Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social

Keyla Roberta Libanio

A construção da integralidade nas práticas em saúde: o processo de implantação das ações de vigilância da dengue na estratégia de Saúde da Família do município de Piraí – RJ

Rio de Janeiro
2011

Keyla Roberta Libanio

A construção da integralidade nas práticas em saúde: o processo de implantação das ações de vigilância da dengue na estratégia de Saúde da Família do município de Piraí – RJ

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof.ª Dra. Roseni Pinheiro

Coorientador: Prof. Dr. Cesar Augusto Orazem Favoreto

Rio de Janeiro

2011

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

L694 Libanio, Keyla Roberta.
A construção da integralidade nas práticas em saúde: o processo de implantação das ações de vigilância da dengue na estratégia de Saúde da Família do município de Piraí – RJ / Keyla Roberta Libanio. – 2011.

Orientadora: Roseni Pinheiro.
Coorientador: Cesar Augusto Orazem Favoreto.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Saúde da família. 2. Controle de vetores. 3. Dengue – Teses. 4. Educação em saúde – Teses. I. Pinheiro, Roseni. II. Favoreto, Cesar Augusto Orazem. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. IV. Título.

CDU 613.9

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

_____ _____

Assinatura Data

Keyla Roberta Libanio

A construção da integralidade nas práticas em saúde: o processo de implantação das ações de vigilância da dengue na estratégia de Saúde da Família do município de Piraí – RJ

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

Aprovada em 12 de dezembro de 2011.

Banca Examinadora: _____

Prof.ª Dra. Roseni Pinheiro (Orientadora)
Instituto Medicina Social – UERJ

_____

Prof.ª Dra. Rosangela Caetano
Instituto Medicina Social – UERJ

_____

Prof.ª Dra. Alda Lacerda
Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ

Rio de Janeiro

2011

DEDICATÓRIA

Dedico esta vitória ao meu filho **Luís Felipe Libanio Alvarenga**, que é a maior de todas as minhas conquistas.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela força e coragem recebida nos percalços da vida.

À minha mãe, Regina Souza, um exemplo de mulher, de pessoa e coragem, pela sua dedicação aos filhos, que a fez esquecer-se de si mesma, fazendo das conquistas de cada um de nós as conquistas de sua vida. Por todas as vezes que me socorreu, tentando fazer com que meu filho não sofresse com minhas ausências.

Ao meu pai, Manoel Libanio, que iluminou os nossos caminhos com afeto e dedicação, para que os trilhássemos sem medo e cheios de esperança.

À Secretária de Saúde do município de Piraí, Maria da Conceição de Souza Rocha, pela oportunidade dada e o incentivo disposto. Obrigada por mais uma conquista em minha vida.

À Coordenadora da Divisão de Vigilância em Saúde, Ana Cristina de Souza Braga, minha chefe querida, pelo incentivo e confiança. Sou grata por você fazer parte do meu cotidiano de trabalho e a admiro muito por sua competência, carinho e dedicação a tudo o que faz.

À equipe de Vigilância Ambiental em Saúde, que colaboraram direta ou indiretamente para a finalização desta dissertação. Pelo companheirismo e amizade durante esses anos.

Às Agentes Comunitárias de Saúde do município de Piraí, principalmente àquelas que se dispuseram a contribuir com os seus valiosos depoimentos. São pessoas muito especiais pra mim.

Aos meus orientadores Roseni Pinheiro e Cesar Favoreto, pessoas admiráveis por sua competência, sabedoria, pela pessoa humana e acolhedora que são.

À vocês devo meu crescimento como pesquisadora, mas principalmente enquanto pessoa, à vocês expresso a minha imensa gratidão pela paciência, pela dedicação, por terem confiado em meu trabalho e na minha capacidade.

À Rosangela Caetano e Alda Lacerda, pelas importantes contribuições que fizeram, às quais foram fundamentais para conclusão deste trabalho.

Às pessoas queridas, Mariana Coura, pela paciência e amizade, me auxiliando nos momentos de desespero com as formatações. Flávia Silva, pela amizade e colaboração na leitura dos meus textos. Muito Obrigada.

Enfim, a todos que direta e indiretamente me incentivaram e contribuíram nesta vitoriosa conquista muito obrigada!

RESUMO

LIBANIO, Keyla Roberta. *A construção da integralidade nas práticas em saúde: o processo de implantação das ações de vigilância da dengue na estratégia de Saúde da Família do município de Piraí – RJ* . 2011. 91 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2011.

As atividades de controle da dengue no município de Piraí – RJ, incorporadas às atividades da Estratégia de Saúde da Família (ESF) desde 2005, experimentaram avanços relacionados às ações de Vigilância Ambiental em Saúde, envolvidos na vigilância da dengue. O novo modelo promoveu a integração das ações, a vinculação e responsabilidade do setor saúde com a população adscrita, fortalecendo o cuidado com o território na prevenção de doenças e agravos transmitidos por vetores. Esta pesquisa teve como objetivo a análise do processo de implantação da integração das ações de vigilância da dengue nas unidades da Estratégia de Saúde da Família de Piraí tendo como eixo norteador a construção da integralidade nas práticas em saúde. Realizou a contextualização do processo político gerencial que motivou e garantiu a integração das ações e buscou identificar como são as percepções, significados e os desafios pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no dia a dia das ações de vigilância e da integração delas com suas práticas cotidianas. Os resultados dos indicadores de controle do vetor, obtidos após a integração das ações no município de Piraí, mostram que ela tem sido efetiva. No grupo focal os agentes de saúde expressaram a dificuldade da população em perceber e entender esse novo papel desempenhado pelos ACS. Por outro lado, eles têm grande preocupação com a possibilidade desta nova atividade vir a interferir no vínculo deles com a comunidade. Também foi identificado que os agentes ainda distanciam a ação de educação em saúde da vigilância ambiental. Esta dificuldade parece estar relacionada a própria concepção, ainda medicalizada e individualista, do papel da educação e promoção em saúde a serem desenvolvidas no território. Apesar do grande sucesso alcançado na integração das ações, é preciso entender que este é um processo dinâmico e em constante transformação. Ele implica em um exercício constante de avaliação e diálogo sobre as questões envolvidas no cotidiano desta prática.

Palavras-chaves: Saúde da Família. Controle de vetores. Dengue. Educação em saúde.

ABSTRACT

The dengue control activities in Pirai - RJ, incorporated into the activities of the Family Health Strategy (FHS) since 2005, experienced advances related to the actions of environmental health surveillance, involved in the surveillance of dengue. The new model has promoted the integration of action, binding and responsibility of the health sector with the enrolled population, strengthening the care of the territory in the prevention of diseases and illnesses transmitted by vectors. This research aimed to analyze the process of implementing the integration of surveillance activities of dengue in the units of the health strategy of the family of Piraí and are guided in the construction of integral healthcare practices. Held managerial context of the political process and ensured that motivated the integration of action and sought to identify as are the perceptions, meanings and challenges for the Community Health Agents (CHA) on a daily surveillance activities and integrating them with their practices everyday. The results of the indicators of vector control, obtained after integration of the stocks in Pirai, show that it has been effective. In focus group health officials talked about the difficulty of the population to perceive and understand this new role of the ACS. On the other hand, they have great concern that this new activity will interfere with their relationship with the community. Was also identified that agents also distanced the action of health education of environmental surveillance. This difficulty seems to be related to their own design, yet individualistic and medicalized, the role of education and health promotion to be developed in the territory. Despite the great success achieved in the integration of actions, one must understand that this is a dynamic and constantly changing. It implies a constant exercise evaluation and dialogue on the issues involved in this practice daily.

Keywords: Family health. Vector control. Dengue. Health education.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACE	Agente Controle de Endemias
APSA	Atenção Primária de Saúde Ambiental
CENEPI	Centro Nacional de Epidemiologia
ESF	Estratégia Saúde da Família
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
LIRAa	Levantamento de Índice Rápido para o *Aedes aegypti*
PE	Ponto Estratégico
PEAa	Programa de Erradicação do *Aedes aegypti*
PIACD	Plano de Intensificação das Ações de Controle da Dengue
PNCD	Plano Nacional de Controle da Dengue
PVE	Pontos Vetoriais Especiais
SIAB	Sistema de Informação em Atenção Básica
SINVISA	Sistema Nacional de Saúde Ambiental
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
VIGISUS	Vigilância em Saúde do Sistema Único de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICO 1 – Percentual de imóveis informados e pendência das ações descentralizadas de controle da dengue no município de piraí – anos 2005 a 2010..... 42

QUADRO 1 – Indicadores de acompanhamento das ações do programa nacional de controle da dengue do município de piraí anos: 2005 a 2010..... 43

GRÁFICO 2 – Número de casos notificados e confirmados de dengue no município de piraí – anos 2005 a 2010..... 44

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO..... 10

1 **CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS**..... 15

1.1 **Abordagens das intervenções da dengue no escopo da vigilância em saúde**..... 13

1.2 **A confluência do discurso sobre a descentralização nas diretrizes do Sistema Único de Saúde e da vigilância em saúde**..... 15

1.3 **A vigilância da dengue: seus aspectos gerais**..... 17

1.4 **Vigilância da dengue: histórico das políticas de saúde**..... 19

1.5 **O território como lócus de análise e objeto da intervenção na vigilância da dengue**..... 21

1.6 **Atribuições dos agentes comunitários de saúde e agentes controle de endemias em relação às condições de saúde sanitária de um território**..... 24

1.7 **Concepção de integralidade nas práticas em saúde**..... 25

1.8 **Educação em saúde e seus enfoques**..... 28

2 **METODOLOGIA**..... 30

3 **O DESENVOLVIMENTO DA ESTRATÉGIA DE VIGILÂNCIA À DENGUE NO MUNICÍPIO DE PIRAÍ: RECONSTRUÇÃO HISTÓRICA E ANÁLISE DA INTEGRAÇÃO COM A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**..... 34

4 **REPERCUSSÕES DA INTEGRAÇÃO ENTRE A VIGILÂNCIA DA DENGUE COM A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NAS VIVENCIAS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**..... 46

5 **DISCUSSÃO**..... 60

6 **CONSIDERAÇÕES FINAIS**..... 64

6.1 **Recomendações finais**..... 66

ANEXO A – Comparativo das operações de campo das ações descentralizadas de controle da dengue no município de Piraí..... 67

ANEXO B – Termo de consentimento livre e esclarecido – grupo focal..... 68

ANEXO C – LEI N° 945, de 16 de fevereiro de 2009..... 70

ANEXO D – Check list – medidas preventivas e corretivas a serem adotadas no imóvel..... 80

APÊNDICE A – Roteiro entrevista – perguntas norteadoras..... 81

APÊNDICE B – Convite grupo focal..... 82

APÊNDICE C – Ilustrações utilizadas no grupo focal..... 83

REFERÊNCIAS..... 86

INTRODUÇÃO

Sou graduada em Medicina Veterinária e coordeno há cinco anos a Vigilância Ambiental em Saúde no município de Piraí. Minha área de atuação relaciona-se a todos os fatores ambientais de riscos que interferem na saúde humana; as inter-relações entre o homem e o ambiente e vice-versa. Tenho dez anos de atuação em serviço público, inicialmente sendo fiscal sanitário do quadro de funcionários da vigilância sanitária do município. Desde a minha inserção na Vigilância Ambiental em Saúde acompanho o processo de integração das ações de controle do vetor da dengue nas unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF), participando ativamente deste processo tanto no planejamento junto à Divisão de Vigilância em Saúde e a coordenação da Estratégia de Saúde da Família, quanto no processo de capacitação dos profissionais envolvidos nesta integração.

Em decorrência da tendência ascendente de casos de dengue e possível epidemia nos últimos anos, sendo vários os desafios colocados ao controle desta endemia em todos os sentidos, surgiram as primeiras discussões sobre a descentralização da responsabilidade das ações de controle do *Aedes aegypti,* tanto pela coordenação da Estratégia de Saúde da Família quanto pela coordenação de Vigilância em Saúde do município de Piraí, visando à integração da área de trabalho do agente comunitário de saúde (ACS) e agente de controle de endemias (ACE) no intuito de possibilitar uma ação mais oportuna de cuidado, houve então a incorporação da ação do controle do vetor da dengue nas atividades realizadas pelos agentes de comunitários de saúde, sendo este denominado no município como agente único, realizando as ações da Estratégia de Saúde da Família e controle do vetor da dengue em sua área de responsabilidade (Anexo A).

A descentralização desta ação de controle para a Estratégia Saúde da Família realizada no município de Piraí nada mais é do que ações preventivas preconizadas ao combate ao vetor *Aedes aegypti* no País sendo realizada pelas Agentes Comunitárias de Saúde em sua área de atuação, através da verificação dos criadouros existentes, como também a realização do tratamento destes criadouros, com produto biológico, quando necessário.

Observamos que apesar das ações desenvolvidas e dos trabalhos realizados, o problema dengue continua sendo uma ameaça aos munícipes de Piraí, assim como em todo o Brasil, em virtude das dificuldades que existem de efetividade de controle deste vetor em todo o País.

Os indicadores de bons resultados alcançados a partir da integração das ações de ACS e de ACE não encerram a questão sobre um processo complexo de integração de profissionais com origens, saberes e vivências tão diferentes como ocorre entre estas duas categorias.

A análise deste processo sob o olhar da integralidade precisa ir além dos indicadores de resultados como os de moradias visitadas. O olhar integral observa este processo de vigilância dentro de uma perspectiva de construção de sujeitos, que se integram na construção de um trabalho vivo em ato. (MERHY; ONOCKO, 2007).

Assim, é preciso analisar os sentidos que esta integração assume para os sujeitos nela envolvidos e como seu produto se desdobra para outras ações e concepções dos profissionais e usuários da rede de atenção básica.

Esta pesquisa, ao analisar esta experiência, terá dois focos principais que se complementam. O primeiro deles é a contextualização do processo político gerencial que motivou e garantiu esta integração das ações de vigilância com a atenção básica. O outro é identificar como são as percepções e quais os desafios que acontecem no dia a dia desses profissionais com a integração dessa atividade em suas práticas.

A importância de estudar esta experiência não está apenas nos êxitos alcançados nos indicadores quantitativos ou sobre a redução da epidemia, mas principalmente de identificar os desafios, os encontros e desencontros que um processo complexo como este pode suscitar. Portanto, sua relevância está em procurar entender não apenas os resultados, mas os processos contínuos de relações que constroem este tipo de proposta e que podem ser úteis na aplicação desta integração entre Vigilância Ambiental em Saúde e ESF em outros municípios.

Refletindo sobre este processo de integração surgem indagações como: a população recebe melhor o agente comunitário de saúde do que o agente de controle de endemias? Que novos ingredientes os ACS trouxeram para o trabalho da vigilância da dengue? Essas ações ajudaram na organização das ações de

promoção e educação em saúde das unidades de saúde da família? Qual o entendimento dos profissionais de saúde envolvidos sobre esta ação? Como esta ação interfere no relacionamento da Estratégia de Saúde da Família com a comunidade? Há conflitos de competências entre os agentes de endemias e os agentes comunitários de saúde?

