que os ACV realizavam as atividades de controle da dengue nas áreas de abrangências destas unidades. Apesar da SUCEN preconizar as atividades do ACV nas áreas de abrangência das UBSF, a SMS, utilizou como respaldo a Portaria GM/MS 44/2002 do MS, ⁽²⁷⁾ e capacitou os ACS para a execução das atividades de controle da dengue, sendo esta uma primeira aproximação para integrar as ações municipais de controle desta doença e a AB.⁽¹⁷⁾

Neste processo de trabalho os ACS faziam as visitas domiciliares e realizavam todas as atividades no controle da dengue como: bloqueio de casos suspeitos e ou positivos, pesquisa larvária para obtenção do índice de avaliação de densidade larvária (Índice de Breteau), visitas aos imóveis

comerciais e industriais e promoção de arrastões dentro da área de abrangência pertencente à UBSF. Para as equipes de Ponto Estratégico e Bloqueio, vinculadas à equipe municipal de controle à dengue, ficavam especificamente ações de controle químico, as nebulizações. Os ACS faziam visitas domiciliares mensais as famílias moradoras em sua micro-área de atuação, o que é uma característica da Estratégia Saúde da Família, porém faziam a abordagem do tema dengue bimestrais mas se observassem risco nas outras visitas dialogavam com o morador do imóvel nas outras visitas. O vínculo que tinham com o morador contribuía para que ele mesmo retirasse ou tratasse o criadouro; as situações de resistência existiam, mas não eram da mesma forma como acontecia com o ACV. Isto gerou um desconforto entre os ACS e ACV, pois faziam abordagem diferente junto aos moradores, falavam somente sobre cuidados com criadouros e sobre a doença dengue e retiravam criadouros o que foi solucionado durante um fórum, aonde os mesmos chegaram a um consenso de que os ACS não iriam retirar os criadouros, mas teriam que convencer o próprio morador a retirá-los durante a visita para que não houvesse uma diferenciação da conduta entre eles.

Os ACS recebiam uma capacitação denominada Curso Introdutório para Equipes de Saúde da Família (ESF), e a partir de então, tinham informações para organizarem o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família. Desta forma os ACS e outros profissionais da ESF discutiam com a comunidade a situação do processo de saúde-doença de sua área de abrangência, tanto no que se refere aos aspectos demográficos, quanto aos aspectos da morbidade, mortalidade, fatores de risco para a saúde,

socioeconômicos, ambientais e sanitários e as potencialidades locais existentes, realizando assim um diagnóstico do território sob sua responsabilidade.⁽²⁸⁾

Chiaravalloti-Neto *et al.*, (2006)⁽¹⁷⁾ mostraram que a incorporação das atividades de controle da dengue pelos ACS, nas áreas de abrangência das UBSF, era viável, pois melhorava a visita domiciliar, evitava a duplicidade de informações nas visitas, aumentava a participação da comunidade, não tendo sido observada diferenciação no repasse das informações sobre os cuidados com os criadouros e ou a doença entre ACS e ACV. Entretanto no início deste processo houve uma resistência muito grande por parte dos ACS que já realizavam a visita da dengue, mas não concordavam em fazer outras atividades inerentes ao Programa da Dengue, como é o caso do bloqueio de casos suspeitos e/ou positivos e do Índice de Breteau; encarando estas atividades como uma sobrecarga ao seu trabalho.

No ano de 2002, a SMS estabeleceu convênio de parceria com uma Instituição Filantrópica para a prestação de serviço na área de vigilância à saúde e os contratos de trabalho dos agentes passaram a ser por tempo indeterminado, diminuindo a rotatividade destes profissionais.

O trabalho dos ACV, de recolher criadouros em terrenos baldios, praças, áreas verdes, reforçava sua imagem de “lixeiro” e os distanciava de sua função de educadores na comunidade, também dificultava o alcance de metas uma vez que em pouco tempo os criadouros eram repostos nestes locais, muitas vezes, pelos próprios moradores, e os seus vizinhos reclamavam pedindo soluções para os agentes.

Para solucionar este problema, um dos encaminhamentos dados pela gestão foi uma parceria com a associação dos carroceiros. Estes carroceiros receberam treinamento sobre a doença dengue e seu vetor, os tipos de criadouros e foram orientados sobre os locais a serem visitados, os tipos de criadouros a serem coletados e locais adequados de descarte denominados pontos de apoio da Secretaria do Meio Ambiente. Os carroceiros constituíram uma cooperativa, por meio do qual recebiam pagamento da SMS pelos serviços prestados. Eles desenvolviam suas atividades em conjunto com a EMCD e possibilitaram o equacionamento do problema da presença de criadouros nos terrenos baldios e áreas semelhantes.

O controle da dengue e de seu vetor no nível municipal, eram realizados no modelo herdado do antigo sistema, havendo necessidade de mudanças no processo de trabalho que permitisse resolver os problemas relacionados com o abastecimento de água, a coleta de resíduos sólidos, a responsabilização dos produtores pelo destino dos materiais produzidos, as moradias em locais impróprios, a falta de participação da comunidade, e o não desenvolvimento de projetos de interesse da comunidade, entre outros. Estas situações apontavam para a necessidade de desenvolver ações intersetoriais. Alguns destes problemas que demandavam ações intersetoriais não eram solucionados a curto e médio prazo, como por exemplo, os loteamentos irregulares sem abastecimento de água e a não realização da coleta de lixo. Outros que poderiam ser solucionados intersetorialmente, também apresentavam dificuldades de resolução devido a falta de fluxos definidos e a descontinuidade nas ações ocasionado pela fragmentação do processo de trabalho. A ausência

de comunicação entre as secretarias municipais também contribuiu para que estas situações persistissem.

Pesquisa desenvolvida em São José do Rio Preto mostrou que tanto os ACV, que realizavam as atividades desvinculadas das UBS, como os ACS, integrantes das UBSF não dispunham de ferramentas para lidar com problemas sócio-ambientais da comunidade como: condições inadequadas de abastecimento de água, coleta de esgoto e lixo, violência, tráfico de drogas, desemprego, condições inadequadas de moradia, entre outros.⁽¹⁶⁾ Este é um exemplo da dificuldade em articular conjuntamente as questões de saúde e sócio-ambientais, sendo necessário o aprofundamento teórico e a ampliação dos conhecimentos para seu equacionamento.⁽¹⁸⁾ Em estudo realizado verificou-se a necessidade da atuação intrasetorial dos órgãos que compõem o setor saúde, e da atuação conjunta do setor saúde com outros órgãos públicos, com a finalidade de articular políticas programadas de interesse para a saúde.⁽¹⁶⁾

Até o final de 2004, os ACV atuavam com base nas normas preconizadas pela SUCEN.⁽²⁹⁾ Por outro lado, as políticas de saúde desenvolvidas no município de São José do Rio Preto com a melhor adequação do sistema de saúde municipal aos princípios do SUS, a priorização da estratégia de saúde da família e também a divisão do município em áreas de abrangência por UBS como uma das bases para reorganização do sistema de saúde, permitindo aos profissionais a visão e apropriação do território, pediram um novo olhar para o trabalho do ACV. Tornou-se claro, para o gestor e coordenadores dos programas de saúde no município, que os processos

verticalizados do programa de controle da dengue eram incoerentes com as novas políticas adotadas e preconizadas pelo SUS e que a desobediência do princípio da integralidade se tornava ineficaz e ineficiente.⁽¹⁵⁾

Além disso, o gestor e coordenadores dos programas percebiam que a inserção dos ACV nas UBS traria benefícios para o programa de controle a dengue (PCD), uma vez que os agentes passariam a ter o respaldo dos profissionais das unidades que ficariam como co-responsáveis na resolução dos problemas encontrados nos territórios. Pesquisa também desenvolvida em São José do Rio Preto, sugeriu que os problemas relacionados à atuação dos ACV poderiam ser minimizados ou solucionados com sua incorporação às UBS, investimento na intersectorialidade e criação de condições para que os agentes atuem assim sobre as condições ambientais.⁽⁹⁾ Diante da percepção de que a inserção dos ACV poderia ser benéfica para o PCD,⁽⁸⁾ a gestão decidiu pela inserção dos ACV nas UBS, no final de 2004, considerando as áreas de abrangência destas unidades e utilizando os critérios da estratégia de saúde da família com ênfase na territorialização. O critério estabelecido para fixar os agentes em cada UBS foi a alocação dos mesmos por local de moradia na área de abrangência de atuação. Estas áreas foram divididas em micro-áreas e cada agente ficou responsável por uma micro-área; suas atribuições foram ampliadas. Com vistas a atender melhor aos riscos à saúde da comunidade. O número de visitas de imóveis por bimestre foi diminuído de 1.000 para 800 tamanho médio de cada micro-área e os ACV passaram a ser denominados de Agentes de Saúde (AS).