O texto parte da contextualização do conceito da Vigilância em Saúde e de sua importância na concretização do Sistema Único de Saúde (SUS) para, em seguida, abordar a vigilância da dengue e a importância da responsabilidade sanitária sobre um território adscrito de modo a ampliar a efetividade e a integralidade de suas ações de combate ao vetor da dengue.

Analisa as atribuições dos agentes comunitários de saúde e de endemias em relação às condições de saúde sanitária de um território, assim como o desenvolvimento político institucional da integração e as modificações ocorridas na organização das ações de vigilância da dengue no município de Piraí. Por fim, são apresentados os resultados da pesquisa qualitativa realizada através do grupo focal com os agentes comunitários de saúde e problematizadas as potencialidades e dificuldades encontradas no processo de integração das ações de prevenção, identificação e eliminação de criadouros de larvas do *Aedes aegypti*.

Objetivo Geral

Analisar o processo de implantação da integração das ações de vigilância da dengue nas unidades da saúde da família de Piraí tendo como eixo norteador a construção da integralidade nas práticas em saúde

Objetivos específicos

- Analisar os sentidos da integração para os sujeitos envolvidos
- Identificar as dificuldades gerenciais e dos profissionais decorrentes da integração
- Discutir e analisar como os aspectos do processo vivido em Piraí podem contribuir para a integração das ações em outros locais

1 - CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

1.1 – Abordagens das intervenções da dengue no escopo da Vigilância em Saúde

O Ministério da Saúde compreende que as ações de prevenção e educação à saúde, relativa à endemia da dengue fazem parte do escopo das ações desenvolvidas pela Vigilância em Saúde.

A idéia de Vigilância em Saúde buscou ampliar e integrar o escopo e as ações de vigilância antes divididas em epidemiológica e ambiental. Assim a Vigilância em Saúde compreende não só a vigilância de doenças transmissíveis, mas também, a prevenção e o controle de fatores de risco de doenças não transmissíveis e riscos ambientais. Neste sentido, torna-se imperiosa a integração destas ações em todos os níveis do Sistema Único de Saúde.

Com este delineamento a Vigilância em Saúde busca contemplar os princípios da integralidade e da atenção, combinando diversas tecnologias para intervir sobre a realidade da saúde. Procura, assim, superar a visão isolada e fragmentada na formulação das políticas de saúde e na organização das ações e dos serviços. É fundamental proceder à análise dos problemas de saúde da população, incorporando o maior conhecimento possível e integrando a área da assistência ao modelo epidemiológico adotado.

No âmbito da Vigilância Ambiental em Saúde, precisamos desenvolver estratégias intersetoriais e intra-setoriais, pois se trata de um conjunto de ações que visam conhecer, detectar e prevenir mudanças em fatores determinantes e condicionantes que por interagir, interfere na saúde do homem. (BRASIL, 2007a).

De acordo com a Portaria 3252 (BRASIL, 2009), a Vigilância em Saúde tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se num conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde. Define a Vigilância Ambiental em Saúde como um conjunto de ações que propiciam o conhecimento e a detecção de

mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de riscos ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde.

No ano 2000 foi estabelecida como uma competência do Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI) a gestão do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde. Em 2001, as competências da coordenação geral de Vigilância Ambiental em Saúde foram instituídas no regimento interno da Funasa e, em 2003, com a reforma administrativa promovida pelo Governo Federal, à área de saúde ambiental é incorporada ao Ministério da Saúde, para atuar de forma integrada com as vigilâncias sanitária e epidemiológica, no âmbito da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). O Sistema Nacional de Saúde Ambiental (SINVISA) foi instituído por meio da Instrução Normativa Funasa n. 2/2001, que foi posteriormente atualizada pela Instrução Normativa SVS n. 1/2005. (BRASIL, 2007b).

O manual de Vigilância Ambiental em Saúde (BRASIL, 2002a) coloca que a relação entre saúde e ambiente sempre fez parte da saúde pública do Brasil, mas ao longo da história, diferentes concepções de territórios foram desenvolvidas de acordo com as demandas colocadas pela sociedade e a evolução das disciplinas científicas presentes na saúde pública. Influenciada por modelos, envolvendo relações entre agentes e hospedeiros, ou de fatores de risco biológico, as ações de prevenção nos sistemas de saúde estruturaram-se por intermédio de várias formas de vigilância, tendo por objetivo central o controle dos modos de transmissão das doenças e dos fatores de risco, os quais possibilitaram alguma governabilidade e eficácia de sua ação no âmbito do setor saúde, principalmente para as doenças infectocontagiosas clássicas.

Um importante precursor da Vigilância Ambiental em Saúde desenvolveu-se vinculado às ações de controle de fatores ambientais biológicos como vetores, animais transmissores da raiva, acidentes com animais peçonhentos, contaminação biológica da água de consumo humano (cólera, diarréias, etc.) e mais recentemente, fatores físicos e químicos relacionados à contaminação ambiental. (BRASIL, 2002a).

O novo campo da Vigilância Ambiental em Saúde precisa ser construído por meio de conceitos e práticas de caráter interdisciplinar e intersetorial. A implementação do projeto de estruturação da Vigilância em Saúde do Sistema Único

de Saúde (VIGISUS), tem colaborado no sentido de implementar o conceito de Vigilância em Saúde, possibilitando a incorporação de uma visão mais ampla do conjunto de fatores ambientais, decorrentes da atividade humana ou da natureza, que deverão ser sistematicamente monitorados, levando-se em consideração o território onde estas interações entre o homem e o meio ambiente ocorrem, elegendo o município como o espaço privilegiado das práticas de saúde pública para o acompanhamento e o controle dos efeitos ambientais na saúde humana. (BRASIL, 2002b).

Os principais desafios para a consolidação destas ações estão diretamente relacionados ao desenvolvimento de um modelo de atuação coletiva, integrada e territorializada. Nesse sentido, algumas medidas estão sendo implantadas para a construção de ferramentas que possam integrar as diversas bases de dados de interesse à Vigilância Ambiental em Saúde e contribuir para ampliar a visibilidade e democratização do acesso a informações oportunas e atualizadas para o governo e sociedade civil. (BRASIL, 2007b).

1.2 – A confluência do discurso sobre a descentralização nas diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Vigilância em Saúde

O Sistema de Saúde no Brasil, a partir do SUS, se organiza sobre uma lógica descentralizada baseada em territórios político administrativos. Eles representam instâncias de gestão sobre os serviços de saúde que seguem a uma lógica de delimitação de áreas de abrangência, que devem ser coerentes com os níveis de complexidade das ações de atenção. Assim, através das diretrizes constitucionais do SUS Lei 8080 (BRASIL, 2002c) e a partir da NOB 96 seguem uma forte relação entre atribuições da gestão local e a definição do território.

Desta forma, a unidade municipal representa o menor nível de gestão onde é exercido o poder de decisão sobre a política de saúde no processo de *descentralização*. Nesse território, as práticas de saúde avançam para *a integração das ações* de atenção, promoção e prevenção, de forma que as intervenções sobre os problemas sejam também sobre as condições de vida das populações. (MENDES, 1993).

Assim, a organização dos serviços de saúde segue os princípios da *regionalização* e *hierarquização*, delimitando uma base territorial formada por agregações sucessivas que se desdobram até as áreas de atuação dos agentes comunitários de saúde, da equipe de Estratégia Saúde da Família e a área de abrangência de postos de saúde.

Seguindo a lógica da descentralização, foram desenvolvidas as propostas de organização da Política Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde e as atribuições dos entes federativos. De acordo com a Instrução Normativa 01/2005 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a), compete à União propor a Política Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde, participando da formulação e implementação de políticas de controle de riscos ambientais, do monitoramento e supervisão das ações de vigilância dos estados e, principalmente, nas zonas de fronteira internacional e que envolvam mais de uma unidade da federação. As ações de execução direta da Vigilância Ambiental em Saúde por parte da União estão previstas apenas em caráter excepcional e de forma complementar a atuação dos estados em circunstâncias especiais de risco previstas na norma.

Da mesma forma, a norma estabelece uma série de atribuições para o corpo técnico municipal, que envolvem o monitoramento e o controle ambiental. Pela sua própria natureza, ainda que esteja na base do sistema por meio da Atenção Primária de Saúde Ambiental (APSA), a Vigilância Ambiental em Saúde pode ser considerado um eixo transversal da política nacional, uma vez que sua formulação e implementação dependem de agentes que atuam na escala nacional e global, com força capaz de transformar o território no nível local. Essa característica é muito clara do ponto de vista do fluxo de informações e da organização das bases estatísticas para a Vigilância em Saúde. De fato, observa-se no campo da saúde pública a valorização crescente do uso do geoprocessamento e de ferramentas da cartografia digital para a análise de dados de doenças, da localização de serviços de saúde e dos riscos ambientais, distribuídos espacialmente. (GUIMARÃES, 2008).

Além da definição das atribuições da união, estados e municípios como espaços político-operativo do sistema de saúde, a Política Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde reconhece a importância da proximidade do território. Entende-se que o território é onde se verifica a interação população-serviço no nível local, caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço

determinados, com problemas de saúde definidos e que interage com os gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde. (UNGLERT, 1993).

O reconhecimento da importância do território para a Vigilância em Saúde é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. Esse reconhecimento é realizado através da observação das condições criadas no espaço para a produção, circulação, residência, comunicação para o exercício da política e das crenças, para o lazer e como condição de vida. (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Na vigilância da dengue a relação com o território, em todas as suas dimensões, e a proximidade das pessoas com os serviços de saúde são aspectos centrais para a maior efetividade das intervenções preconizadas para o controle do vetor e da epidemia.

1.3 – A vigilância da dengue: seus aspectos gerais

No desenvolvimento da endemia da dengue o processo de urbanização desordenada, principalmente nos países subdesenvolvidos, após o fim da II Grande Guerra, constitui-se ao mesmo tempo em um fator importante para sua reemergência, como é responsável pela disseminação da infestação pelo principal vetor da doença, o *Aedes aegypti* e um fator que tem dificultado o seu controle. (GUBLER, 1997).

De acordo com o manual de Diretrizes Nacionais (BRASIL, 2009) para a prevenção e controle de epidemias de dengue o quadro epidemiológico atual no país caracteriza-se pela ampla distribuição do *Aedes aegypti* em todas as regiões, com uma complexa dinâmica de dispersão do seu vírus. Essa situação epidemiológica tem, ao longo dos anos, apesar dos esforços do Ministério da Saúde, dos estados e dos municípios, provocado a ocorrência de epidemias nos principais centros urbanos do país, infligindo um importante aumento na procura pelos serviços de saúde, com ocorrência de óbitos.

Segundo Chiaravalloti *et al* (2006), a dengue, uma das doenças infecciosas de maior incidência nas regiões intertropicais, é um subproduto da urbanização desordenada que se verifica em países de economia emergente. Seu vetor, o *Aedes*

aegypti, apresenta grande adaptação à vida urbana e sua propagação é privilegiada devido aos hábitos consumistas modernos.

Os fatos para o agravamento da transmissão de dengue no Brasil são complexos e não totalmente compreendidos e uma das razões é que o Programa de Controle de Vetores baseou-se em métodos verticais que buscam a eliminação do mosquito por meio de inseticida, o que mostrou pouco impacto na diminuição da proliferação do *Aedes aegypti.* (THAUIL, 2001).

A grande ameaça da expansão de doenças infecciosas, como a dengue, aponta para a necessidade de reestruturação da Vigilância em Saúde e da mudança das políticas de controle, com base na visão de que a saúde pública é um problema amplo que não comporta soluções imediatistas, pois envolve a participação conjunta das agências governamentais e de toda a sociedade num processo contínuo. (CHIARAVALLOTI *et al*, 2006).

Com o aumento da incidência e da gravidade dos casos de dengue no mundo, Thauil (2007) observa que mesmo programas de controle universalmente celebrados como bem sucedidos, não foram efetivos o suficiente para impedir novas epidemias da doença, resultado que, segundo o pesquisador, salienta a necessidade de um aperfeiçoamento das medidas de controle vetorial hoje disponível.

Campanhas informativas, que utilizam redes de televisão, rádios, jornais, folhetos, cartazes, palestras comunitárias buscando a colaboração da população para a eliminação dos focos de mosquitos têm mostrado eficiência limitada. As abordagens baseadas na participação comunitária e educação em saúde tem sido cada vez mais valorizadas, ao lado das ações ambientais e da vigilância epidemiológica, entomológica e viral. (CLARO LBL *et al*, 2004).

Jardim (2009) descreve que nas décadas recentes, a despeito da presumida relação entre a doença e as condições de vida das populações afetadas, uma variedade de intervenções tem procurado estabelecer comportamentos domiciliares capazes de contribuir para a redução dos criadouros. Parece-nos necessário que as recomendações neste sentido considerem de modo mais explícito o aspecto fundamental da proficiência dos comportamentos que se pretende estabelecer. Para o propósito de controle vetorial da dengue nos domicílios, esse aspecto não pode ser deixado indefinido, vago ou ambíguo. (JARDIM; SCHALL, 2009).

A estratégia para o alcance destas metas inclui uma intensa mobilização comunitária, por todos os meios de comunicação modernos e um processo continuado e sustentado de educação em saúde. Ressalta ainda que as ações de prevenção da dengue necessitam de envolvimento de outros setores da sociedade, particularmente na questão de melhoria das condições de urbanização e de habitação, coleta regular de lixo, abastecimento permanente de água encanada e educação escolar. (THAUIL, 2001).

Dado o atual clima de responsabilização do morador em face das condições usualmente precárias de coleta e armazenamento de água nos domicílios dessas populações, parece-nos que a proficiência de certos comportamentos considerados, de modo geral adequados para auxiliar o controle vetorial da doença, está sendo negligenciada em favor de uma abordagem do problema que privilegia tão somente a ação individual, sem consideração de sua especificidade. (JARDIM; SCHALL, 2009).

Portanto, a busca em ampliar e qualificar a intervenção de vigilância do vetor compreende o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a melhoria das condições de moradia, saneamento e particularmente de abastecimento regular de água tratada. Como, também, implica em ações locais dos serviços de saúde, desenvolvidas a partir das realidades e das características dos territórios em seus processos.

1.4 – Vigilância da dengue: histórico das políticas de saúde

A partir do ano de 1996, o Ministério da Saúde revendo as suas estratégias, propôs o Programa de Erradicação do *Aedes aegypti* – PEAa, que mesmo não atingindo seus objetivos, alertou a necessidade de existir uma atuação em vários setores, assim, como um modelo descentralizado de combate a dengue e, com a participação dos governos Federal, Estadual e Municipal, foi observado que ainda assim, seria praticamente impossível a erradicação do *Aedes aegypti* a curto e médio prazo. (BRASIL, 2006a).