Até este momento, o controle da dengue era uma ação só dos ACV. Aos demais profissionais das UBS cabia a assistência e notificação dos suspeitos, com pouca ou nenhuma ação de promoção e prevenção. Aos agentes restavam as ações de controle, desvinculadas da assistência e dos fluxos dos serviços de saúde.

No início, o acolhimento dos AS foi preconceituoso e pouco caloroso pelos profissionais das UBS, que os viam como pessoas não vinculadas ao setor da saúde e tampouco às Unidades de Saúde, trazendo novas demandas para uma equipe já sobrecarregada de atribuições. Por outro lado, a equipe de profissionais da UBS, vislumbrou no AS uma possibilidade de aliviar a sobrecarga de atividades da UBS, por desconhecerem o trabalho dos AS e dos supervisores.

Ao perceber esta situação a equipe de gestão ampliou espaço de discussões, denominados de Fóruns, também para os AS, pois esta experiência vinha sendo utilizada com sucesso para os ACS. Outra medida implantada foi a criação da figura dos padrinhos/madrinhas para cada uma das UBS; onde os mesmos eram coordenadores de diferentes programas de saúde na SMS, e tinham como a função o acompanhamento da integração dos AS nas UBS, nos Fóruns e colaborarem para a solução de problemas e conflitos.

No desenvolvimento dos Fóruns foram problematizadas situações que necessitavam de aprofundamento e maior integração por parte dos supervisores e enfermeiros, pois estes se responsabilizavam pela coordenação do trabalho dos AS. Desta forma foram criadas oficinas que contaram com a participação dos supervisores e enfermeiros, oportunizando um espaço de

discussão sobre questões como liderança, gestão de problemas intersetoriais, atribuições, conflitos, entre outros.

1.3 Objetivos

Geral

O estudo teve como objetivo analisar o processo de inserção dos ACV, renomeados de AS, nas UBS, no município de São José do Rio Preto-SP

Específico

-Contribuição dos fóruns para reorganização do modelo de saúde nas UBS, que trabalhavam em modelo antigo de queixa - conduta, na lógica da Estratégia de Saúde da Família (SUS).

-Um novo olhar para o controle da dengue, com vínculo na Atenção Básica, favorecendo os princípios e as preconizações do SUS.

2. METODOLOGIA

2. METODOLOGIA

2.1 Delineamento do Estudo

Os estudos de caso correspondem a uma estratégia de pesquisa alicerçada em metodologias qualitativa, envolvendo diversas fontes de informação convergentes que, trianguladas, responderam às perguntas da investigação.⁽³⁰⁾

2.2 Local do Estudo

A cidade de São José do Rio Preto situa-se a noroeste do Estado de São Paulo, com uma população, em 2010, de 408.258 habitantes. Está a uma altitude de 475 m e situa-se numa região de clima quente com transição para sub-quente. É sede de região que reúne 101 cidades. Em 1990 foi detectada a presença do vírus DEN 1. Nos anos seguintes, a transmissão da doença caracterizou-se como endêmica.⁽²⁵⁾ O vírus DEN 2 foi detectado em 1998, o DEN 3 em 2006 e o DEN 4 em abril de 2011.

2.3 População do Estudo e Aspectos Éticos

O universo de estudo constituiu a partir da formação de grupos profissionais de saúde envolvidos nas 14 UBS que tiveram a inserção dos ACV e 09 UBSF. Participaram 300 profissionais da saúde; sendo 25 enfermeiros, 06 psicólogos, 06 assistentes sociais, 248 agentes (ACS e AS) e 15 supervisores, que trabalhavam nestas unidades de saúde, à época em que este estudo foi realizado.

Os profissionais eram divididos em grupos que contavam com 2 a 3 equipes de Unidades de Saúde onde trabalhavam, porém sempre junto nesta concentração havia uma equipe de UBSF. Os ACS tinham uma vivência importante e conseguiam tocar os AS com suas falas, eram facilitadores importantes neste processo.

Os critérios de inclusão na pesquisa foram todos os profissionais que participaram dos fóruns no período 2005 a 2009, e que concordaram em participar da pesquisa após o esclarecimento dos objetivos da mesma, assinando o Termo de Consentimento Pós Informado; sendo garantido o sigilo dos depoimentos. O Projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, com o Parecer nº 436/2006.

2.4 Fóruns Intrasetoriais

Ao acompanhar o trabalho dos AS junto às UBS, a gestão da SMS de São José do Rio Preto, percebeu as dificuldades dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde para desenvolverem ações com um novo olhar ao fazer o controle da dengue. Assim, propôs e desencadeou a realização dos fóruns de discussão dos AS em conjunto com os ACS.

Nestes fóruns utilizou-se o método de Paulo Freire, a problematização, partindo sempre da realidade de cada participante, a partir de temas geradores ou situações significativas para os profissionais que atuavam nas equipes das UBS e UBSF.⁽³¹⁾

Os momentos de concentração, eram momentos que os profissionais deixavam a unidade de saúde onde trabalhavam para reunirem-se em outro local, para participar do Fórum de discussões, eram desenvolvidos trimestralmente, em uma sala que permitia a formação de uma grande roda de conversa, em turmas com aproximadamente 30 participantes, dentre eles, AS, ACS, supervisores, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais das US. As turmas eram formadas por profissionais das equipes de saúde de uma ou duas UBS e uma UBSF procurando não exceder muito no número de participantes. Os temas dessas atividades eram definidos pelos próprios participantes, atendendo às suas necessidades para o desenvolvimento do processo de trabalho. No final de cada concentração, eram definidas tarefas a serem executadas pelos profissionais de saúde, equipes, nas suas respectivas UBS e UBSF; que correspondiam às atividades de dispersão. Os resultados das tarefas definidas eram relatados nas atividades de concentração dos próximos fóruns. Os fóruns tinham como facilitadores a coordenadora da saúde da família, uma psicóloga com experiência em trabalho com grupo e conhecimento da Estratégia de Saúde da Família e a autora deste estudo. A metodologia proporcionava uma relação horizontal entre os profissionais da saúde.

Dessa forma, o facilitador do fórum possibilitava a aprendizagem significativa, pois priorizava a fala do aprendiz antes de qualquer exposição pessoal. Ativar a experiência prévia possibilita ao educando falar do que conhece e sente sobre determinado assunto e quando tem a oportunidade de revelar-se falando do que conhece, sente e faz, torna-se sujeito integrante da situação-foco e o processo de ensino-aprendizagem se constrói de forma efetiva.⁽³²⁾

Em relação ao que foi exposto acima, Barban *et al.*, (2007) ⁽³³⁾ definem o fórum como espaço de discussão que permite a reflexão do agente, enquanto sujeito desse processo, capaz de intervir nas situações observadas, a partir das visitas domiciliares, levando às UBS seu olhar, enquanto profissional da área da saúde e morador da comunidade. Os autores destacam que o AS é o único profissional da equipe de saúde que não tem uma formação anterior na área da saúde e o fórum oferece oportunidade de troca de experiências entre as diferentes Unidades de Saúde, discussão sobre organização do processo de trabalho e, ainda, compartilha sentimentos que emergem do trabalho. ⁽³⁴⁾

Os fóruns seguiam um roteiro de atividades a serem realizadas em um período de 8 horas, contemplando os seguintes momentos:

a) Atividade de *Lian Gong* em 18 terapias: são exercícios terapêuticos elaborados e desenvolvidos pelo médico Dr. Zhuang Yuen Ming e introduzido no Brasil por Maria Lúcia Lee; é uma prática que estimula o auto cuidado e a responsabilidade sobre a situação da saúde individual e coletiva.

Os efeitos terapêuticos complementares dos “exercícios para a saúde”, se prescritos e praticados pelas equipes de saúde e se incorporados na abordagem e tratamento das doenças crônicas, poderá significar um processo transformador onde os usuários podem assumir um maior controle sobre sua saúde. No final de 2006 o MS, ao divulgar a Política Nacional de Promoção à Saúde incorporou estas práticas como prioridade na estruturação do SUS.

Desde 2001, a gestão municipal vinha implantando ações de promoção a saúde com esta terapia, planejou capacitar os AS e ACS para realizarem esta atividade como monitores, nas micro-áreas onde atuavam; os mesmos destacavam-se espontaneamente para esta prática. Os fóruns tinham início

com esta atividade coordenada sempre por um agente, com rodízio dos mesmos.

b) Espaço aberto: Momento democrático em que os profissionais se sentiam seguros para colocarem sobre condições de trabalho, problemas, dúvidas, limites, possibilidades, questões trabalhistas, entre outros. As falas eram registradas em flip chart pelas facilitadoras. Elas davam retorno imediato para as questões as quais tinham resposta e comprometiam-se encaminhar as demandas conforme a urgência que era pautada.

c) Apresentação da tarefa de dispersão: A atividade de dispersão era sempre solicitada no fórum anterior e relacionava-se ao desenvolvimento de alguma atividade na área de abrangência ou na UBS/UBSF de referência, buscando envolver outras categorias profissionais da equipe de saúde.

O resultado da dispersão era apresentado por um relator da equipe, definido em forma de rodízio. Após as apresentações as facilitadoras, davam ênfase para as discussões que abordavam aspectos do compromisso dos profissionais com o serviço, o envolvimento no trabalho em equipe e o planejamento das ações propostas. O diálogo sobre situações problemas, a troca de experiência e a horizontalidade propiciavam discussões e desconstrução de paradigmas que dificultavam a construção e execução de uma nova realidade de trabalho.

d) Escolha de temas: Em todos os fóruns era feita a escolha de um tema específico, acordado junto aos agentes e facilitadores no fórum anterior. Alguns temas eram escolhidos de acordo com a política municipal de saúde e conforme as metas definidas no planejamento anual da saúde.

e) Discussão dos temas: Para aprofundamento do tema, os agentes reuniam-se em grupos com os profissionais da sua unidade ou mesclavam-se profissionais de Unidades de Saúde diferentes.

A escolha para tipo de formação do grupo dependia do resultado que se esperava alcançar com a dinâmica, seja para fortalecer a equipe ou para troca de experiência.

f) Orientação para dispersão: Consistia na orientação para os participantes desenvolverem uma ação junto à equipe ou no território da UBS/UBSF, relacionada ao tema desenvolvido, visando fortalecer a estratégia saúde da família no município.

g) Avaliação do Fórum: Em plenária, os participantes apresentavam sua opinião sobre o fórum, relacionadas a deslocamento, local, alimentação, conteúdos, dinâmicas, entre outros. Estas avaliações eram consideradas pelas facilitadoras que davam os encaminhamentos pertinentes para cada situação. Mesmo com o SUS garantido pela Constituição Federal e com as legislações que o regulamentam, houve resistência, dos profissionais das UBS que vinham atuando no modelo de saúde tradicional, com atendimento de queixa-conduta. Sendo assim negavam que a inserção dos AS nas UBS daria certo; também existia um preconceito de que os mesmos não conseguiriam assimilar outros assuntos relacionados a saúde que não fosse sobre a dengue.

No entanto a postura e a fala dos gestores e coordenadores dos programas de que a inserção era meta da SMS, como processo de reorganização da saúde no município anulava as queixas dos gerentes e enfermeiras das UBS a estes, sendo fundamental ao processo dos fóruns e ajudando a consolidar esta iniciativa.

A maneira como os fóruns foram organizados permitiram que os agentes expusessem os seus sentimentos sobre o processo de trabalho e permitia a troca de experiência entre eles. Assim, os mesmos conseguiam perceber que todos tinham experiências bem sucedidas e dificuldades semelhantes na realização de atividades nos seus territórios e isto os colocava em uma relação de iguais.

O fórum é uma estratégia de articulação dos profissionais e onde é possível visualizar problemas ou dificuldades na sua prática de trabalho e promover resoluções dos mesmos com outros profissionais.

Atualmente foi utilizado na formação de médicos homeopatas para o SUS e proporcionou elaboração de um consenso na superação de graves problemas com os quais eles se deparavam na prática.⁽³⁴⁾

Com o avanço tecnológico dos últimos anos, o acesso a dados científicos e a comunicação entre pessoas está cada vez mais fácil. Com isso realizou-se uma pesquisa que desenvolveu fórum de discussão sobre cirurgia vascular através do correio eletrônico, e esta estratégia proporcionou crescimento constante no número de participantes e foi muito bem avaliado pelos especialistas.⁽³⁵⁾

Evangelista *et al.*, (1999)⁽³⁶⁾ relataram a experiência de um fórum nacional sobre o desafio do cuidado do pé diabético, visando prevenir as complicações e reduzir o número de amputações.

2.5 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada através do método de análise de conteúdo categorial de Bardin (1977) ⁽³⁷⁾. Para Bardin a análise de conteúdo constituiu-se em um conjunto de técnicas de análise de comunicações, visando obter, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens. Assim possibilita a compreensão do que está por trás das palavras e busca outras realidades através das mensagens.

Ainda, Bardin (1977) ⁽³⁷⁾ define que o tema é uma unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia. Explica a autora que podem ser feitos recortes dos textos, em idéias constituintes, em enunciados e em proposições portadoras de significados isoláveis. O tema é utilizado como unidade de registro para estudo de diversos aspectos, tais como a motivação de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças e de tendências.

As etapas de análise dos dados corresponderam a:

- 1) organização das anotações da observação direta realizadas durante o fórum pela pesquisadora;
- 2) exploração do material;
- 3) codificação dos temas; que permitem atingir a representação temática do conteúdo, compondo as categorias. ⁽³⁷⁾ Definição de categorias temáticas a partir dos temas recorrentes. Neste trabalho as categorias e

temas foram registrados considerando-se as diretrizes da SUCEN e MS (SUS).⁽²³⁾

A seguir serão apresentados os resultados obtidos através da análise acima referida.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise das falas dos participantes da pesquisa produziram-se resultados que foram agrupados em cinco categorias: Inserção Social, Integralidade, Intersetorialidade, Valorização dos AS e Educação Permanente.

Os resultados serão apresentados nessa ordem, discutidos e comparados com a literatura sobre os temas.

3.1 Inserção Social

Segundo as normas técnicas da SUCEN, ⁽²³⁾ o território é uma área geográfica, cuja estratificação viabiliza a realização das avaliações entomológica e epidemiológica e o planejamento das ações de controle da dengue e de seu vetor. De acordo com essas normas, devem ser cadastrados e classificados os imóveis de maior importância para dispersão do vetor e para disseminação do vírus da dengue.

Para o MS, o território não é apenas uma divisão geográfica, mas um espaço, produto de uma dinâmica social em permanente construção, no qual indivíduos estão em constante conflito de interesses, de projetos, e de sonhos. Esse espaço, em contínua reconstrução, tem uma configuração que corresponde às diferentes localizações de distintos conjuntos sociais no seu interior, com suas necessidades, demandas e representações de interesses diversificados. ⁽³⁸⁾

No desenvolvimento dos fóruns os participantes fizeram relatos referentes ao território, em situações vivenciadas na sua rotina de trabalho,

após a inserção nas UBS: “conheço detalhes, esse bairro é meu, tenho comprometimento”; “conheci pessoas que só se via circulando”; “a área para cada um dos agentes é muito grande”; “ocorreu a apropriação do território da área de abrangência da UBS pelo agente”; “mudanças permitiram que o agente conhecesse as famílias e os problemas da população, o que ocasionou a melhora do vínculo com os moradores e da visão que os moradores tem dos agentes”; “desenvolvemos olhar crítico para outros problemas de saúde além da dengue”; “as crianças nos reconhecem como tia da dengue, durante nossas visitas aos imóveis, pois fizemos atividades educativas nas escolas...”. Essas falas apontam para o entendimento de um território dinâmico, onde os AS puderam apropriar-se de informações e conhecimentos de situações relevantes para o desenvolvimento de suas atividades diárias.