Em 2001, o Ministério da Saúde realizou o Seminário Internacional para avaliar as ações contra a dengue, elaborando, assim, o Plano de Intensificação das

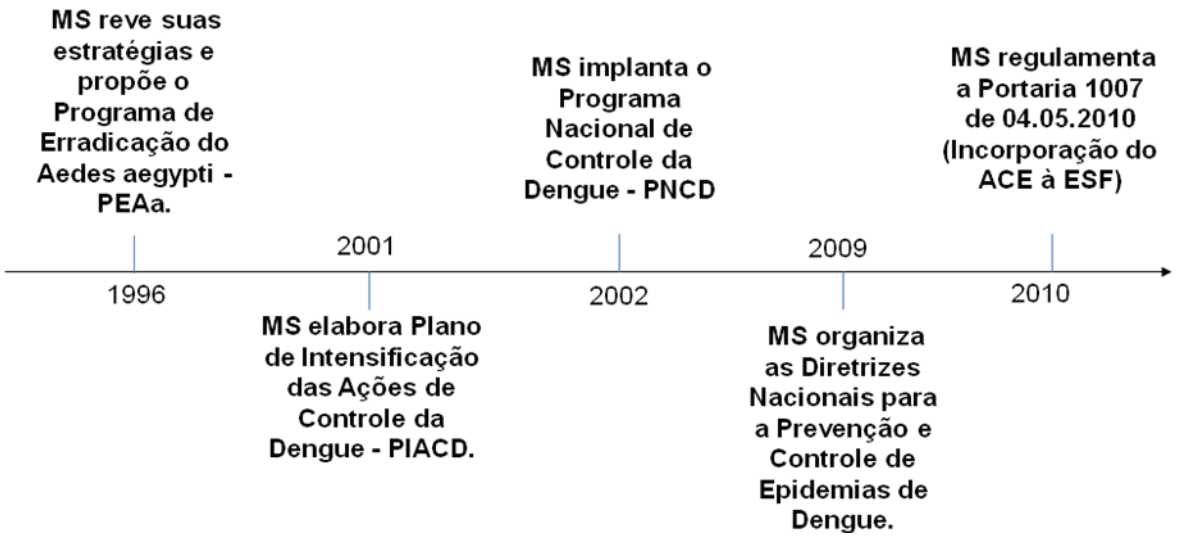
Ações de Controle da Dengue – PIACD. No ano seguinte, foi implantado o Programa Nacional de Controle da Dengue – PNCD. (BRASIL, 2006a).

As Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue (BRASIL, 2009) vem para auxiliar estados e municípios na organização de suas atividades de prevenção e controle, em períodos de baixa transmissão ou em situações epidêmicas, contribuindo, dessa forma, para evitar a ocorrência de óbitos e para reduzir o impacto das epidemias de dengue. É um documento desenvolvido com o intuito de organizar, orientar, facilitar, agilizar e uniformizar as ações necessárias a uma resposta solidária, coordenada e articulada entre os integrantes do Sistema Único de Saúde.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) regulamentou a Portaria 1007 que definiu critérios para regulamentar a incorporação do agente de controle de endemias junto às equipes de Estratégia Saúde da Família. A incorporação dos ACE nas equipes de Estratégia Saúde da Família pressupõe a reorganização dos processos de trabalho, com integração das bases territoriais dos agentes comunitários de saúde e do agente de controle de endemias, com definição de papéis e responsabilidades, e a supervisão dos ACE pelos profissionais de nível superior da equipe de Estratégia Saúde da Família.

As políticas do Ministério da Saúde e os trabalhos publicados cada vez mais enfatizam a necessidade de que as estratégias de controle da dengue sejam pensadas e executadas com base nas realidades dos territórios e que as ações de fiscalização e de propaganda sejam integradas com uma perspectiva de educação e promoção em saúde. Nesta direção, cabe discutir como a noção de território vivo, assim como abordar a importância da integração dos modelos de atenção integral com base territorial são importantes para a organização das ações de Vigilância Ambiental em Saúde.

O histórico acima exposto encontra-se sintetizado na linha do tempo abaixo:



1.5 – O território como lócus de análise e objeto da intervenção na vigilância da dengue

A Política Nacional de Saúde desenvolvida no Brasil nos últimos 20 anos trouxe uma experiência importante para a reflexão a respeito do conceito de território. Em primeiro lugar porque a universalidade da atenção à saúde transformou-se numa questão de Estado, o que implica na organização de um sistema com cobertura para os diferentes tipos de complexidade da atenção. Somente esta agenda da política pública já impõe enormes desafios para a compreensão da produção territorial. Mas o processo de mudança empreendido exige muitos outros esforços. (GUIMARÃES, 2008).

De acordo com Mendes (2007), há pelo menos duas concepções de territórios sanitários aplicadas à construção de redes de atenção à saúde. A primeira toma-os de forma naturalizada como um espaço físico que está dado e está completo; nesta concepção são exclusivamente os critérios geográficos que definem este território-solo. A segunda, coerente com o conceito de espaço-população, vê o território como um processo em permanente construção, produto da dinâmica social onde se relacionam sujeitos sociais situados na arena sanitária. Esta última concepção implica que o território sanitário, além de um território geográfico é, ademais, território cultural, social e político.

Esse território apresenta, portanto, muito mais que uma extensão geométrica, também um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural que o caracteriza e se expressa num território em permanente construção. (MONKEN; BARCELLOS, 2005). O território também é o resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais e sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças.

Nesta dinâmica, Mendes (2007) coloca que os territórios são também espaços de responsabilização sanitária por uma população definida. Dado o princípio da cooperação gerenciada, é necessário que haja uma definição clara das ações e serviços que a rede de atenção à saúde naquele território ofertará aos seus grupos populacionais adscritos. Isto é que marca, com firmeza, as redes de atenção à saúde *dawsonianas*, construídas com bases em espaço-populações. Por consequência, os territórios sanitários são recortados de forma a compatibilizarem-se com os princípios da construção das redes de atenção à saúde e de propiciarem a imposição de uma responsabilização inequívoca de uma autoridade sanitária em relação a uma população definida.

Um dos entendimentos mais tradicionais de território é de que se trata de uma instância de poder. (RAFFESTIN, 1993). Assim, as divisões territoriais utilizadas no SUS, tais como o município, o distrito sanitário e a área de abrangência de serviços de saúde são áreas de atuação, de caráter administrativo, gerencial, econômico ou político. Esse poder existente também é instituído através das redes de relacionamento humano que se constituem no espaço. (GIDDENS, 1989).

Pereira e Barcellos (2006) consideram a efetivação das ações de atenção, promoção e prevenção buscando melhores condições de vida, resultando num olhar multiterritorial que incorpora outras forças atuantes sobre o território, além da lógica dos serviços de saúde.

As condições de vida dos moradores e as características físicas, sociais e culturais dos territórios estão diretamente ligadas às questões de vigilância do vetor da dengue. Aspectos como os padrões de acesso e de abastecimento de água, os recursos que a população disponibiliza como reservatórios de água, os tipos de moradia, o padrão de ocupação urbana (com aglomeração ou não) e a densidade populacional de uma determinada região podem implicar em facilidade de transmissão do vírus e em dificuldades para o controle do vetor. Assim, os padrões

físicos, sociais e culturais interferem em todo o quadro epidemiológico da distribuição, transmissão e infecção pelo vírus da dengue em um determinado território.

É ressaltado, ainda, o fato de que o aumento na produção e no consumo de produtos e embalagens não recicláveis incrementa a produção de materiais inservíveis e a proliferação de criadouros potenciais. (CLARO LBL *et al*, 2004).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2002a) destaca que a vigilância e controle aos vetores de doenças como a dengue têm como finalidade o mapeamento de áreas de risco em determinados territórios, utilizando a vigilância entomológica (características, presença, índices de infestação, avaliação da eficácia dos métodos de controle, etc.), ações de controle (químico, biológico ou físico) e as relações com a vigilância epidemiológica quanto à incidência e prevalência destas doenças e do impacto das ações utilizadas.

O *Aedes aegypti*, principal vetor responsável pela transmissão da dengue, é um mosquito de hábitos doméstico e diurno, utilizando-se preferencialmente de depósitos de água limpa para deposição dos ovos, os quais têm uma alta capacidade de resistir à dessecação e tem revelado grande capacidade de adaptação a diferentes situações ambientais desfavoráveis. (CLARO *et al*, 2004).

As características do vetor e suas implicações com os hábitos de vida e padrões culturais das comunidades faz com que Claro *et al* (2004) aponte a pouca efetividade das campanhas informativas tradicionais na mudança de comportamento das populações em relação ao controle da dengue. Essas estratégias não levam em conta os conhecimentos prévios e a visão que a população tem sobre a questão. Não incentivam a participação da população na elaboração das propostas educativas e na discussão sobre as prioridades.

Por outro lado, as estratégias de educação em saúde que privilegiam os conhecimentos, as concepções sobre doença/saúde das comunidades e suas formas de organização têm logrado melhores resultados. O controle da dengue, portanto, não se pode dar efetivamente por meio de programas verticalizados, uma vez que envolve questões ligadas às condições e à experiência de vida das comunidades, que traduzem comumente em exclusão social. (CLARO *et al*, 2004).

Assim, quando se busca ampliar e qualificar a intervenção de vigilância da dengue, uma endemia em que interagem aspectos geográficos, biológicos, sociais e

culturais do território, as parcerias entre instituições e atores sociais seriam os fundamentos da intersetorialidade, capazes de modificar o quadro social e epidemiológico local.

Entre os atores mais diretamente envolvidos com as ações de educação, promoção e vigilância da dengue nos territórios, estão os agentes comunitários de saúde e os agentes de controle de endemias e a integração de suas ações vem sendo uma questão cada vez mais relevante no enfrentamento desta endemia.

1.6 - Atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes Controle de Endemias em relação às condições de saúde sanitária de um território

Os ACS são membros das equipes de saúde da família, cujas ações são, em geral, coordenadas pelas enfermeiras das ESF. Eles são responsáveis pelas atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde em territórios adscritos, onde, na maioria das vezes, são moradores ou residem próximo deles. Suas ações individuais ou coletivas são implementadas nos domicílios ou em espaços comunitários como escolas, associações, igrejas etc.

Essa atuação, antes estava mais voltada para a atenção materno-infantil, atualmente, contudo, envolve competências para ações no apoio às famílias e coletivos sociais, além de concentrar atividades na promoção da saúde, seja pela prevenção de doenças ou pela mobilização de recursos e práticas sociais para intervenção no campo político e social numa micro área de ação. (BRASIL, 2007a).

O ACE tem como atribuição o exercício de atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS. O agente de controle de endemias trabalha com diferentes lógicas de atuação, geralmente de acordo com o agravo/endemia prevalente na sua área de atuação, não existindo uma preconização uniformizada e muitas vezes trabalhando de forma segmentada, por agravo. Para o controle da dengue utiliza-se a estratégia de zoneamento, e a lógica de trabalho centra-se em visitas por ciclos bimensais, vistoriando de 800 a 1000 imóveis.

Devido à definição de área de abrangência, as ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde são muito diversificadas, variando de acordo com a prevalência da doença na sua área de atuação. Em relação ao controle vetorial da

dengue, as ações a serem realizadas pelo ACE são a identificação e destruição de criadouros do mosquito transmissor, seja mecânica ou química.

Na organização das atividades de saúde na comunidade, os ACS e o ACE mantêm contato direto e contínuo com as comunidades e são, na maioria das vezes, os principais articuladores entre a comunidade e a unidade/serviços de saúde. Contudo, as concepções que orientam o processo de trabalho e a inserção destes dois tipos de profissionais são divergentes. As concepções que orientam os ACS partem de um conceito ampliado de saúde que fundamentam a organização de ações de educação e promoção. Já a concepção que orienta o processo de trabalho dos ACE parte da noção da doença e, a partir dela, estrutura as ações de controle a vetores ou intervenções sanitárias relacionadas ao risco de desenvolvimento de doenças.

Muitas das ações desenvolvidas são comuns aos dois profissionais, como a educação em saúde, mobilização comunitária, identificação de criadouros, entre outras. Entretanto, algumas ações são específicas ao ACS, como o acompanhamento das pessoas doentes, busca ativa, entre outras. As ações específicas do agente de controle de endemias envolvem a destruição de criadouros de difícil acesso e ou utilização de inseticida.

As diferentes concepções e a sobreposição de ações fazem com que estes profissionais, mesmo sendo responsáveis por um mesmo território, nem sempre trabalhem de forma articulada, gerando duplicidade de ações, que podem repercutir em maiores custos e prejuízo da atenção integral à saúde da população.

1.7 – Concepção de integralidade nas práticas em saúde

Conforme determina a Lei Orgânica de Saúde 8.080/90, que institui o SUS, integralidade é a integração de atos preventivos, curativos, individuais e coletivos. É um termo plural, ético e democrático com diferentes sentidos e usos. As políticas de saúde defendem em sua constituição o acesso universal e igualitário quer sejam ações preventivas quer assistenciais, considerando que um dos sentidos da integralidade reflete-se na articulação entre ações preventivas e assistenciais, buscando um atendimento integral com ênfase na prevenção sem descuidar da assistência. (BRASIL,2002c).

Brasil (2006b) descreve que a integralidade como um valor a ser alcançado no SUS deve perpassar todo o sistema de saúde, de acordo com as especificidades de cada nível da atenção. No entanto, enfatizamos a integralidade como eixo norteador da atenção básica a orientar o trabalho na Saúde da Família, pois entendemos que a atenção básica estruturada e organizada em rede pode propiciar a articulação com os demais níveis e fomentar as ações intersetoriais. Nesse sentido, a integralidade na produção do cuidado toma uma dimensão ampliada a se expressar no cotidiano dos serviços, nas práticas dos trabalhadores/equipe e na definição de políticas que consolidem a saúde como um direito de cidadania.

A complexidade do agir em saúde na produção do cuidado individual e coletivo indica que o trabalho em equipe deveria ser à base de todo trabalho em saúde, tal como preconizado na Estratégia Saúde da Família com a composição da equipe multiprofissional. (Brasil, 2006b).

De acordo com Peduzzi (2001) observa-se uma distinção entre duas noções que recobrem a idéia de equipe: equipe como agrupamento de agentes e a equipe como integração de trabalhos. A autora coloca a primeira noção caracterizada pela fragmentação, ou seja, é observada quando os trabalhadores se juntam, porém cada um realiza seu trabalho de forma independente, sem estabelecer interação ou comunicação , e a segunda, revela um trabalho compartilhado, com a interação dos trabalhadores e troca de saberes, de modo que os processos de comunicação e diálogo circulem no interior da equipe e se processe a articulação das ações de saúde consoante à proposta de integralidade. Com essa base construiu-se uma tipologia referente às duas modalidades de trabalho em equipe: equipe agrupamento, onde ocorre a justaposição das ações e o agrupamento dos agentes e equipe integração, em que ocorre a articulação das ações e interação dos agentes.

Assim, considerou-se que o trabalho em equipe multiprofissional consiste uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação. (PEDUZZI, 1998).

A multiprofissionalidade diz respeito à atuação conjunta de várias categorias profissionais. O trabalho em equipe na Estratégia de Saúde da Família requer a

compreensão das várias disciplinas para lidar com a complexidade que é a Atenção Primária, a qual toma a saúde no seu contexto pessoal, familiar e social, bem como a promoção da saúde, e prevenção e reabilitação, trazendo a intersetorialidade como parceira na resolutividade dos problemas de saúde. (ALMEIDA; MISHIMA, 2001).