Segundo as normas técnicas da SUCEN, na abordagem do agente aos moradores nas visitas realizadas nos imóveis, há a oportunidade de observar o ambiente da casa e de seus arredores, estabelecendo as recomendações necessárias para o controle do vetor. Para a SUCEN, durante a execução dos procedimentos de controle, é importante que o agente oriente e realize a conduta para o controle mecânico, com a eliminação ou mudança de local para que o recipiente deixe de ser criadouro, e/ou uso de produtos alternativos para o controle do criadouro fixo do vetor, tais como sal e água sanitária.

A SUCEN orienta que o trabalho do ACV seja bimestral, realizado por quadra, com visita em todos os imóveis, as quais são distribuídas diariamente pelo supervisor; sendo assim, dificilmente os profissionais voltavam a fazer as visitas nos mesmos imóveis, impossibilitando estabelecer uma relação de confiança e vínculo com os moradores. Da mesma forma, a norma, orienta que

tais atividades sejam executadas registradas em instrumentos específicos e posteriormente encaminhados para digitação centralizada na SMS.⁽²³⁾

Nesse quadro, a população reconhece o ACV como uma porta de entrada para reclamações e requer a resolução de problemas que vão além da presença do vetor e da doença. O hiato entre as demandas e a atuação pública promove o descrédito da população quanto às competências do agente e interfere na sua atuação.⁽⁸⁾

Desta maneira os ACV faziam seu trabalho de forma mecânica e repetitiva, causando a insatisfação tanto do profissional como do morador.

Com a descentralização e a inserção dos ACV nas UBS, orientados pela Estratégia de Saúde da Família, foi criado um instrumento denominado histórico do imóvel. Esse instrumento permitia o acompanhamento da situação encontrada no imóvel, bem como avaliar se houveram mudanças no comportamento do responsável em relação às considerações feitas na visita anterior. Este mesmo instrumento possibilitava avaliar os imóveis por situação de risco, facilitando o planejamento do trabalho com priorização de visitas. Esta racionalidade no trabalho acabou por permitir ao AS executar outras ações para além do controle, *stricto sensu*, como atividades educativas em sala de espera das UBS, escolas, empresas, dentre outras.⁽³⁹⁾

Outros profissionais da UBS também elegiam prioridades que necessitavam de apoio dos AS, as quais eram incluídas na sua rotina de trabalho. O enfoque na Estratégia Saúde da Família ampliou o olhar do AS sobre o território, o que se evidencia nas falas dos AS: “o morador cumprimenta pelo nome ou moça do postinho e não mais pela moça da dengue”; “ampliação das atividades para além do problema da dengue, somos verdadeiros multiplicadores de saúde”;

“houve melhoria da credibilidade junto ao morador, com a capacitação está havendo maior resolutividade para os problemas que encontramos”; “quando começamos a falar das atividades oferecidas nas UBS, percebemos a surpresa do morador, falando: agora vocês estão fazendo isso também?”...

Para Vilaça (1996), ⁽¹⁵⁾ no reconhecimento de um território, deve-se identificar descrever e explicar os macro-problemas de saúde nele contidos, referidos por atores portadores de um dado projeto de saúde, para depois articular, mediante a vigilância em saúde, um conjunto de operações intersetoriais destinadas a resolvê-los, tendo presente a disponibilidade real de recursos existentes nesse território.

Pesquisa aponta dificuldades e mesmo inviabilidade para o desenvolvimento das atividades de controle da dengue pelo fato de serem desenvolvidas verticalmente, sem seguir os princípios do SUS ⁽⁴⁰⁾ e com falta de integração das atividades do setor saúde com os demais setores e ausência de fluxos de encaminhamentos. ⁽⁷⁾

No processo de trabalho nas UBS, a articulação e integração da UBS com o setor de Vigilância em Saúde contribuiu para o alcance de objetivos como o que se refere às atividades de promoção a saúde, prevenção das doenças e manejo ambiental. As atividades rotineiras desenvolvidas na AB com enfoque de vigilância na saúde tornam viáveis os princípios e diretrizes de acesso universal e da integralidade, para uma prática centrada num conceito mais amplo de saúde. ⁽⁴¹⁾

Nesta experiência foi necessária a manutenção dos supervisores, como profissionais essenciais para o acompanhamento do trabalho no território realizando coordenação conjunta com o enfermeiro da UBS. Este

acompanhamento conjunto possibilitou a otimização do trabalho da equipe referente a gestão da UBS, dos AS, bem como na busca de soluções para problemas intersetoriais.

As dificuldades na integração dos ACV no desenvolvimento de ações da UBS são demonstradas pelas seguintes falas: "... no começo houveram algumas alfinetadas, pois eram visões completamente diferentes para objetivos iguais, talvez o que precisa melhorar são as pessoas que sempre estão armadas, como se fossem para guerra, estamos em busca dos mesmos horizontes"; "hoje, depois de um tempo de desconforto e ansiedade a aproximação aconteceu entre os AS e a UBS... e há um melhor entendimento da população sobre o nosso trabalho..", "houve uma integração boa entre a UBS, Policlínica e UBSF... Uma nova troca de conhecimentos e como cada uma delas funciona"; "A incorporação do agente na UBS é trabalho de prevenção e é uma atenção básica"; "Tudo vem para o enfermeiro por causa do modelo, o médico se recusa a participar... não podemos desanimar, temos que acreditar"; "A proposta é interação com a comunidade, a saúde pública é isso, se não estaria dentro do hospital"; "O modelo centrado no médico como cuidador da saúde, não...o agente trabalhará... a própria pessoa é capaz de fazê-lo"; "no sistema único as unidades são portas de entradas e é com elas que temos que nos preocupar...e esse sistema foi determinado como modelo em ações programáticas e pronto atendimento de queixa-conduta.... começamos a ter serviço para esse jeito, os atendimentos são muito rápidos e as pessoas querem especialistas... Em 1994 veio o programa saúde da família com a proposta de conhecer a população que está chegando para atender"; "As UBS e UBSF são iguais, o que muda é o conhecimento do território e os ACV.. agora estão propondo transformar em AS e depois como técnico."; "Eu

como enfermeira tenho escolha? Se não tiver perfil? Posso não fazer?"; "Senti um maior crescimento, como profissional e maior responsabilidade, a equipe de AS e UBS tiveram uma interação que antes não havia e passei a observar mais a casa do morador levando os problemas para as UBS para uma possível resolução."; "Isso foi o pulo do gato, os ACV em AS, deixa a unidade mais redonda"; "...em visita de rotina descobri um caso de rubéola, passei para a UBS, foram verificar e era verdade, a mãe pensou que fosse dengue, fizemos o bloqueio junto com as enfermeiras..."; "Não conhecíamos as atividades executadas na UBS, hoje não, orientamos e muitas vezes argumentamos porque funciona daquela forma..."; "Muitos moradores reclamam de alguns médicos e passamos para o enfermeiro, ou então dão sugestões de como poderia ser realizado determinada atividade na UBS de uma forma melhor...".

Para Santos (2003), ⁽⁵⁾ a doença é entendida como um fenômeno isolado, reproduzida em laboratórios e controlada segundo normas científicas. Diante disto, os serviços de controle de endemias obedecem a uma percepção fragmentada dos chamados problemas sociais.

Nos últimos anos, a ocorrência de surtos e epidemias por doenças emergentes ou reemergentes obrigou a pensar numa nova lógica de organização dos serviços de saúde e entre os fatores que contribuíram para essa mudança está o aumento demográfico, as mudanças no comportamento social e as alterações ambientais.⁽⁴¹⁾

Esta situação levou o município a pensar em uma nova lógica de organização das atividades de controle da dengue, com a inserção dos ACV nas UBS, tendo como diretriz a estratégia saúde da família e a melhora da eficácia no controle da dengue.

As visitas aos imóveis sem avaliação de risco do imóvel são normas estabelecidas pela SUCEN que orientam que estas, no controle do vetor, devem realizar visitas bimestrais e com controle mecânico, sem estabelecer prioridades destas visitas nos locais onde o morador não tenha realizado mudança de hábitos, existe possibilidade maior de encontrar mosquitos em imóveis anteriormente positivos para o vetor, do que em imóveis onde anteriormente não havia. ⁽⁴²⁻⁴⁴⁾ Uma outra situação reforça a importância da priorização das visitas, pois no verão sete dias são suficientes para que um criadouro existente em um imóvel, origine mosquitos que possam causar a transmissão da doença.