Observa-se que a saúde do indivíduo, família e comunidade deve ser vista de forma integral. A equipe de Estratégia de Saúde da Família, tendo como princípio a responsabilidade com relação às questões de saúde de sua área adscrita, deve desenvolver ações de prevenção, assistência e reabilitação, isto é, tem responsabilidade sanitária de desenvolver ações de Vigilância em Saúde no território entre elas a prevenção de endemias.

Estas ações nos territórios compreendem a identificação de áreas de risco e execução de ações oportunas, principalmente, as intervenções educativas. Esta atividade de prevenção e promoção à saúde pode ser facilitada com a proximidade física, cultural e social do agente comunitário de saúde com a comunidade, potencializando o conhecimento dos indivíduos e famílias em sua totalidade. Com este arranjo da atenção à saúde, a ESF busca evitar a continuação de um modelo assistencial marcado pela fragmentação da abordagem e do cuidado em saúde.

A noção de Vigilância em Saúde inserida como fundamento na organização da ESF torna-se elemento fundamental no controle ao vetor da dengue. Esta intervenção não se restringe apenas a uma ação técnica e instrumental sobre o território, mas se configura, também, como uma ação educativa sobre o território vivo onde se estabelecem as relações entre os aspectos socioeconômicos, os objetos e o ambiente físico, a cultura das pessoas e da coletividade.

A ampliação do conceito de Vigilância em Saúde, a noção de um território vivo onde circulam valores sociais e culturais, a importância da integralidade na organização dos serviços e práticas dirigidas a um determinado território, a necessidade de aprofundamento da educação em saúde nas ações de Vigilância Ambiental em Saúde da dengue.

1.8– Educação em saúde e seus enfoques

Quando se fala em educação em saúde na maioria das vezes, as pessoas pensam em cuidados pessoais que objetivam evitar doenças, parecendo que a saúde em si se revela em um problema individual podendo ser resolvido apenas pela educação das pessoas. Atenta-se que nessa vertente a educação em saúde seria vista como uma maneira de se obter mudança de algumas características individuais como a falta de higiene, alimentação copiosa, enfim, a não obediência aos cuidados preventivos importantes e necessários para a promoção em saúde, segundo Lima (1996). Outra idéia vinculada é que a educação em saúde seja apenas uma responsabilidade dos profissionais de saúde aos quais cabe levar a informação correta para que estes indivíduos alterem seus estilos de vida para serem mais saudáveis. (OLIVEIRA *et al*, 2009).

Pereira (2003) ressalta que educação em saúde pressupõe uma combinação de oportunidades que favoreçam a manutenção da saúde e sua promoção, não entendida somente como transmissão de conteúdos, mas também como a adoção de práticas educativas que busquem a autonomia dos sujeitos na condução de sua vida, ou seja, educação em saúde nada mais é que o pleno exercício de construção da cidadania.

Para entender essa mudança é importante ressaltar dois paradigmas sobre a educação em saúde. O modelo tradicional e o modelo radical, de acordo com Souza *et al* (2005). Os pressupostos do modelo radical fundamentam-se nas idéias de Paulo Freire que defende um modelo educativo onde as pessoas são estimuladas a desenvolver uma consciência crítica, pelo processo de análise coletiva de problemas na busca de soluções e estratégias conjuntas para a mudança da realidade. Essa pedagogia evidencia a formação de um indivíduo mais crítico e questionador. (FREIRE, 1983).

A educação em saúde de acordo com o modelo tradicional podendo ser chamado também de preventiva, segue os pressupostos da antiga saúde pública. Este modelo evidencia e objetiva a prevenção de enfermidades centrando sua abordagem na mudança individual, seguindo o foco embasado nos princípios da ideologia do individualismo e do behaviorismo. (SOUZA *et al*, 2005).

Este pretende através de estratégias educativas mudarem comportamentos individuais, seguindo uma pedagogia de ensino bancário, no qual o “professor” detém todo o conhecimento que será “depositado” nos educandos, ou seja, aprendem de forma passiva. Este método dificulta da consciência crítica desse sujeito, pois, parte do pressuposto de que o sujeito nada sabe e que é preciso preencher espaços vazios da sua mente, depositando nesta os conhecimentos que se julgam importantes, sem que haja uma postura questionadora e crítica, destaca Souza *et al* (2005).

Questiona-se como existe a possibilidade de se reduzir à saúde ou comportamentos saudáveis a algo que possa a ser controlado apenas pelo indivíduo, já que consideramos que a saúde é resultado de uma combinação de fatores não só sociais e políticos, como também econômicos em conformidade dos individuais.

A importância de racionalizar e ampliar as ações de vigilância à saúde realizada no contexto das equipes de ESF foram a base para analisar a experiência de implantação das ações de vigilância a dengue no município de Piraí e, mais especificamente, investigar o processo de integração das ações de Vigilância Ambiental em Saúde com a Estratégia Saúde da Família implantado a partir de 2005.

2. METODOLOGIA

A análise do processo de implantação da integração das ações de vigilância da dengue nas unidades da Estratégia Saúde da Família, tendo como eixo norteador a concepção de integralidade, foi realizada através de metodologias qualitativas, por meio de entrevistas semi estruturadas com o gestor da Secretaria Municipal de Saúde de Piraí, a coordenação da Vigilância em Saúde, a coordenação da Estratégia Saúde da Família e grupo focal com os ACS.

Para Minayo (1992) a abordagem qualitativa é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais.

As entrevistas semi estruturadas foram aplicadas com profissionais que eram gestores da SMS de Piraí na época da integração das ações da vigilância da dengue na Estratégia Saúde da Família e que acompanham até hoje seu desenvolvimento. Com agendamento prévio, as entrevistas foram realizadas entre maio e junho de 2011. As entrevistas foram realizadas nos horários que melhor se adequassem a agenda das coordenações e em seus respectivos locais de trabalho.

As questões norteadoras das entrevistas (Apêndice A) contemplavam a reconstrução da história da integração, os objetivos, as justificativas, e a avaliação que tem dos resultados alcançados na implementação do processo de integração da vigilância da dengue.

Na segunda parte da pesquisa foi utilizada a técnica do grupo focal com os ACS. Com esta metodologia buscou-se trabalhar com a reflexão expressa através da fala dos atores envolvidos, permitindo que eles apresentassem, simultaneamente, seus conceitos, impressões e concepções sobre determinado tema. (CRUZ *et al*, 2002).

De acordo com Gatti (2005), o trabalho com grupos focais permite compreender processos de construção da realidade por determinados grupos sociais, compreender práticas cotidianas, ações e reações a fatos e eventos, comportamentos e atitudes, constituindo-se uma técnica importante para o conhecimento das representações, percepções, crenças, hábitos, valores,

restrições, preconceitos, linguagens e simbologias prevalentes no trato de uma dada questão por pessoas que partilham alguns traços em comum, relevantes para o estudo do problema visado. Ajuda na obtenção de perspectivas diferentes sobre uma mesma questão, permite também a compreensão de idéias partilhadas por pessoas no dia a dia e dos modos pelos quais os indivíduos são influenciados pelos outros.

A escolha do grupo focal também pode ser justificada pela possibilidade dos profissionais repensarem o cotidiano de trabalho, refletir sobre a construção de uma identidade comum e o compartilhamento dos impasses, sucessos e frustrações que envolvem o trabalho. Portanto, o grupo, além de sua perspectiva investigativa, cria possibilidades de reflexão sobre o processo de trabalho.

Neste sentido, o grupo pode permitir o surgimento de novas idéias e ainda trazer contribuições aos próprios profissionais, abrindo um espaço de reflexão coletiva sobre o cotidiano das práticas, das relações estabelecidas entre os profissionais e entre os profissionais e a gestão do trabalho.

A escolha da técnica do grupo focal possibilitou identificar como são as percepções e quais os desafios que acontecem no dia a dia dos agentes comunitários de saúde vinculados à Estratégia Saúde da Família do Município de Piraí em relação à integração da vigilância da dengue ao trabalho de promoção e prevenção realizado nos territórios adscritos às equipes de Estratégia Saúde da Família.

Para reduzir o viés do investigador como membro da coordenação da Vigilância Ambiental em Saúde do município e assim evitar constrangimentos e potencializar a participação dos sujeitos a coordenação do grupo foi feita por um facilitador externo ao contexto de trabalho dos agentes e não pertencente ao município.

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ (CAAE 0004.0.259.000-11), em 12 de maio de 2011, foram realizados os contatos com as gerentes das unidades, e após agendamento prévio, foi realizada visita as unidades de Estratégia de Saúde da Família, esclarecendo para as 83 Agentes Comunitárias de Saúde que possuem formação em técnico de enfermagem, sobre o estudo e destacando a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Anexo B. Após foi

encaminhado convite individual destacando a data e o local da realização do grupo focal (Apêndice B).

O grupo foi formado por 12 Agentes Comunitárias de Saúde, do sexo feminino, de diferentes unidades de Estratégia Saúde da Família do município, correspondendo a uma representação de 66,66% das unidades. O município possui 10 unidades da ESF com adesão a incorporação das ações de vigilância da dengue em sua equipe, destas duas não participaram do grupo focal. Há ainda duas unidades que não aderiram à incorporação das ações de vigilância da dengue em decorrências de particularidades locais. Importante destacar que do total de agentes convidados apenas 14,4% aceitaram participar do grupo e autorizaram o uso das informações coletadas.

A dinâmica grupal foi realizada no mês de junho de 2011, com duração de 1h e 30min. Houve o cuidado de se agendar o grupo em horário que não comprometesse o trabalho dos ACS nas unidades. O grupo foi realizado em uma instituição preparada para reuniões, de fácil acesso, um lugar calmo e que possibilitava a privacidade do grupo.

O grupo foi conduzido por um coordenador e acompanhado por dois observadores que fizeram anotações sobre a forma como os participantes interagiam na discussão, como circulavam os sentimentos e as atitudes no grupo.

Para iniciar e acolher os participantes foi apresentado o tema da pesquisa e exposto os objetivos daquele encontro para o trabalho. Em seguida, foi realizada uma dinâmica de apresentação dos participantes. Na dinâmica cada agente apresentava um colega que formava seu par. Esta dupla havia sido constituída de modo aleatório, de acordo com a cor do papel da bala que sortearam na recepção do grupo.

Apesar de se conhecerem previamente, foi pedido que após conversarem eles descrevessem aspectos pessoais e profissionais do colega de dupla. Nos relatos surgiram aspectos de suas experiências de vida e de profissão, além de questões objetivas como local de moradia, trabalho e constituição familiar.

Após a apresentação dos participantes, prosseguiu-se com a leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Em seguida, foi iniciada a atividade central do grupo através de uma nova dinâmica. Nesta, os participantes eram apresentados a figuras e fotos sobre o tema vigilância da dengue (Apêndice C)

e estimulados a darem suas opiniões e impressões sobre elas. Com exceção de uma agente, que ficou a maior parte do tempo em silêncio, todas as outras participaram das discussões, fazendo falas e comentários sobre as imagens trazidas pelo coordenador do grupo.

A estratégia usada para desencadear e estimular as trocas discursivas foi à apresentação de imagens que retratavam situações cotidianas do trabalho realizado na vigilância da dengue pelos ACS.

A proximidade das imagens com os contextos de práticas dos ACS motivaram o diálogo sobre os significados construídos pelos agentes em relação à prática da vigilância da dengue. Envolviam os seguintes aspectos: colocação de tela de proteção em caixas d'água sob o solo e a nível elevado do solo, mutirões, coleta de larvas para identificação, ilustração do agente da Vigilância Ambiental em Saúde vistoriando vasos de plantas e pneus, o mosquito e suas fases de desenvolvimento e a imagem ilustrando diversas situações de depósitos com água parada.

Os registros das entrevistas e do grupo focal foram feitos através de dois minigravadores de voz, de forma a não perder o conteúdo das falas. Foram feitos também registros escritos durante a condução do grupo focal pelos observadores.

A análise do material das entrevistas e do grupo focal foi inicialmente realizada a leitura flutuante das falas dos participantes com o intuito de identificar as idéias centrais e os significados construídos que deram origem às categorias de análise. Para a exploração do conjunto de opiniões e representações sociais sobre o tema abordado, foi aplicada a análise de conteúdo, conforme preconizado por Bardin (2010).

3 - O DESENVOLVIMENTO DA ESTRATÉGIA DE VIGILÂNCIA À DENGUE NO MUNICÍPIO DE PIRAÍ: RECONSTRUÇÃO HISTÓRICA E ANÁLISE DA INTEGRAÇÃO COM A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

As possibilidades criadas pelo SUS de municipalização da gestão dos serviços de saúde para os municípios foram acompanhadas da descentralização das ações de Vigilância em Saúde. Este movimento permitiu que fossem desenvolvidas novas estratégias de organização das ações de vigilância e da articulação delas com a rede de serviços locais. Integração, particularmente, com a atenção básica que está próxima dos locais onde as pessoas vivem e que a partir de sua responsabilidade sanitária com os territórios adscritos podem promover ações mais integrais e mais apropriadas às condições geográficas, sociais e culturais de suas populações.

Este foi o caso de Piraí, um município localizado no Estado do Rio de Janeiro, na Região Médio Paraíba, cuja área geográfica representa 504,6 Km² (8,1% da Região Médio Paraíba). Possuiu uma população estimada pelo IBGE para o ano de 2010, de 26.309 habitantes, o que lhe confere uma densidade demográfica de 51,7 hab/Km². Possui uma posição geográfica estratégica, estando localizada entre duas grandes metrópoles – Rio de Janeiro e São Paulo, numa extensão de 52 Km da Rodovia Presidente Dutra.

A população urbana representa 81,70% de sua população total. Tem uma média de moradores por domicílio de 3,14 pessoas, segundo dados do Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB) do Programa de Estratégia Saúde da Família, implantado em 1997 e que atingiu cobertura integral no ano de 2002.

Segundo a coordenadora da Divisão de Vigilância em Saúde do município, as ações de vigilância da dengue em Piraí iniciaram em 1998 com a descentralização desta atividade pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Neste período os agentes de controle de endemias realizavam visitas bimensais nos imóveis existentes no município para verificação da existência de possíveis depósitos que pudessem tornar criadouros para a proliferação do *Aedes aegypti,* assim como a realização de educação em saúde para a população do município.

Como razões para a mudança, os entrevistados identificaram problemas nas ações convencionais de intervenção sobre o vetor da dengue desenvolvidas desde 1998. A gestora da Vigilância em Saúde relatou que havia um aumento gradativo no índice de pendências de visitas nos imóveis do município, além dos transtornos das repetições de visitas por diferentes equipes e serviços. Estas críticas levaram a uma revisão das estratégias de vigilância em curso com as coordenações e profissionais da Vigilância em Saúde e Estratégia Saúde da Família, no sentido de viabilizar a integração das ações de saúde e, assim, atender de modo mais racional e melhor às famílias e o ambiente que as envolve.