Várias falas dos participantes ressaltam essas questões: "...moradores jogam lixo no mesmo momento em que estamos retirando criadouros..."; "mudanças permitiram que o agente conhecesse as famílias e os problemas da população o que ocasionou a melhora do vínculo com os moradores e da visão que os moradores têm dos agentes."; "...atividades com maior peso na conscientização dos moradores do que nas atividades de controle mecânico"; "aproveitar o trabalho do agente para conscientização das pessoas e não para recolher lixo."; "Eliminação das atividades de controle mecânico em troca de uma atividade de conscientização."; "...criar condições para que os agentes colaborem na organização da comunidade para solução de problemas comuns, reivindicações, prioridades coletivas....".

A legislação que regulamenta o funcionamento do SUS direciona para uma prática que prioriza situações de risco onde os serviços devem estar atentos às necessidades da população, respeitando o princípio da equidade.

No entanto Campos (1997), ⁽⁴⁵⁾ alerta que as questões de ordem econômica e política constroem normas, valores e estruturas que limitam a substituição de um modelo mais antigo por outro mais avançado e evoluído.

De acordo com as normas da SUCEN a promoção e prevenção estão centralizadas na figura dos profissionais de IEC (Informação, Educação e Comunicação), que são responsáveis pela capacitação dos ACV, em relação às abordagens que devem ser realizadas nos imóveis, bem como ações integradas de educação em saúde, comunicação e mobilização social. Nos municípios maiores é admitido o Educador em Saúde Pública. Estes profissionais trabalham com a idéia subjacente de que as ações educativas irão ocorrer “naturalmente”, transformando-se em uma prática cotidiana da população. Assim, as ações de educação em saúde são desenvolvidas de modo intuitivo, sendo fundamentadas no bom senso ou na imitação de modelos, sem a preocupação em criar espaços para o exercício de uma análise crítica pelos sujeitos envolvidos.⁽⁴⁶⁾

Para o MS os agentes, assim como os demais membros da equipe devem ter co-responsabilização com a saúde da população de sua área de abrangência, portanto precisam desenvolver ações de promoção e prevenção, seja nos domicílios ou nos demais espaços da comunidade.⁽⁴¹⁾

Algumas falas apontavam para a necessidade de mudança:

“Precisamos de capacitação”; “Necessitamos de novas informações para ampliar nossos conhecimentos e transmiti-los aos moradores, que também nos cobram métodos diferenciados, que poderiam ajudar na melhoria da saúde num todo...”; “Criar condições para que os agentes colaborem na organização da comunidade para solução de problemas comuns, reivindicações, prioridades

coletivas...”; “...treinamento para trabalhar com a comunidade...”; “Maior integração dos agentes com os trabalhos, quebra da vergonha de falar, participação nossa nos trabalhos...”.

Pode-se constatar que a SUCEN direciona o processo educativo para o controle da dengue centralizado no profissional IEC, desvalorizando a participação dos demais profissionais neste processo. No entanto o MS aponta para o entendimento de que todos os profissionais de saúde são potenciais educadores em saúde na sua rotina de trabalho, havendo necessidade de processo de capacitação permanente para a que isto ocorra.

3.2 Integralidade

De uma maneira geral as UBS sempre tem uma alta demanda de atendimentos ⁽⁴⁷⁾ do tipo queixa-conduta. A inserção dos AS nas UBS aumentou muito mais as solicitações por atendimentos diversificados, trazendo uma visão do território desconsiderada até então pelos seus profissionais, gerando tensões e conflitos, pois mesmo com as políticas de saúde apontando para a necessidade de reorganização do modelo de saúde, os profissionais não estavam sensibilizados para esta mudança, que visa atender regulamentações sobre o funcionamento do SUS.⁽⁴⁸⁾

Uma oportunidade de resolução desses conflitos era a reunião semanal do enfermeiro com a equipe dos agentes e supervisor e a reunião mensal com toda equipe da Unidade de Saúde, porém, esta nem sempre acontecia devido a resistência de vários profissionais, e quando acontecia, ocorria com a presença de poucos profissionais da Unidade.

Neste processo de transição também se evidenciou a resistência dos profissionais das UBS em relação aos supervisores das equipes de controle da dengue e vice-versa. Isso criou dificuldade para a inserção dos AS como pode ser notado nas falas a seguir: *“Os agentes falam que nós supervisores não mandamos mais, que não seremos mais necessários, quem manda agora é a enfermeira...”*; *“não temos lugar para ficar na Unidade...”*; *“Estamos empenhados em desenvolver bem as funções, mas esperamos que as UBS nos recebam bem.”*; *“Espero que a UBS acolha a gente..”*; *“...bom a integração com outras pessoas... tudo que é novo dá medo...”*; *“Tínhamos receio de como seríamos recebidos e as pessoas da unidade também.. e trabalhamos isso em reunião... de repente como passe de mágica aconteceu.. é uma coisa boa, todo mundo está integrado”* *“... hoje eles reconhecem que viemos para colaborar com a unidade”*; *“acredito que esta integração será para contribuir com a UBS... será em favor de nós todos...”*

A incorporação dos AS nas UBS contribuiu para que as atribuições definidas para os profissionais de saúde pudessem ser executadas e assumidas de uma forma inovadora, com efetiva mudança na organização dos serviços de saúde, dentro de uma nova lógica, com maior capacidade de respostas às necessidades básicas de saúde da população em sua área de abrangência, cobrando das UBS maior resolutividade dos problemas encontrados dentro de seu território e não se limitando ao modelo médico centrado.

O AS, neste novo contexto, passou a ter como um dos objetivos de sua atividade a atuação na comunidade, como pode ser visto nas seguintes falas: *“...as atividades da unidade foram discutidas conosco em reunião”*; *“percebi*

que o morador me trata melhor depois que me viu na unidade e comecei a fazer as visitas de rotina...”; “O morador ficou contente com o avanço e podemos ajudá-lo no acesso à unidade...”; “Nós moramos e trabalhamos e detectamos ser gratificante levarmos um caso e conseguirmos resolver.”; “Nós agentes já temos uma salinha, não somos conhecidos como moça da dengue ”; “O agente é importante na visita domiciliar e em trabalhos educativos na comunidade.” “É difícil, complexo trabalhar na UBS... bate sentimentos, angústia, satisfação, medo e cansaço. Existe a importância do trabalho em equipe...a unidade tem seu limite...”; “...pedi orientação para o ACS de como ela mobilizava a comunidade...”

Estes achados coincidem com o que Costa *et al.*, (2004)⁽⁴⁹⁾ encontraram sobre o papel dos ACS na UBSF, que são considerados interlocutores entre o serviço e a comunidade e é por meio dos agentes que a comunidade consegue espaço para se expressar.

Existe urgência de mudanças e inovação nos paradigmas da saúde com uma abordagem preventiva fundamentada em programas abrangentes de educação e cuidado integral;⁽⁵⁰⁾ tornando-os instrumento de gestão pública que aproxime, cada vez mais a população de suas reais necessidades.⁽⁵¹⁾

Estimular a autonomia dos profissionais de saúde, principalmente em seu trabalho em equipe, é questão central para que possam construir processos de trabalho mais efetivos e com maior satisfação de seus desejos e aspirações; evitar a alienação decorrente da divisão do trabalho e manter a consciência do todo; adotar normas flexíveis que não inibam a criatividade da equipe; estimular, também, a autonomia dos usuários, incentivando-os para o autocuidado, oferecendo informações sobre os processos de adoecimento e o

papel dos serviços de saúde na preservação da saúde, aumentando a consciência sanitária.⁽⁵²⁾

3.3 Intersetorialidade

A intersetorialidade tem como base o reconhecimento do território, a identificação dos macro-problemas de saúde, e a definição de um conjunto de operações intersetoriais destinadas a resolvê-los, tendo presente a disponibilidade real de recursos existentes nesse território. Ela vai estar baseada na articulação das ações de governo sobre problemas concretos, prioridades das pessoas identificadas em seus territórios e transformadas em demandas políticas. Esse é o papel central que a prática da vigilância em saúde deve desempenhar. A falta de uma visão global pode levar ao desconhecimento e a manutenção da exclusão social ou o negligenciamento de processos saúde – doença emergentes ou latentes.⁽¹⁵⁾

Em 2003, foi desenvolvido neste mesmo município, um estudo qualitativo sobre as atividades de controle à dengue na visão de seus agentes e da população atendida, o qual mostrou que ambos, ACV e ACS, não estavam preparados para lidar com questões relacionadas a problemas da coletividade e com a intersetorialidade.⁽¹⁶⁾ O enfrentamento dessa idéia, segundo McMichael *et al.*, (1997), ⁽¹⁸⁾ necessita de aprofundamento teórico e ampliação de conhecimentos, pois em muitos casos são novos problemas, apesar de já inseridos na vida cotidiana da maioria das populações.