Nesta dinâmica, as coordenações de Vigilância em Saúde, Estratégia Saúde da Família e a Secretária de Saúde do município têm uma visão semelhante a de Eugenio Vilaça Mendes (2007) que indica que os territórios devam ser espaços de responsabilização sanitária por um serviço de saúde. Este autor enfatiza, portanto, a importância da territorialização para a organização da Vigilância em Saúde**.**

> *[...] houve a necessidade de estar integrando as atividades e, outra coisa, pensou-se em otimizar essa ida do profissional nestas residências, com a idéia de fazer que esse agente tivesse um olhar como um todo pra saúde da população, então a gente teve a idéia de fazer o agente com o olhar da ação do controle da dengue e também fazendo as ações inerentes as ações da saúde da família, isso foi bem democrático...*(Coordenação Vigilância em Saúde)
>
> *[...] a integração já existia, pois sempre a Vigilância em Saúde trabalhou muito bem com a atenção básica, quanto à descentralização vimos uma necessidade porque sempre criticamos que vigilância é essa, vamos continuar fragmentando ações eternamente, se é um agente comunitário de saúde um agente de Vigilância em Saúde, ele faz vigilância e porque que eu vou ter outros agentes pra fazer uma vigilância especifica de uma patologia, no modelo da vigilância anterior sempre ficava uma pendência muito grande, aí o que a gente achou, vamos inovar, vamos fazer alguma coisa diferente pra ver se a gente consegue diminuir essa pendência...*
> (Secretária Municipal de Saúde)
>
> *[...] a gente fez uma discussão com a coordenação de Vigilância em Saúde, com a coordenação de Vigilância Ambiental em Saúde, e com algumas gerentes de unidades de saúde e com a secretária de saúde, a gente avaliou quais eram os benefícios dessa integração, e a partir disso a gente foi ampliando esse processo unidade por unidade...* (Coordenação ESF)

Com a intenção de otimizar as visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde e as ações de combate ao vetor realizadas pelo agente de controle de endemias nos imóveis do município, houve a incorporação desta atividade na Estratégia de Saúde da Família.

A partir de um planejamento conjunto entre as áreas e os setores envolvidos foram unificadas as atividades com o objetivo de melhorar o processo de trabalho das equipes e ampliar as ações de vigilância em cada território. Entendia-se que esta integração facilitaria a identificação das potencialidades e dificuldades no controle da doença e promoveria uma visão completa e uma ação mais sistêmica sobre as realidades de cada área.

> *[...] então a potencialidade é essa os atores da vigilância estão dentro do território, aquele território é deles não deles como profissional, mas deles também como moradores, como cidadãos daquele espaço ali, então eu acho que isso potencializa mais, a forma como a gente organizou tem toda a potencialidade e a condição de dar certo e é uma coisa diferente, eu estou cansada dessa mesmice do Ministério desenhar políticas e a gente ter que verticalmente ter que ficar repetindo isso no município, copiando, até sem experimentar outras coisas...* (Secretária Municipal de Saúde)

> *[...] então eu acho que a potencialidade é a visão do geral, que esse ACS possui o conhecimento bem específico dessa localidade pra que ele possa intervir, e como ele acaba ganhando a confiança dessas pessoas a gente achou que seria interessante a facilidade da entrada como a gente percebe que a própria equipe central às vezes tem dificuldades de entrar em alguns imóveis...* (Coordenação Vigilância em Saúde)

> *[...] as potencialidades são muitas porque desenvolver esse trabalho em conjunto eu acho que são mais pessoas pensando sobre uma problemática que tem muito a ver com o trabalho de saúde. Então hoje pensar as questões ambientais, não é uma questão específica da vigilância ambiental, acho que pensar as questões ambientais hoje a equipe de saúde da família, a Atenção Primária em saúde está muito mais envolvida nesse processo tem muito mais potencial de discussão e de ação ou de reflexão sobre esse processo ambiental do que a gente tinha anteriormente...* (Coordenação ESF)

As dificuldades declaradas direcionam a fragmentação cultural dos desenhos políticos impostos pelo Ministério da Saúde e a questão cultural da ação do agente de controle de endemias da antiga FUNASA onde os agentes faziam uma vigilância específica de uma patologia ou de um tipo de vetor, onde se tinha um agente de vigilância da turberculose, um agente de vigilância da hanseníase, da esquistossomose, que separavam essa vigilância por áreas de endemias. E ainda, por não haver uma unificação em massa da vigilância da dengue na Estratégia de Saúde da Família, como também o viés de insatisfação de alguns profissionais corroboram com as dificuldades relatadas.

> *[...] as dificuldades eu vejo hoje ainda é a cultura da fragmentação das políticas e a cultura do agente de endemias ela é muito forte no País, e só o município de Piraí esta fazendo isso, mas as dificuldades eu vejo são poucas, a questão da cultura mesmo, de separar, ser só a gente que esta fazendo isso, então não tem uma unidade de massa dentro dessa proposta e as muitas peças que eles tem que carregar, eu acho que isso dificulta.*(Secretária Municipal de Saúde)
>
> *"[...] das dificuldades que a gente percebe primeiro foi tirar essa atividade da equipe central e também colocar essa atividade para a equipe dos ACS, então parece assim, eu ganhei mais uma atividade e, por outro lado, estão dando uma atividade pra quem não tem o conhecimento especifico pra tal. No inicio foi bastante conflitante, hoje a gente percebe que ainda existem alguns problemas, mas de alguns agentes somente..."* (Coordenação Vigilância em Saúde)
>
> *"[...] a grande dificuldade é de consolidação desse benefício, ou de avaliar de fato quais são essas dificuldades, uma questão que não seja coorporativa ou que não seja de um determinado setor ou de uma determinada unidade a ponto da gente poder retirar as dificuldades, ou diminuir as dificuldades e aumentar as potencialidades, mas sempre tem esse viés da insatisfação que de fato eu sinto dificuldade de entender o verdadeiro nó desse problema..."* (Coordenação ESF)

Essa dinâmica de ação na Estratégia de Saúde da Família vem com um olhar vigilante da condição de risco do território, com uma responsabilidade assumida pelos profissionais, sendo vista pela secretária de saúde como uma riqueza na ação de vigiar.

> *[...] eu acho uma coisa perfeitamente possível, viável e que dá certo, disso eu não tenho dúvidas, só que eu vejo por causa dessa cultura de fragmentação nesse País e essa cultura do agente da dengue que ficou muito forte, então isso tem uma resistência muito grande ainda dos profissionais que de repente não percebem a grandeza da ação se você uniformizar e se ele for o senhor de toda a vigilância na área dele, no território dele, que ele não precisa de terceiros indo para lá, que isso não daria certo, eles entendem agora que isso é uma responsabilidade deles, então todas essas pessoas embora gostando ou não gostando assumem responsabilidade sobre essa ação , eu acho que aí que esta a riqueza...* (Secretária Municipal de Saúde)

Assim, em meados de 2005, foi iniciado um projeto piloto em duas localidades do município, onde as ações realizadas pelos agentes de controle de endemias passaram a ser desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde e, após avaliação e adaptações necessárias, implementou-se a integração nas unidades de saúde restantes. (SMS PIRAÍ, 2006).

> *[...] a proposta é essa visão bem geral, porque quando a gente pensa em Vigilância em Saúde ela é o eixo da saúde da família, então o agente comunitário de saúde tem um olhar vigilante na condição de risco e a adesão desta atividade fazendo parte desse olhar de vigilância mesmo desse olhar de risco, e como a gente tinha a utilização e tem ainda a utilização do agente biológico, do biolarvicida, então a gente viu que teria a possibilidade do agente comunitário de saúde estar fazendo a aplicação, ele faz a coleta de larvas também e envia para equipe central, para fazer análise e a partir daí, ele faz parte desse processo de trabalho..* (Coordenação Vigilância em Saúde)

Acordos, definições de competências e responsabilidades foram pactuados entre os setores envolvidos, a partir daí iniciou-se capacitações e monitoramento desta integração em 100% das unidades de saúde da família do município. (SMS PIRAÍ, 2006).

O município possui uma equipe matricial de Vigilância Ambiental em Saúde composta de 11 Agentes de Controle de Endemias que oferecem o apoio necessário para a realização desta integração da vigilância da dengue nas unidades de Estratégia Saúde da Família. Essa equipe de Vigilância Ambiental em Saúde, além

de executar a vigilância da dengue em condições especiais, realiza também outras atividades como a vigilância da qualidade da água para consumo humano, da qualidade do ar e do solo e ainda demandas com reclamações e solicitações sobre animais sinantrópicos, e outros. Na organização do processo de vigilância da dengue coube a equipe matricial de Vigilância Ambiental em Saúde o monitoramento dos Pontos Estratégicos (PE), Pontos Vetoriais Especiais (PVE), armadilhas, Levantamento de Índice Rápido para o *Aedes aegypti* (LIRAa), investigação dos casos suspeitos e delimitação de foco, uso de produtos químicos e equipamentos pesados quando necessário. (SMS PIRAÍ, 2006).

Aos agentes comunitários de saúde coube a realização da vistoria dos imóveis e prédios comerciais de sua área de abrangência, que totalizam aproximadamente 150 imóveis, onde realizam pesquisa larvária, identificação e eliminação de criadouros, orientação e informação aos moradores sobre os criadouros e tratamento com produto biolarvicida, se necessário. (SMS PIRAÍ, 2006).

Esse olhar ampliado de saúde da população é de possível realização, porém, é evidente para os gestores ainda haver resistência dos profissionais para a realização desta vigilância.

> *[...] é uma questão interessante porque você amplia o olhar de saúde na população, eu acho que você amplia a possibilidade de se fazer um trabalho educativo, de você melhorar o trabalho de informação e ação dentro das unidades de saúde, dentro das famílias, vejo como um processo de difícil aceitação pelo próprio agente comunitário de saúde, não sei te dizer se é uma questão pontual mais é uma questão que na verdade isso perpassa a fala dos agentes comunitários de saúde..* (Coordenação da ESF)

Com a incorporação desta atividade na Estratégia Saúde da Família, os gestores municipais relatam uma situação bastante diferenciada da realidade de diversos outros municípios do Brasil, com as ações de controle da dengue (visitas em imóveis para a detecção de focos, eliminação de criadouros, tratamento de reservatórios de água e trabalho educativo) sendo realizadas pelos agentes comunitários de saúde, sob a supervisão direta da equipe de saúde da família e apoio matricial da equipe de Vigilância Ambiental em Saúde municipal.

Com a manutenção dessa estratégia nestes cinco anos vários avanços foram empreendidos e que muito contribuíram para a intervenção nos fatores de risco no meio ambiente: ampliação das ações intersetoriais; ampliação das ações de mobilização da comunidade; confecção de boletins informativos sobre dengue; confecção de legislação específica, Lei n° 945, de 16 de fevereiro de 2009 que dispõe sobre a prevenção e controle da transmissão e a atenção básica à saúde dos casos de dengue no município e dá outras providências (Anexo C); A confecção e implantação de check list[1] para identificação e registro de situações de risco (Anexo D); realização de visitas às unidades de Estratégia Saúde da Família por técnicos da equipe do setor de Vigilância Ambiental em Saúde para elaboração de estratégias conjuntas locais; confecção e implantação de planilha de acompanhamento dos indicadores, por agente comunitário de saúde. (SMS PIRAÍ, 2006).

As Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue, instituída no ano de 2009 pelo Ministério da Saúde, instituíram o acesso do profissional às famílias e imóveis do município; a tomar medidas imediatas, quando detectados situações de risco; ampliar a área de cobertura das ações de dengue; otimizar os recursos materiais, humanos e financeiros existentes; favorecer a integração das ações, promover e facilitar as ações de educação permanente; melhorar a supervisão do trabalho desenvolvido a nível local; detecção precoce dos casos de dengue e suas complicações. (BRASIL, 2009).

Estas diretrizes e a avaliação das ações integradas de vigilância da dengue no município estimularam a adoção de novas medidas como a implantação e confecção do check list. Este instrumento sobre medidas preventivas e corretivas a serem adotadas no imóvel, foi elaborado a partir da solicitação dos agentes comunitários de saúde. Com a existência da demanda dos ACS com relação à orientação aos moradores do município no controle do mosquito da dengue verificou-se a necessidade de um instrumento impresso que ajudasse nas orientações e que fosse identificado como um instrumento de compromisso do morador com o serviço público no intuito de minimizar os criadouros do mosquito da dengue existentes em sua residência, explica a gestora da Vigilância em Saúde.

Explica ainda que o check list foi implantado no ano de 2010, direcionando aos moradores as orientações pertinentes a cada tipo de depósito que poderia

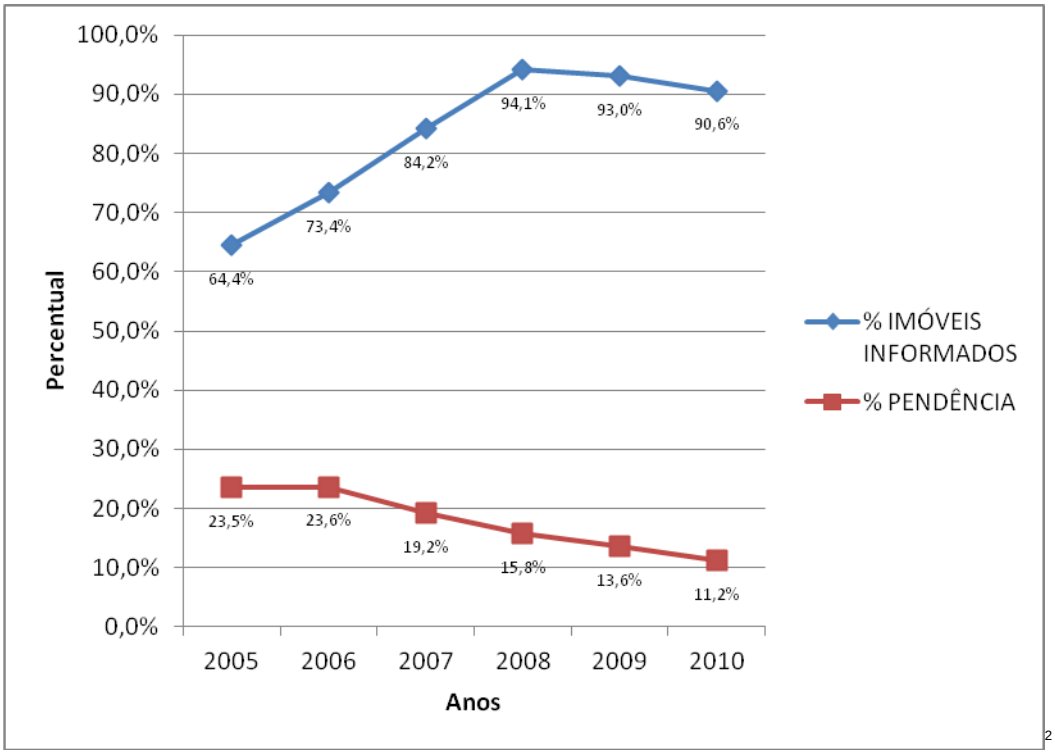
[1] Medidas preventivas e corretivas a serem adotadas no imóvel

tornar-se um criadouro de mosquitos. Posterior a esta implantação, teve a parceria com o setor de informática da Secretaria Municipal de Saúde, com a criação de um banco de dados que através dele é possível fazer um levantamento mais rápido da situação dos criadouros e identificar a reincidência de algumas situações para posterior tomada de decisão.

Este instrumento relata a gestora, assume um caráter fiscalizador e punitivo, sendo uma forma de tornar mais incisiva a vigilância da dengue pelos ACS e quando é identificada a reincidência de focos em um domicílio e ou quando há uma situação de urgência. Nestes casos o check list se transforma em um documento oficial encaminhado à vigilância sanitária municipal para que se faça cumprir a lei municipal 945 de 16 de fevereiro de 2009.

A análise dos dados da vigilância da dengue de Piraí dos últimos seis anos (Anexo E), apresentados no gráfico 1, permite verificar que houve aumento do número de imóveis informados, ou seja, aumento do número de imóveis que o ACS consegue visitar no período, o que significa uma maior cobertura de todo o município culminando em uma pendência (percentual de imóveis que o ACS não consegue ter acesso) aproximado do preconizado pelo Ministério da Saúde de 10%.

GRÁFICO 1 – PERCENTUAL DE IMÓVEIS INFORMADOS E PENDÊNCIA DAS AÇÕES DESCENTRALIZADAS DE CONTROLE DA DENGUE NO MUNICÍPIO DE PIRAÍ – ANOS 2005 A 2010



[2]

FONTE: DIVISA/VIAMB - SISFAD/PIRAÍ

Importante destacar que até o ano de 2008, o Programa Nacional de Controle da Dengue – PNCD preconizava 6 ciclos anuais de controle do vetor, após reavaliação em 2009, o PNCD passa a preconizar 5 ciclos anuais de controle do vetor da dengue, havendo uma diminuição do número total de imóveis do município de um ano para o outro, apresentado no Quadro 1. Com a nova estratégia do PNCD o calculo de IIP (índice de infestação predial) [3]e IIB (índice de infestação breteau) [4] são realizados somente nas atividades de Levantamento de índice rápido do ***A. aegypti*** – LIRAa, avaliando um número menor de imóveis dentro de um estrato. Não

[2] Imóveis informados: são todos os imóveis registrados durante a visita do agente tendo ele entrado para inspecioná-los e ainda aqueles que estão fechados ou recusados. % pendência: são os imóveis fechados ou recusados no momento da visita.

[3] O IIP é a relação expressa em percentagem entre o número de imóveis positivos e o número de imóveis pesquisados

[4] O IIB estabelece uma relação entre recipientes positivos e imóveis e, embora forneça mais informações, não aponta dados sobre a produtividade dos depósitos.

avaliando na totalidade de imóveis do município, com isso o IIP e o IIB demonstra um crescimento.

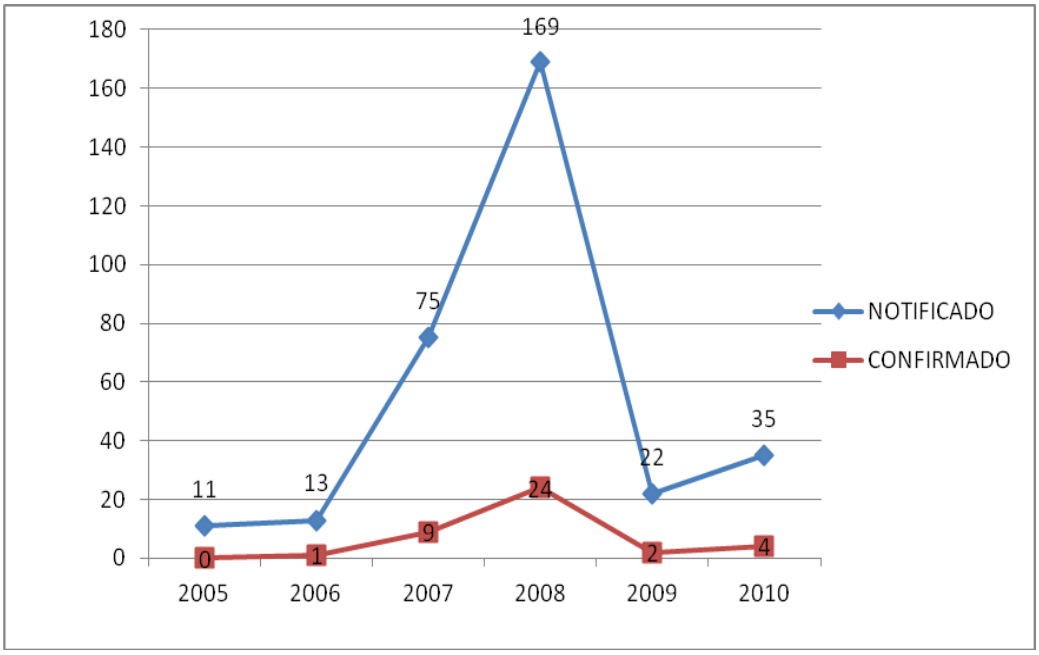
QUADRO 1 - INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO DAS AÇÕES DO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE DO MUNICÍPIO DE PIRAÍ ANOS: 2005 A 2010

INDICADORES	2005	2006	2007	2008	2009	2010
TOTAL IMOVEIS NO MUNICIPIO	69000	69000	69000	69000	63.355	63.355
IMÓVEIS INFORMADOS	44.620	50.629	58.080	64.928	58.941	57.256
IMÓVEIS INSPECIONADOS	34.193	38.660	46.928	54.661	50.923	50.728
IMÓVEIS RECUSADOS	64	53	41	71	117	60
IMÓVEIS FECHADOS	11.932	13.235	12.101	10.603	8.200	6.595
IMÓVEIS RECUPERADOS	1.569	1.319	990	407	299	127
% IMÓVEIS INFORMADOS	64,42%	73,37%	84,17%	94,09%	93,03%	90,6%
% PENDÊNCIA	23,51%	23,64%	19,20%	15,81%	13,60%	11,40%
IIP *A. aegypti*	0,04	0,06	0,02	0,01	0,2	-
IIB *A. aegypti*	0,05	0,08	0,02	0,01	0,2	-

FONTE: DIVISA-VIAMB- SISFAD/PIRAÍ [5]

[5] Ano 2008 o PNCD trabalhou com 06 ciclos/ano. Total de imóvel município= 11.500 = 69.000 imóveis. Ano 2009 o PNCD trabalhou com 05 ciclos/ano com o RG atualizado. Total imóvel município=12.671 x 5 = 63.355 imóveis.

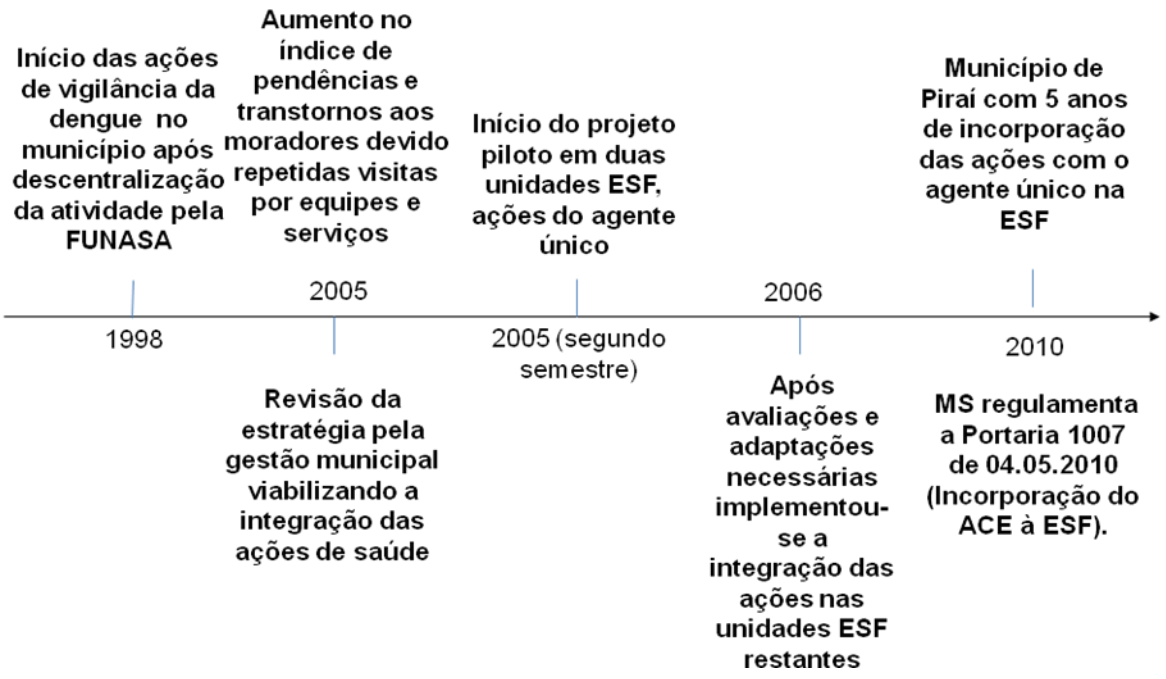
GRÁFICO 2 – NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS E CONFIRMADOS DE DENGUE NO MUNICÍPIO DE PIRAÍ – ANOS 2005 A 2010



FONTE: DIVISA/VIEP - SINAN /PIRAÍ

A integração entre Atenção Primária e a Vigilância em Saúde no território é imprescindível para o alcance dos objetivos destes setores de saúde. Somente com o uso das mesmas bases territoriais e da articulação intersetorial, envolvendo aqui não somente órgãos do setor saúde, mas também outros responsáveis pela elaboração de políticas saudáveis, é que podemos alcançar os princípios da integralidade, universalidade e equidade do Sistema Único de Saúde. (NORONHA; PENNA, 2007).

A linha do tempo a seguir, sintetiza o histórico do processo de trabalho realizado no município de Piraí.



As questões que compuseram o objetivo geral passam pela análise dos sentidos desta integração desenvolvidos pelos agentes comunitários de saúde que são os sujeitos diretos neste processo e a observação das dificuldades e potencialidades presentes na gestão e gerência no que tange à integração de serviços de saúde da família e Vigilância Ambiental em Saúde, envolvidos na vigilância da dengue. Com o objetivo de se aproximar destas questões foi realizado o grupo focal com os ACS. Os resultados destas atividades são descritos a seguir.

4. REPERCUSSÕES DA INTEGRAÇÃO ENTRE A VIGILÂNCIA DA DENGUE COM A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NAS VIVENCIAS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Com base na análise do material coletado identificamos as seguintes categorias:

4.1 – Categoria 1: As percepções sobre o processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde envolvendo as ações de vigilância da dengue

Algumas dificuldades operacionais para o desenvolvimento da ação da vigilância da dengue na estratégia saúde da família foram citadas. Em sua rotina as ACS são incumbidas de realizarem ações diretas como a identificação dos criadouros de larvas, a aplicação de biolarvicidas, a colocação de telas em reservatórios de água entre outras. Estas ações implicaram que as ACS incorporassem novas técnicas e novos materiais ao seu equipamento de trabalho, os quais têm que carregar para as visitas domiciliares.

Esta atividade de vigilância também modificou as ações a serem desenvolvidas nos domicílios e nos espaços públicos do território. Entre as ações as ACS identificam algumas que sentem dificuldade para realizar por conta de serem mulheres. Como mulheres disseram que encontravam dificuldades de realizarem procedimentos de vistoria como acessar telhados, levantar tampas caixas d'água ou andar em terrenos baldios. Queixaram-se, inclusive, de que suas vestimentas de trabalho às vezes eram inapropriadas a certas ações de campo, pois usam jaleco branco, que se tornam inapropriados para algumas destas intervenções.

> *[...] a gente tem problema direto com caixa d'água, inclusive pra gente já é um problema por ser do sexo feminino, ter que subir em escada, ter que tampar caixa d'água e quando a gente precisa solicita a equipe de apoio, porque tem algumas situações em que a gente não consegue resolver. Por exemplo, caixa d'água muito alta precisa de escada e pra levar escada precisa de um homem e pra subir na escada precisa de um outro*.. (ACS 1)

> *[...] e também a dificuldade de se subir em uma escada onde o perigo existe, ás vezes você dá a capa pra ele colocar e ele fala pode deixar que eu vou colocar, aí você volta e a capa não esta lá aí a gente tem que ficar falando, falando... a maioria da vezes quem tem mais habilidade pra colocar são os meninos mesmo da dengue pois o dia em que eles colocaram lá eles esticaram bem esticadinho bem direitinho...* (ACS 2)

> *[...] e ainda trabalhamos diariamente de jaleco branco e aí chega lá, para subir na escada, geralmente é sujo, e daí a gente precisa pedir a equipe de apoio.* (ACS 1)

Verifica-se que ainda há dúvidas quanto ao espectro das ações de vigilância que devem realizar nos domicílios. Um exemplo são as ações voltadas à limpeza de áreas externas das moradias quando observam a presença de materiais inservíveis ou resíduos que são potenciais criadouros de larvas. Como agir nestas situações? Como compartilhar as ações de orientação com a prática direta de eliminação de focos? Qual a divisão de responsabilidades entre os agentes e os moradores? Em síntese os agentes apresentam dúvidas em como fazer com que as ações operacionais de eliminação de focos sejam ações de educação em saúde.

> *[...] então para o agente de saúde partir pra fiscalização, vamos ter que começar a pegar o lixo todo o dia da casa do paciente? Você vai andar lá no quintal e pegar o potinho de margarina que estava jogado, a lata de óleo, o litro de refrigerante, entendeu? Assim vamos virar um catador de lixo para morador...*(ACS 1)

As dificuldades de entender os limites de atuação e de integrar as ações instrumentais com as ações educativas, parecem contribuir para uma percepção de que as atividades diretas de eliminação dos criadouros criariam uma sobrecarga à rotina já atribuída ao ACS. Elas se somariam às atribuições das agentes no acolhimento nas unidades de saúde, na busca de faltosos, nas ações de orientação de gestantes e puérperas realizadas nos domicílios, entre outras.

Portanto, as agentes consideraram que as ações de vigilância da dengue representam uma maior sobrecarga ao trabalho cotidiano. Por outro lado, questionaram se essa nova atribuição não seria como o caso do Programa do Bolsa Família, uma responsabilidade de outros setores e não apenas dos agentes

comunitários de saúde, pois estes já são responsáveis por vários protocolos de atendimento e vigilância a diversos agravos a saúde.