O supervisor da equipe recebia as demandas dos ACV e só existiam fluxos dentro da Secretaria da Saúde, o intrasetorial. As questões que

demandavam ações intersetoriais, aqueles relativos a outros setores do serviço público eram encaminhadas para a coordenação do programa. Uma queixa constante dos agentes era de que quando realizavam as visitas domiciliares e se comprometiam em solucionar determinado problema, existia uma morosidade na resolutividade e às vezes ficava sem resolver, como é visto nas falas dos agentes: *“...falta de resolução de problemas encontrados desmotiva o trabalho...”*; *“...precisa de melhoria da credibilidade junto ao morador e maior resolutividade para os problemas encontrados...”*; *“Os agentes devem ser capacitados para ampliar seus conhecimentos e transmiti-los aos moradores, o que poderia ajudar na melhoria da saúde num todo..”*; *“Criar condições para que os agentes colaborem na organização da comunidade para solução de problemas comuns, reivindicações, prioridades coletivas...”*; *“...ter mais experiências em trabalho na comunidade, potencializando o ser profissional....”*; *“o supervisor precisa ter bom relacionamento, ser motivador...”* As demandas precisam de soluções mais rápidas.”

Observamos no decorrer do processo de inserção do AS, que seus supervisores acabavam desempenhando as funções de facilitadores na coordenação do trabalho, buscando realizar ações intersetoriais vinculadas a Unidade de Saúde.

De acordo com a Portaria GM/MS 2.488 de 21/10/2011 ⁽⁵³⁾ a atenção básica tem como fundamentos desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população. Desse modo, as equipes de saúde estarão investindo na transformação da relação dos indivíduos com os fatores que propiciam o desenvolvimento de doenças e, além disso, estarão

trabalhando o fortalecimento do conceito de cidadania e autonomia dos sujeitos para a modificação e melhoria de suas vidas.⁽⁴¹⁾

O supervisor pode ser potencializado na articulação intersetorial dentro de suas áreas de abrangência; ao invés de exercer a sua função de forma fiscalizadora e autoritária, deve ter um bom relacionamento interpessoal e ser um motivador da equipe.

3.4 Valorização do Agente de Saúde

As doenças causadas por vetores estão diretamente relacionadas à precariedade de condições sociais e sanitárias. O atual programa de controle não abrange políticas públicas voltadas para a solução da grave desigualdade relativa a tais condições, tornando ineficientes as promoções de medidas de vigilância e de educação em saúde. Um exemplo disto aconteceu dentro do território de uma UBSF, onde foi iniciado o trabalho de controle a dengue e uma das ACS relatou a seguinte dificuldade: “...não adianta a equipe se preocupar em fazer a promoção e prevenção a dengue sem resolver esta prioridade da população” [uma vez que na área não havia coleta de lixo].

Os agentes referiram algumas falas da população, presenciadas no desenvolvimento de suas atividades de rotina, antes de tornarem-se AS: “...você de novo, já sei tudo sobre dengue...”, “...a culpa é da população que é porca, que adianta eu cuidar se o vizinho não cuida?”; “...sabe o que tem que fazer, mas não faz...preguiça quer que alguém faça por ele”; “minha casa é limpinha não tem dengue”.

Valla *et al.*, (1993) ⁽⁵⁴⁾ revelam o fenômeno da “culpabilização da vítima” e mostram que a população tem dificuldade de acesso às informações oficiais. Em conjunto, não permitem que os grupos populares tenham uma visão abrangente sobre os determinantes de suas condições de vida e trabalho. ⁽⁵²⁾

A simples passagem de conhecimento não implica em mudanças de hábito com reflexos na situação do domicílio, como a eliminação ou pelo menos a diminuição do número de recipientes que possam criar vetores da dengue. ^(20,55-56) As formas de agir dos sujeitos, para alcançar seus objetivos variam de acordo com os significados e a importância relativa atribuída aos diferentes bens, materiais e simbólicos, que reivindicam. ⁽⁵⁷⁻⁵⁸⁾ Assim, para que mudanças ocorram, há a necessidade de uma nova forma de olhar para as classes populares, principalmente no que se refere à nossa compreensão sobre suas maneiras de conhecer e agir no mundo. ⁽⁵⁹⁻⁶⁰⁾

Após a inserção dos agentes nas UBS houveram mudanças de percepção quanto à sua atuação junto aos moradores, o que foi constatado através das falas:

“...agora não falamos só sobre a dengue..., falamos sobre outras coisas, pois cansa repetir as mesmas coisas. Com isso a gente fica mais motivado e menos cansativo...”;

“A nossa participação na UBS está sendo ótima, pois a equipe de enfermagem não tem pernas, será bom para atuar melhor na nossa área..”;
“...valorizar cada serviço, cada coisa, um precisa conhecer o que o outro faz para integrar o trabalho...”;

“... conquistamos nossa valorização, crescemos e agora não somos catadoras de lixo”;

“...integrar com a UBS é importante, ajudar e não só meter o pau...”

Os AS relataram boa relação com a comunidade, sentindo-se valorizados em participar da equipe de saúde, de terem voz no planejamento das ações de saúde e motivados para realizarem seu trabalho e buscarem soluções para as prioridades e demandas da comunidade. Como agentes reconhecem que ainda não tiveram formação suficiente na área de saúde e sentem necessidade de mais capacitação para assumirem o cuidado integral dos moradores; referem também o aumento de suas responsabilidades e a preocupação com a qualidade do seu trabalho.

3.5 Educação Permanente

A educação permanente consiste num processo pedagógico que facilita o aprendizado, atualiza conhecimentos e habilidades, desenvolve competências de gestão e de cuidado na AB, partindo dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores, conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho, entre outros, no qual são considerados os elementos que fazem sentido para os atores envolvidos, sendo assim, uma aprendizagem significativa.

Esta educação possui como pressuposto a programação ascendente, parte da análise coletiva dos processos de trabalho, levantando os nós críticos a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas, que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências

inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde,⁽⁵³⁾ considerando que integração não é acomodação, ela resulta da capacidade de ajustar-se à realidade acrescida da possibilidade de transformá-la.⁽³¹⁾

Os temas educação na saúde, educação comunitária, participação popular, educação participativa e educação permanente, vêm cada vez mais ocupando espaço nas discussões e reflexões entre os profissionais de saúde pública, como uma das diretrizes para a concretização e reestruturação do SUS. A educação na saúde pode ser entendida como um conjunto estruturado de práticas pedagógicas articuladas às práticas de saúde, dialógica e que se dá nas relações entre sujeitos sociais portando diferentes saberes, em diferentes espaços, públicos ou privados, podendo ser apresentada de maneira formal ou informal, utilizando-se de metodologias progressistas ou conservadoras.⁽⁶¹⁻⁶²⁾

O MS através da Portaria Nº 2.488, de 21 de Outubro de ⁽⁵²⁾ descreve as atribuições dos profissionais da AB e também dos agentes que devem desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade.

Na prática os AS sentem necessidade de capacitações para trabalhar, buscando a integralidade do atendimento, o que é expresso nas seguintes falas: “..os fóruns ajudam na .integração dos agentes...”, “... um melhor aperfeiçoamento para sabermos como atuar...”, “...saber orientar a comunidade...”; “integração do grupo e discutir o desempenho de cada um...”; “... tiramos muitas dúvidas que não conseguíamos às vezes resolver no campo...”; “....os fóruns servem para aumentar a união da equipe dos AS em

relação a UBS...”, “...capacitação dos AS no trabalho de orientação na prevenção...”; “Conhecer o trabalho feito nas outras unidades que não tínhamos contato...”; “Melhor entendimento sobre o processo de trabalho, uniformização das informações...”; “...os fóruns contribuíram para o nosso desenvolvimento, tanto pessoal como profissional...”; “Discutimos e refletimos conhecimentos necessários para os agentes, fica mais fácil para esclarecer as dúvidas e orientar os moradores...”; “Incentivo para que o agente tenha um maior compromisso com o trabalho, vestir a camisa, boa vontade, otimismo”; “Vivência de experiências novas e opiniões diferentes...”.