> *[...] o serviço de agente é muita coisa, você tem que olhar a criança, o cartão de vacina, se a criança esta pesada, se esta com consulta em dia, se esta vacinada, aí você tem que olhar o hipertenso e o diabetes, você tem que olhar as mulheres, se está com o seu preventivo em dia, então é muito serviço... você tem que fazer também as atividades como técnica de enfermagem e recepcionista, entendeu?.* (ACS 3)

> *[...] quanto mais o da dengue, fora as outras funções do agente, é a recepção que tem que dar conta é o bolsa família que não é nosso, detalhe, a gente faz, mas não é nosso, não deveria ser.* (ACS 1)

> *[...] é o preparo, a vacina, as funções mesmo de enfermagem... o agente tem mil e uma utilidades, esse bolsa família também, não é brinquedo não.*(ACS 4)

As agentes compreendem que a sobrecarga e a sobreposição de atividades podem implicar em piora na qualidade do trabalho. A maioria das ações sob responsabilidades dos ACS estão relacionadas com questões mais prementes, isto é, ações diretamente voltadas para os processos de adoecimento, de tratamento ou mesmo de organização e acolhimento à demanda livre nas unidades de saúde. Portanto, a importância da atenção aos agravos à saúde ou o apelo do atendimento às demandas, pode fragilizar ou tornar secundária a ação de controle aos focos de dengue ou vice versa, quando a busca por focos pode cegar as outras atribuições em uma visita ao domicílio.

> *[...] na verdade é assim, a gente já tem tanta coisa para o agente comunitário de saúde fazer, que é hipertensão altíssima, diabetes alterado ou uma úlcera, você se importa com isso e esquece a dengue. Então o que é que esta acontecendo, precisa voltar num segundo momento só pra olhar dengue, porque não é olhado naquele momento porque não deu... porque não estamos conseguindo fazer as duas coisas ao mesmo tempo. É muito complicado. Tentar a gente tenta.* (ACS 1)

> [sobre compatibilizar as intervenções sobre agravos e a vigilância da dengue*] tem que estar atento, a gente tenta, mais um dos dois serviços não*

> *ficam bem feitos, ou um ou outro. Um ou outro você não vai conseguir, é difícil...*(ACS 2)
>
> *[...] você não faz nenhuma coisa nem outra..* (ACS 5)

Cabe assinalar que algumas agentes referiram que seu olhar havia mudado a partir da incorporação da vigilância da dengue. Quando entravam em uma residência não tinham mais um olhar ingênuo. O saber técnico e prático sobre a dengue, sobre o comportamento do mosquito e os possíveis criadouros fazia com que elas, ao entrarem em uma casa, dirigissem seu olhar para o ambiente, agora não apenas para as condições da moradia, mas também para a busca dos criadouros de larvas. Referiam esta sensação não com desconforto, mas com estranhamento, uma sensação nova para elas.

> *[...] ai você observa, eu fico pensando na prática, a gente já sabe onde esta o problema, isso é o problema, porque ao mesmo tempo em que você acha que eu sei que aquela piscina esta ali, ai eu não olho o resto, isso não é legal também, entendeu. Que a gente conhece tanto a família que eu já sei onde é o problema. Ao mesmo tempo que te ajuda, que você conhece a família, isso te atrapalha também.* (ACS 1)
>
> [sobre reclamação de paciente] *então você vê, você já tem que estar mudando também o seu olhar, já é automático!.* (ACS 2)
>
> *[...] a gente sempre vai de duas* [sobre visita em dupla realizada na as unidade] *a gente pede um olhar diferenciado. Eu tenho um olhar a minha colega de trabalho tem outro olhar diferenciado para aquilo ali e ai quando não dá a gente pede ajuda aqui mesmo* [se referindo a equipe matricial] (ACS 2)

Na discussão do grupo houve um momento de reflexão sobre a dificuldade que a população demonstra em reconhecê-los como agentes que executam a ação da vigilância da dengue, pois, na verdade, acreditam que os moradores ainda os percebem como agentes vinculados as ações de atendimento as doenças como a verificação de pressão, marcação de exames.

> *[...] eu vejo também que os moradores não vêem a gente como o agente da dengue, entendeu. Na nossa área a gente tem esse problema, porque a gente vai como agente de saúde você chega lá ai eles começam a perguntar meu exame, vê minha pressão, vê isso , ai você vai e diz posso dar uma olhadinha no seu quintal pra fazer o trabalho também da dengue . Ás vezes eles nem sabem que a gente trabalha com isso. Então eles não sabem que a gente realiza esse trabalho, eles acham que você esta ali normalmente fazendo o atendimento dele de agente de saúde, quer vê pressão, exame...* (ACS 3)

As agentes identificaram diferenças na execução das ações de vigilância em áreas urbanas e áreas rurais. Observaram diferenças objetivas como o maior número de moradias das áreas urbanas e a maior quantidade de materiais inservíveis ou do nível socioeconômico e educacional dos moradores. Perceberam diferenças na forma como os moradores se relacionam entre si, com os ACS da área e com o território. Relataram que relações entre os moradores da área rural e os vínculos destes com os ACS são mais próximas e que este fato influi nas atividades de vigilância. Percebem, deste modo, a existência de uma noção de comunidade mais intensa nestas áreas e que este fato pode contribuir nas ações de educação e promoção à saúde relativas ao ambiente.

A proximidade e a cordialidade entre os habitantes das áreas rurais e a maior relação dos moradores com o ambiente parece facilitar as ações preventivas da dengue executadas pelos agentes. Compreendem, por sua vez, que a vida corrida, a falta de ligação com o meio ambiente e a impessoalidade das relações nas cidades parece criar obstáculos para estas atividades.

> *[...] eu considero o pessoal da área rural bem mais educado do que o pessoal do centro...* (ACS 5)

> *[...] tipo tem a questão também da área urbana de ser bem maior, o lixo é bem mais, tudo é mais. Então acaba que entra isso também. A gente vê pela própria educação do pessoal da área rural mais também a gente vê o estilo de vida do pessoal da área urbana é totalmente diferente...* (ACS 6)

> *[...] o estilo de vida é completamente diferente, eu levo a vida com estilo urbano, aqui acontece isso, a gente entrega o papelzinho, tem que entregar o lixo oito horas da manhã que passa na sua rua, mas não sei se com a*

> *vida que a gente leva... só se tiver uma empregada pra colocar o nosso lixo oito horas da manhã na porta de casa...*(ACS 1)

Contudo, a proximidade no meio rural traz desafios aos agentes quando eles têm que desenvolver ações como a aplicação de notificações ou quando há a exigência de intervenções mais incisivas sobre o ambiente.

> *[...] um problema também é que a gente trabalha numa área que a gente tem muito parente, muito conhecido no local, aí a gente acaba perdendo o vínculo com aquela pessoa ou com aquela família...* (ACS 7)

Esta relação entre a convivência, o reconhecimento e a aplicação das ações direta sobre o ambiente foi abordada pelos agentes como um foco de tensão e de questionamento sobre o desenvolvimento da integração. Estes aspectos se desdobram em um novo conjunto de questões que emergiram no grupo.

4.2 – Categoria 2: Os conflitos entre conviver, educar e vigiar no cotidiano dos Agentes Comunitários de Saúde

Evidenciou-se as dificuldades dos agentes em compatibilizar e dar novos sentidos à integração das ações de educação/promoção à saúde e a vigilância da dengue. Particularmente, quando esta vigilância implica em ações com aspectos coercitivos que envolvem a fiscalização e a aplicação de normas legais. Estes aspectos legais ou normativos são previstos no escopo da vigilância ambiental da dengue, envolvem as situações de notificação de domicílios que, reincidentemente, apresentam criadouros ou focos de mosquito.

Verificou-se que durante suas exposições as agentes entendiam que sua identidade profissional se fundava e se misturava com a perspectiva de educação em saúde desenvolvida com a Estratégia Saúde da Família. De certo modo, entendiam que as ações fiscalizatórias, previstas na vigilância da dengue, poderiam prejudicar este núcleo central de sua atividade e sua identidade como ACS.

A valorização, ou melhor, a ênfase dada pelas agentes na perspectiva fiscalizadora das ações de controle ao vetor dificultava que elas entendessem a vigilância da dengue também em uma perspectiva de educação e promoção em saúde.

> *[...] a gente já está acostumado como PSF, vamos colocar assim, tirando o trabalho da dengue, a gente já estava mais acostumado com a educação, pois você estava ali, orientando sempre, monitorando algumas coisas, tem a questão dos medicamentos, então a gente já estava acostumado com a parte da educação. A fiscalização eu, pelo menos, já acho um pouco mais complicado, até pela vivência dos moradores, eles se sentem um pouco acuados, em serem fiscalizados entendeu? [.....] mas acredito que pra dengue, pra gente é mais difícil trabalhar, agora acredito que na parte da educação a gente já estava bem mais acostumado.* (ACS 8)

> *[...] eu acho que a educação em saúde esta incorporada no agente de saúde, já faz parte da estratégia desde que entrou o PSF, educação em saúde, prevenção, agora quanto a fiscalização atrapalha um pouco o trabalho do agente comunitário..* (ACS 1)

O vínculo das agentes com as famílias e os indivíduos é muito próximo, chega a ser uma relação pessoal e é, a partir deste relacionamento próximo, que estabelecem suas práticas de educação.

Por outro lado, é importante destacar que não houve referência espontânea à mobilização comunitária, não foram apontadas questões que envolvessem os determinantes sociais e culturais envolvidos nos comportamentos dos moradores e não foram citadas ações que envolvessem outras instituições locais como igrejas, escolas, associações de moradores etc.

Essas ausências podem ser um viés da discussão, isto é, fruto do entendimento que os sujeitos produziram durante a conversa no grupo. Contudo, parecem representar a valorização do enfoque individual da promoção e prevenção, em detrimento de uma intervenção coletiva no território, assim como, a valorização de uma visão normatizadora da promoção e educação em saúde.

Questiona-se, portanto, se as relevâncias da dimensão individual das práticas nas narrativas podem estar associadas à manutenção de concepções de educação em saúde ligadas a uma perspectiva individualista e normativa, a uma prática de

transmitir informações e cobrar mudanças de hábito das pessoas. Uma perspectiva que reafirma a Vigilância em Saúde como um ato fiscalizador de comportamentos saudáveis, reproduzindo a racionalidade envolvida na prevenção e atenção às doenças.

Talvez esta forma de compreender a educação em saúde possa influir no modo como as agentes ressaltam e priorizem a perspectiva fiscalizadora das ações preconizadas pela vigilância da dengue.

Esta perspectiva normativa da promoção e educação em saúde pode explicar o sentido de insatisfação da maioria das participantes quando avaliam suas ações de educação em relação à dengue. Tendem a culpar a falta de escolaridade e a falta de consciência sobre o ambiente ou sobre a vida em sociedade. Assim, têm dificuldade de pensar os comportamentos de modo mais ampliado, mesmo sendo eles moradores daquela comunidade.

> *[...] esse trabalho cansa,* {risos}*. Eu acho que o problema da dengue é questão de educação mesmo, é questão da conscientização da gente como população. Acho que o problema todo está aí... falta de educação porque olha o mato ali acha que podem sujar. A gente está dando murro em ponta de faca...* (ACS 2)
>
> *[...] ai já é educação do morador, os meninos limpam [*referência a equipe de limpeza] *você vai e joga aquele copinho lá*... (ACS 3)
>
> *[...] mas assim, tem muitas pessoas sabe, que está vendo que o lixo está ali abarrotado. Onde eu moro é assim, o caminhão não vai passar mais naquela hora mais você limpa a sua casa, o que podia ficar um pouquinho guardadinho num cantinho até no outro dia, não, soca dentro do latão de lixo que já não está mais agüentando, bota do lado do latão, em cima do latão [...] a gente pede para a Prefeitura fazer a limpeza, eles limpam e dois dias depois o morador vai lá e suja*... (ACS 2)

Parecem lidar com a vigilância da dengue através da mesma lente com que a prática médica higienista e normativa usa para culpabilizar as vítimas das situações de adoecimento, quando culpa o hipertenso por não tomar o remédio ou o obeso por engordar.

> *[...] eu acho que banalizam a doença...* (ACS 1)

> *[...] o bom seria se não tivesse nada para tratar, se tivesse tudo organizadinho igual você orientou , entendeu, mais não funciona assim, não é?...* (ACS 3)

Surgiram pouquíssimas falas que abordassem a educação de modo mais ampliado, que apontassem envolvimento de outros sujeitos e novas formas de mobilização na comunidade. As falas sobre as intervenções em áreas públicas, limpeza urbana, escolas ou saneamento básico, foram pontuais e desvinculadas de uma perspectiva de mobilização comunitária. O entendimento dos agentes parecia não abarcar a integração da Vigilância Ambiental em Saúde com a mobilização comunitária e intersetorialidade. Uma das poucas falas sobre ações coletivas foi dirigida a atividade com escolares.

> *[...] eu acho que o trabalho que a gente faz em educação em saúde, é trabalhar dengue para o futuro, igual ela pegar o agente mirim, isso ai é legal trabalhar o futuro, agora vigiar e punir é a realidade de hoje e trabalhar a dengue hoje é vigiar e punir entendeu, e não é o que a gente consegue fazer* ...(ACS 1)
>
> *[*fala sobre a realização de mutirão em uma unidade*] geralmente a gente faz assim com as crianças da escola, então a gente sai na rua entregando panfleto, orientando, realmente com o saco de lixo, tirando latinha, garrafa, essas coisas que podem estar ali acumulando água então a gente sai, todo mundo em grupo orientando mesmo cada família, todo mundo que tiver na rua, a gente sai entregando panfleto e orientando e retirando.* (ACS 8)

Questionadas sobre a realização de mutirões uma das equipes relatou que fazia mutirões apenas entre profissionais, para darem conta da cobertura da vigilância da dengue de alguma área.

> *[...] isso daqui não é a minha realidade* [fazendo referência ao mutirão] *a gente não faz muito no PSF, a gente faz muito quando é dia D* [referencia a um dia especial de controle da dengue] *alguma coisa pra incentivar a comunidade, isso não acontece muito não até porque cada um na sua área já atua...*(ACS 5)
>
> *[*fazendo referencia ao mutirão*] isso aí que ela esta falando é importante, porque ela vai estar desenvolvendo o olhar crítico na população, o nosso*

> *caso é diferente. Os nossos mutirões são entre profissionais mesmo, para a gente tentar dar conta do serviço e sempre que a gente acha uma larva positiva, temos que fazer o mutirão para fazer uma varredura naquele local ali...* (ACS 1)

Outro aspecto que emergiu das falas sobre a relação entre vigiar e educar foi relativa aos constrangimentos que os ACS percebem quando têm que ter uma ação mais incisiva como fiscais. Consideraram que algumas dessas atividades podem comprometer o vínculo e o trabalho que têm que desenvolver com as famílias. Por outro lado, sendo moradores no mesmo território onde ficam os domicílios a serem fiscalizados, sentem-se, por vezes, constrangidos, com medo de serem mal compreendidas pelos vizinhos.