Conforme o relato dos AS, os fóruns contribuíram para a reorientação do modelo de atenção à saúde criando um espaço de discussão onde o saber e o fazer em educação permanente, foram encarnados na prática concreta dos serviços de saúde.⁽⁶³⁾ A educação permanente deve ser constitutiva da qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular. Nesse sentido, a educação permanente é a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos diferentes serviços, cuja finalidade é melhorar a saúde da população.⁽⁵³⁾

Os fóruns foram realizados dentro desta perspectiva, de que educar significa capacitar pessoas para situar-se responsavelmente no mundo, partilhando idéias e metodologias que valorizem a tomada de posição. Os fóruns visaram possibilitar ao educando emitir suas opiniões, discutir aspectos positivos e negativos, as dimensões sociais, políticas, éticas, culturais, econômicas, entre outras, caminhando para a formação de cidadãos capazes de pensar e planejar um processo para transformar a sociedade.⁽⁶⁴⁾

3.6 Considerações Finais

A opção pedagógica utilizando a metodologia da problematização contribuiu para o processo de formação destes trabalhadores, pois considerou os AS como sujeitos do processo, propiciando assim, o seu crescimento pessoal e profissional.

Este processo de educação permanente teve continuidade nas UBS, contando com a coordenação dos enfermeiros e de outros profissionais da equipe (psicólogo e assistente social), a partir da elaboração de um cronograma e definição de temas de acordo com as necessidades do trabalho a ser realizado. Dentre estes temas ressalta-se a importância da definição das atribuições e do conhecimento destas, pelos AS, evitando-se o desvio para outras atribuições, que não sejam de sua competência, buscando garantir o planejamento das ações e o alcance de metas.

Na abordagem ao morador os AS passaram a utilizar falas diferenciadas, deixando de ser repetitivas, priorizavam a dengue buscando assuntos e informações atualizadas, porém de acordo com a realidade encontrada na casa ou em relação aos seus moradores, trabalhavam a prevenção e promoção a saúde considerando a sazonalidade (primavera, verão, outono e inverno) com o aparecimento das doenças.

A utilização de um folheto educativo diferenciado para cada estação do ano e as informações sobre as atividades realizadas nas UBS acolhiam parte das reclamações dos moradores da área de abrangência, esclareciam dúvidas e mobilizavam os moradores para participarem das ações programadas.

O reconhecimento destes resultados oriundos da inserção dos AS nas UBS, mostrou a construção de um novo caminho na forma de gerenciamento do SUS municipal, permitindo otimizar recursos e contribuindo na melhoria das relações entre trabalhadores/usuários e entre os trabalhadores da equipe de saúde no controle a dengue, bem como outras situações identificadas no território durante esta pesquisa. Este processo aprimora, facilita, abre o olhar, promove reflexões, discussões dos profissionais de saúde da UBS em relação ao que é preconizado pelo SUS. Mas como toda mudança gera conflitos, desconfortos e desafios, as políticas públicas devem ser bem aplicadas; pressupõe envolvimento, apoio da equipe de gestão e de todas as pessoas envolvidas na concretização do SUS. As mudanças são necessárias na efetivação dos seus ideários, para que os seus princípios de universalidade, integralidade e equidade sejam colocados em prática.

Foi observado que a inserção dos AS nas UBS favoreceu o envolvimento de outros profissionais no controle à Dengue, pois a equipe passou a ser co-responsável por esta situação na área de abrangência.

A intersectorialidade tem sido exercitada em cada território caracterizando-se como desafio que pressupõe o respeito a diversidade e as particularidades de cada setor ou participante; que envolve a capacidade de negociação bem como trabalhar os conflitos para que finalmente se possa chegar com maior potencia às ações.

Esta estratégia de inserção elevou a auto-estima dos AS, proporcionou um reconhecimento geral da importância do seu trabalho sócio-ambiental junto aos moradores, bem como a valorização de outros profissionais da equipe pelo seu trabalho. Mesmo com todo este reconhecimento, a complexidade dos diferentes fatores e setores envolvidos neste processo interferem no controle da doença, apontando para um desafio na busca de estratégias complementares a esta, visando soluções dos problemas conforme os mesmos se apresentam.

Além da prevenção e o controle da dengue contínuo, pesquisas inovadoras são necessárias, sendo um desafio para os pesquisadores em saúde pública uma vez que, para que esses conhecimentos sejam obtidos, precisam-se transpor os limites tradicionais. Temos que abandonar a educação tradicional, a prática de orientação prescritiva, o autoritarismo, a relação vertical, precisamos conhecer a realidade, realizar uma educação problematizadora, dentro da realidade dos participantes, identificar as prioridades das populações e os conhecimentos prévios para elaborar propostas educativas que privilegiem o diálogo.

Assim, precisamos desenvolver atividades de acordo com a práxis, que é ação refletida sobre uma situação ineficaz e que pode ser transformada. Nesta situação os moradores precisam participar neste processo de discussão para que ocorra mudanças de comportamento.

Observamos que a inserção dos AS nas UBS está contribuindo com a participação comunitária, possibilitando a discussão e a possibilidade de eliminação de dúvidas, gerando uma compreensão do problema e envolvimento na prevenção e controle da dengue.

4 CONCLUSÕES

4 CONCLUSÕES

O processo de inserção dos ACV junto às equipes de saúde na atenção básica vem ampliando o olhar na área de abrangência, permitindo a apropriação do território com o reconhecimento das necessidades e dos recursos existentes; com a criação de fluxos para resolução das demandas levantadas nas visitas aos imóveis.

Essa peculiaridade é indicadora de que a objetivação do trabalho do AS, agora não mais ACV na área da saúde, cumpre a tarefa de restabelecer o elo entre setores, profissões, instituições e saberes, amenizando a verticalização.

A nova forma de atuação dos AS, propõe um buscar contínuo para realizar um atendimento ao usuário do SUS de forma integral, que deve ser proposto a partir de estratégias de intervenções, conforme o aparecimento de problemas, para efetivação dos direitos de cidadania, sobretudo no que se refere aos mecanismos de mobilização da comunidade, para atrair lideranças na participação em conselhos locais de saúde e compreender que a dinâmica do SUS não é garantida somente pelo modelo idealizado, mas pelos processos de trabalho coletivo.

Aponta também, para a necessidade do trabalho em equipe e do desenvolvimento de ações intersetoriais para resolução da diversidade de situações encontradas.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de vigilância epidemiológica da dengue. Brasília; 1996
2. Superintendência de Controle de Endemias. Plano de emergência para o controle dos vetores do dengue e febre amarela no verão 1991-1992 no Estado de São Paulo. São Paulo: Superintendência de Controle de Endemias; 1991.
3. Fundação Nacional de Saúde. Plano diretor de erradicação do *Aedes aegypti* no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
4. Penna MLF. Um desafio para a saúde pública brasileira: o controle do dengue. Cad Saúde Pública 2003;19(1):305-309.
5. Santos SL. Laurentino dos. Avaliação das ações de controle da dengue: aspectos críticos e percepção da população. Estudo de caso em um município do Nordeste [dissertação]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.
6. Lima EC, Vilasbôas ALQ. Implantação das ações intersetoriais de mobilização social para o controle da dengue na Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública 2011;27(8):1507-1519.
7. Machado JMH, Porto MFS. Promoção da saúde e intersetorialidade: a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes. Epidemiol Serv Saúde 2003;12(3):121-130.
8. Chiaravalloti VB, Morais MS, Chiaravalloti Neto F, Conversani DT, Fiorin AM, Barbosa AAC, et al. Avaliação sobre a adesão às práticas

- preventivas do dengue: o caso de Catanduva, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2002;18(5):1321-1329.
9. Chiaravalloti Neto F, Baglini V, Cesarino MB, Favaro EA, Mondini A, Ferreira AC, et al. Programa de Controle do Dengue em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil: dificuldades para a atuação dos agentes e adesão da população. *Cad Saúde Pública* 2007;23(7):1656-1664.
 10. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletivs* 2009;14(3):783-794.
 11. Junqueira LAP. Novas Formas de Gestão na Saúde: Descentralização e Intersetorialidade. *Saúde Soc* 1997;6(2):31-46.
 12. Ianni AMZ, Quitério LAD. A questão ambiental urbana na atenção básica e o PSF. In: Cohn A, organizador. *Saúde da família e SUS: convergências e dissonâncias*. São Paulo: Cedec; 2009. p. 113-140.
 13. Monteiro ESC, Coelho ME, Cunha IS, Cavalcante MAS, Carvalho AAC. Aspectos epidemiológicos e vetoriais da dengue na cidade de Teresina, Piauí – Brasil, 2002 a 2006. *Epidemiol Serv Saúde* 2009;18(4):365-374.
 14. Ianni O. *Teorias da Globalização*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1999.
 15. Mendes EV. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: HUCITEC; 1996.
 16. Baglini V, Favaro EA, Ferreira AC, Chiravalloti Neto F, Mondini A, Dibo MR. Atividades de controle do dengue na visão de seus agentes e da

-
- população atendida, São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005;21(4):1142-1152.
17. Chiaravalloti Neto F, Barbosa AAC, Cesarino MB, Favaro EA, Mondini A, Ferraz AA, et al. Controle do dengue em uma área urbana do Brasil: avaliação do impacto do Programa Saúde da Família com relação ao programa tradicional de controle. *Cad Saúde Pública* 2006;22(5):987-997.
 18. McMichael AJ, Haines A. Global climate change: the potential effects on health. *BMJ* 1997;315(7111):805-9.
 19. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. Manual de Vigilância Epidemiológica da dengue e da febre amarela. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 1987.
 20. Chiaravalloti Neto F. Descrição da colonização de *Aedes Aegypti* na região de São José do Rio Preto, São Paulo. *Rev Soc Bras Med Trop* 1997;30(4):279-285.
 21. Donalísio MR, Alves JCP, Visockas A. Inquérito sobre conhecimentos e atitudes da população sobre a transmissão do dengue - região de Campinas, São Paulo, Brasil - 1998. *Rev Soc Bras Med Trop* 2001; 34(2):197-201.
 22. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle da Dengue - PNCD. Brasília: Ministério da Saúde: 2002. 34 p.
 23. Superintendência de Controle de Endemias. Vigilância e controle de *Aedes aegypti*: Normas, orientações e recomendações técnicas. Plano de intensificação das ações de controle de dengue no Estado de São

-
- Paulo. São Paulo: Secretaria da Saúde. Governo do Estado de São Paulo; 2001.
24. Tauil PL. Aspectos críticos do controle do dengue no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2002;18(3):867-871.
25. Mondini A, Chiaravalloti Neto F, Sanches MGY, Lopes JCC. Análise espacial da transmissão de dengue em cidade de porte médio do interior paulista. *Rev Saude Publica* 2005;39(3):444-451.
26. Barbosa AAC, Fávaro EA, Mondini A, Dibo MR, Chiaravalloti Neto F. Evaluation of oviposition traps as an entomological surveillance method for *Aedes aegypti* (Diptera, Culicidae). *Rev Bras Entomol* 2010;54(2):328-331.
27. Brasil. Ministerio da saúde. Portaria nº 44/GM de 2002 do Ministério da Saúde. 2002; http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0044_03_01_2002.html
28. Costa Neto MM, organizador. *Treinamento Introdutório*. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2000. 16 p.
29. Silva RA. *Manual de Vigilância entomológica de Aedes aegypti*. São Paulo; SUCEN; 1997. 38 p.
30. Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
31. Freire P. *Educação como prática de liberdade: a sociedade brasileira em transição*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2000.

32. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 16ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
33. Barban EG, Oliveira AA. O modelo de assistência da equipe matricial de saúde mental no programa saúde da família do município de São José do Rio Preto. *Arq Ciênc Saúde* 2007;14(1):52-63.
34. Estrela WL. Relatório sobre a formação de médicos homeopatas para o SUS. *Rev Homeopatia (São Paulo)* 2010;73(3/4):46-50.
35. Bellen B. Um forum de discussão por e-mail. *Cir Vasc Angiol* 2000;16(3):82-95.
36. Evangelista SSM, Frankini AD, Vergara EM, Santos MERC, Braga V, Duque AC, et al. Fórum Nacional da SBACV: o desafio do pé diabético. *Cir Vasc Angiol* 1999;15 (Nº Esp.):29-32, 1999.
37. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 70ª ed. Lisboa: Persona; 1977.
38. Associação Paulista de Medicina. *SUS: o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde*. São Paulo: APM; 2001.
39. Aguiar ZN. *SUS Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. São Paulo: Martinari; 2011.
40. Santos SL. *Avaliação das ações de controle da dengue: aspectos críticos e percepção da população. Estudo de caso em um município do Nordeste [dissertação]*. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.
41. Brasil. Ministério da Saúde. *Vigilância em saúde: zoonoses*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009

-
42. Fávaro EA, Mondini A, Dibo MR, Barbosa AA, Eiras AE, Neto FC. Assessment of entomological indicators of *Aedes aegypti* (L.) from adult and egg collections in São Paulo, Brazil. *J Vector Ecol* 2008;33(1):8-16.
 43. Tun-Lin W, Burkot TR, Kay BH. Effects of temperature and larval diet on development rates and survival of the dengue vector *Aedes aegypti* in north Queensland, Australia. *Med Vet Entomol* 2000;14(1):31-37.
 44. Chadee DD, Shivnauth B, Raulins SC, Chen AA. Climate, mosquito indices and the epidemiology of dengue fever in Trinidad (2002-2004). *Ann Trop Med Parasitol* 2007;101(1):69-77.
 45. Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. In: Cecílio LCO, organizador. *Inventando a mudança na saúde*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1997. p.29-88.
 46. Conversani DTN. Uma reflexão crítica sobre a educação em saúde. *Bol Inst Saúde* 2004;34:4-5.
 47. Paim J. *Saúde: política e reforma sanitária*. Salvador: Casa da Qualidade/ISC-UFBA; 2002
 48. Brasil. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990*.
 49. Costa EMA, Carbone MH. *Saúde da Família: uma abordagem interdisciplinar*. Rio de Janeiro: Rubio; 2004.

50. Veras R. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. *Cad Saúde Pública* 2007;23(10):2463-2466.
51. Oliveira FJF. A programação pactuada e integrada (ppi) no contexto da norma de assistência à saúde (NOAS) e o Conselho Nacional de Saúde: uma discussão sobre a gestão do SUS [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2004.
52. Silva Jr EA. Manual de Controle Higiênico Sanitário em Alimentos. 5ª ed. São Paulo: Varela; 2002.
53. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 [homepage na Internet]. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 2011. Seção 1, p. 48-55 [acesso em 2012 Mar 23]. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); [aproximadamente 30 telas]. Disponível em: http://www.corengo.org.br/attachments/article/374/PORTARIA%20MS_GM%20N%C2%BA%202.488,%20DE%2021%20DE%20OUTUBRO%20DE%202011.pdf
54. Valla VV, Carvalho M, Assis M. Participação Popular e os Serviços de Saúde: o Controle Social como Exercício da Cidadania. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz; 1993.

55. Gordon AJ. Mixed strategies in health education and community participation: an evaluation of dengue control in the Dominican Republic. *Health Educ Res* 1988;3(4):399-419.
56. Winch P, Lloyd L, Godas MD, Kendal C. Beliefs about the prevention of dengue and other febrile illnesses in Merida, México. *J Trop Med Hyg* 1991;94(6):377-87.
57. Sader E. Quando novos personagens entraram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo (1970-80). São Paulo: Paz e Terra; 1988.
58. Certeau M. *A Invenção do Cotidiano*. Petrópolis: Vozes; 1994.
59. Valla VV. A crise de interpretação é nossa: procurando compreender a fala das classes subalternas. *Rev Educ Realidade* 1996;21:177-191.
60. Valla VV. Apoio social e saúde: buscando compreender a fala das classes populares. In: V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e V Congresso Paulista de Saúde Pública. Resumos. Águas de Lindóia, São Paulo: Abrasco; 1997.
61. Freire P. *Ação cultural para a liberdade e outros escritos*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.
62. Pedroda LIS. Avaliação das práticas educativa sem saúde. In: Vasconcellos EM, organizador. *A saúde nas práticas e nos gestos - reflexão da rede de educação*. São Paulo: Hucitec; 2001.
63. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra; 2000.

64. Gomes JB, Casagrande LDR. A educação reflexiva na pós-modernidade: uma revisão bibliográfica. *Rev Latinoam Enferm* 2002;10(5):696-703