> *[...] mas essa parte de vigiar não dá, essa parte da fiscalização é complicada...* (ACS 5)

> *[...] o vínculo que é uma coisa muito importante, a nossa coordenação de PSF trabalha muito com o vínculo, em humanização, que a gente tem que ter um vínculo muito grande, então foi o que a colega falou, se você não souber, igual assim, eu nasci e cresci aonde eu trabalho, entendeu , é muito difícil de você trabalhar, é muito difícil...* (ACS 2)

> *"[...] se você foca muito a dengue, se você fala assim, olha o seu quintal esta assim, esta assado, ... se você arrumar uma confusão com o morador assim então já era..., eu tentava conversar com o vizinho mas não adiantava, cheguei, fui até a vigilância ambiental falei com o pessoal, tive problema depois, porque acharam, foi você que denunciou, você não podia fazer isso, você é amiga da gente, então eu tento resolver sem precisar chegar esse ponto... (*ACS 5)

> [sobre a visita domiciliar para a vigilância da dengue] *porque se a gente não souber abordar o paciente, pode ter certeza que mês que vem você não vai ser bem recebida lá. Você não vai conseguir fazer visita...* (ACS 4)

A implantação do "check list", uma estratégia que facilita o monitoramento de domicílios com criadouros, casas ou terrenos que apresentam ou têm risco de desenvolvimento de larvas, implica na visualização, comunicação e no reconhecimento pelo próprio morador da existência de possíveis focos ou condições

para o desenvolvimento do mosquito, logo em uma constatação pública de que está ocorrendo o risco.

Os moradores ao assinarem a lista podem se sentir constrangidos e reconhecem que estão sob observação e susceptíveis a punições. Esta situação também pode causar constrangimentos na relação do ACS com os moradores.

> *[...] igual já aconteceu de eu chegar e aplicar o chek list e a pessoa chegou e falou assim, não chegou brigando não, você não vai entrar mais na minha casa, então tem toda uma questão assim complicada, então eu acho que se tivesse alguém focado especificamente para aquilo seria muito melhor, o trabalho iria um pouco mais pra frente...* (ACS 8*)*

Neste contexto e com este enfoque há o risco do ACS deixar de ser o mediador entre a comunidade e os serviços de saúde, para incorporar, diretamente, o papel normativo dos serviços.

> *[...] você tem que ter um vínculo com a família, então às vezes é complicado, porque a pessoa não vai te olhar mais com aqueles olhos que ela te olhava antes, você já não vai ter mais aquela liberdade de você chegar, na minha área já aconteceu isso ai eu fico meio com o pé atrás, para poder aplicar o check list, porque eu sei que é o meu serviço, que aquilo ali é uma forma de me ajudar, mas até quando aquilo ali esta realmente me ajudando*...(ACS 8)

4.3 - Categoria 3: Os espaços formativos para o desenvolvimento da integração da Estratégia Saúde da Família com a vigilância da dengue

Em suas falas as agentes demonstram compreender os aspectos positivos da integração. Reconhecem que a proximidade e os vínculos com as famílias pelas quais são responsáveis, a possibilidade de identificar os problemas de saúde prevalente e situações de risco e o desenvolvimento contínuo de ações educativas e intersetoriais podem contribuir para o enfrentamento da dengue pelas equipes ESF.

Percebem a potencialidade da integração das ações de vigilância à ESF no território, contudo o papel da atividade especifica de controle ao vetor na rotina da

ESF ainda é vista como uma prática dissociada das intervenções gerais de promoção e prevenção à saúde.

> *[...] eu acho que uniu o útil ao agradável, nós agentes temos mais facilidade em entrar, conhecemos melhor a "Dona Tereza", mas acho que também a gente está sofrendo uma pressão em relação a isso, é bom porque a gente tem essa afinidade, é sim, só que outras estão sendo deixadas pra lá, tipo assim, a gente não está conseguindo dar conta de 100%. Tem que vê uma forma, um empenho maior, a gente está vendo que pode, mais não está conseguindo. Falta alguma coisa pra poder melhorar esse serviço. (ACS 5*)
>
> [sobre a rotina de vigilância da dengue] *você tem um período de 2 em 2 meses pra fazer, mas você acaba fazendo todo o mês, você não vai passar por ali e não vai olhar (*ACS 6*)*

Algumas falas sinalizam que os ACS ainda têm dificuldade de incorporar a vigilância de modo mais fácil e operacional no processo de trabalho. Culpam o excesso de protocolos, isto é, do conjunto de informações que o ACS tem que buscar e registrar em sua rotina. Também as dificuldades operacionais à falta de espaços de trocas com outros agentes, com os ACE ou com as coordenações que viabilizem modos de operar mais funcionais e homogêneos entre os profissionais.

> *[...] o serviço de agente é muita coisa, você tem que olhar a criança, o cartão de vacina, se a criança está pesada, está com consulta em dia, se está vacinada, aí você tem que ver o hipertenso e o diabético, você tem que ver as mulheres, se está com o preventivo em dia, então é muito serviço..."* (ACS 3)

As falas dos ACS reconhecem a proximidade que desenvolveram no cotidiano com o trabalho dos ACE e o compartilhamento na resolução de algumas situações "*chamo os meninos*". Por outro lado, observam que o olhar de cada profissional sobre o território e as situações de risco são diferenciados. Identificam saberes próprios dos ACE e dos ACS que determinam discursos e práticas diferenciadas.

> *[...] quando eles trabalham com a gente* [ACE]*, eles até falam a gente vai no número vinte e quatro, e eu falo, eu vou na casa da D. Tereza, então assim, eu chego lá e chamo D. Tereza, e eles vão no imóvel vinte e quatro, entendeu. Então é diferente esse olhar. Porque com intimidade a gente entra...* (ACS 6)

Esta proximidade e o reconhecimento de especificidades não impedem que haja disputas sobre atribuições e responsabilidades entre estes profissionais. Muito desta questão polêmica pode estar relacionada ao fato de que o processo formativo e de construção de competências para o trabalho seguem rumos diferentes e, talvez o processo de educação permanente ainda não tenha conseguido integrar visões e sujeitos envolvidos nestas práticas.

> *[...] porque assim, antes o trabalho era dos agentes de endemias ai passou a ser do agente comunitário de saúde, então vamos ser sinceros, o agente de controle de endemias tem um olhar e o agente comunitário de saúde tem outro, aí fica naquele negócio assim, tem que fazer o LIRAa que é o agente de endemias, ah eles estão lá pra me supervisionar [....] tem os dois lados.* (ACS 1)

Os ACS afirmaram que não estão fugindo do compromisso assumido de participar na integração das ações, mas reconheceram que é preciso haver um momento de discussão sobre essa proposta de integração da vigilância. Um espaço em que possam trazer as questões que julguem pertinentes, reavaliar o andamento do trabalho executado e um momento para pensarem novas formas de desenvolver as ações neste modelo integrado de vigilância da dengue.

> *[...] ninguém aqui é diferente, não estamos fugindo das nossas obrigações não, nos somos treinadas assim, tropa de elite, treinadas para educação em saúde, orientação, para pressão, nós não somos treinadas para virar isso virar aquilo, sobe ali sobe aqui, entendeu, acho que a gente precisa de um segundo momento* [de treinamento].. (ACS 1)

> *[...] nunca teve um momento de ouvir a gente colocar pra fora o que a gente pensa.* (ACS 5)
>
> *[...] acho que tinha que ter um momento pra todas as agentes de saúde, todas.*(ACS 4 *)*

A falta de mais espaços de trocas também se reflete na crítica à forma como são orientadas e informadas dos procedimentos da vigilância da dengue. Citam problemas relacionados com os treinamentos e as instruções pontuais quanto a

novas normas e procedimentos. Referem que os treinamentos, que objetivam, na maioria das vezes, o repasse de informações técnicas, são realizados por diferentes profissionais, em situações diversas de cada equipe. A heterogeneidade dos conteúdos e da forma como as informações chegam às agentes trariam, por vezes, entendimentos diferenciados. A diversidade das interpretações quanto ao modo de proceder fomentam incertezas, dúvidas e podem dificultar a compreensão e aceitação, pelos ACS, das mudanças do processo de trabalho no que tange à vigilância da dengue.

> [sobre a orientação para aplicar o check list] *foi diferente em cada unidade, foi um grupo para explicar, ficou meio que cada um da um pouquinho de informação a mais ou a menos... checar uma lista onde você esta ali, esta checando os itens que tem relevância. Só que tem um problema porque algumas unidades ou algumas agentes que entendem assim, o check list tem que ser feito onde há casos onde você já voltou, já orientou e não se resolve, não teve solução então vou fazer o check list, porque eu não tive solução como agente. Então vou fazer o check list. Em outra situação não, são colocados que você tem que fazer o chek list em qualquer situação que esteja com água parada.* (ACS 1)

As falas durante o grupo focal mostraram o envolvimento e a responsabilidade com que os ACS vem participando do processo de Vigilância Ambiental em Saúde. Identificam avanços e a importância de sua participação. Suas críticas estão dirigidas, principalmente, ao processo de construção deste novo saber prático e a falta de reflexão sobre as dificuldades encontradas no cotidiano de suas atividades. Entendem que a integração das ações de vigilância da dengue no município representam uma nova atribuição e que o seu desenvolvimento implica em um constante movimento de diálogo e reflexão entre os ACS, os ACE, as gerências de cada área e a gestão da saúde.

5 - DISCUSSÃO

A municipalização da gestão dos serviços de saúde, e em particular da Vigilância em Saúde, permitiu o desenvolvimento de novas estratégias de organização de vigilância. O diagnóstico do sistema local de saúde e as necessidades do município levaram os gestores de Piraí a implantarem a estratégia de integração das ações da vigilância da dengue à Estratégia de Saúde da Família.

Alguns instrumentos normativos do País corroboram com esta estratégia ao descrevem a duplicidade de ações existentes no modelo de atenção a saúde, que podem repercutir em maiores custos e prejuízo da atenção integral à saúde da população. (BRASIL, 2010).

A partir destas questões os gestores de Piraí inseriram as ações de controle da dengue nas atividades executadas pelos agentes comunitários de saúde em suas áreas de atuação.

A construção de um sistema de serviços de saúde democrático – universal, igualitário e integral – constitui um processo social e político que se realiza por meio de formulação de políticas públicas voltadas para a saúde, mas também, e essencialmente, no cotidiano dos serviços de saúde.

A perspectiva de que as políticas de saúde se materializam na “ponta” do sistema, ou seja, mediante ação de atores sociais e suas práticas no cotidiano dos serviços (PINHEIRO; LUZ, 2003), tem sido relevante para a reflexão crítica sobre os processos de trabalho em saúde, visando à produção de novos conhecimentos e ao desenvolvimento de novas práticas consoantes com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Gil (2005) ressalta que a formação profissional dos profissionais envolvidos na atenção básica ainda é insuficiente para prepará-los para uma atuação na perspectiva da atenção integral à saúde e de práticas que contemplem ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação.

Neste sentido, esta autora considera que seja imprescindível a discussão em torno da formação de recursos humanos para o SUS, assim como encontrar alternativas para enfrentar a situação dos profissionais já inseridos na atenção básica.

Na discussão do grupo focal pode-se observar a dificuldade dos agentes comunitários de saúde em desenvolver competências e atitudes, isto é, um saber fazer, que contribua na construção de um processo de atenção integral à saúde.

Pode–se identificar nas conversas no grupo que os ACS demonstram uma compreensão ainda limitada e limitante das concepções sobre a promoção e educação em saúde quando abordam suas ações de controle do vetor. Explicitam o medo de que estas ações desviem seu foco de educação como ação de acolhimento e de promoção da saúde que entendem ser sua identidade profissional.

As narrativas quando abordavam a educação em saúde e a vigilância estavam envolvidas por uma concepção individualista, normativa e medicalizada. Uma perspectiva que focava, principalmente, as críticas e intervenções sobre indivíduos ou famílias.

Poucas vezes abordaram vigilância como uma construção coletiva, inserida no campo da educação em saúde, erguida a partir de um território vivo, em construção permanente, onde interagem aspectos sociais, culturais, econômicos e políticos.

Esta dimensão ampliada e dinâmica do território foi observada apenas na fala de uma das ACS. Ela identificava a forma como sua comunidade construía laços pessoais e culturais a partir da vida no território que determinavam o modo de lidar com o ambiente e o lixo. Por outro lado, ela exemplificava como esta compreensão implicava na forma que ela desenvolvia as ações de vigilância.

Por outro lado, as falas que apontavam “a falta de educação dos moradores”, “o descaso com o lixo”, “ dentro de casa está tudo limpo, mas fora tem lixo espalhado”, reproduzem, uma crítica social e cultural que se baseia em uma proposta de educação limitada, normativa que pode chegar, no limite, a noção de culpabilização das vítimas, muito comum no campo da medicina.

Esta concepção é de uma prática de educação em saúde que se limita ao objetivo de eliminar ou diminuir a ignorância da população sobre as causas biológicas das doenças, desconsiderando-se por completo as culturas das populações ou dos grupos populacionais trabalhados. As ações educativas restringiam-se às questões de higiene e conscientização sanitária, assumindo, predominantemente, um caráter individualista, autoritário e assistencialista. (ALVES; AERTS, 2011).

A crítica ao comportamento dos moradores pode dificultar a integração das ações de vigilância com as de educação em saúde como propostas na ESF. Neste caso, a vigilância é assumida a partir, tão somente, de seu aspecto punitivo que a ela se impõe, apenas, em situações muito limitadas e definidas. Perde-se com a atitude normativa e punitiva a possibilidade da vigilância desenvolver ambientes de convivência, de cidadania, de construção de parcerias entre o saber técnico e o saber popular e de espaços de ações intersetoriais.

Em tese, de acordo com Gil (2005), todos os que atuam no âmbito da Atenção Primária, deveriam estar aptos para compreender e agir sobre os determinantes do processo saúde/doença, o que implicaria realizar uma síntese de saberes a serem utilizados na definição dos cuidados dos indivíduos e famílias.

Ressalta-se, portanto, o potencial que estes trabalhadores de saúde têm como mediadores de redes que se formam no cotidiano, por meio das quais circulam diversos tipos de apoio social. (LACERDA, 2010). Sob esse aspecto, a mediação das redes no território pode contribuir para mobilizar a participação comunitária para o empoderamento individual e coletivo (TEIXEIRA, 2002), com potencial de transformação das situações sociais, reforçado por meio de práticas de saúde que operem na lógica das redes sociais.

Compreender que o papel de mediador social dos ACS (BRASIL, 2006b) é um elemento central em suas práticas, tratar esses trabalhadores como um elo, uma ponte entre a comunidade e os serviços, como tradutor de conhecimentos, precisa levar em conta a complexidade que essa dimensão envolve e a necessidade de uma qualificação adequada para seu exercício no cotidiano do trabalho. (LACERDA *et al*, 2011).

As concepções que orientam os ACS partem de um conceito ampliado de saúde que fundamentam a organização de ações de educação e promoção na ESF. Já a concepção que orienta o processo de trabalho dos ACE parte da noção da doença e, a partir dela, estrutura as ações de controle a vetores ou intervenções sanitárias relacionadas ao risco de desenvolvimento de doenças.

É importante estar atento para que a adoção pelos ACS de saberes e procedimentos técnicos relativos ao controle do vetor não contaminem estes profissionais de uma visão mecanicista e determinista da educação em saúde.

As questões que emergiram do grupo focal trazem a pauta a preocupação de se manter a reflexão constante sobre o processo de trabalho que envolve a integração das ações da ESF e da vigilância da dengue. A atenção aos sentidos que esta integração vai tomando no cotidiano das equipes e dos sujeitos envolvidos investindo-se em uma permanente ação de avaliação dos espaços e atividades de ensino-aprendizagem. (ALVES, 2011).

6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

No cenário atual 100% do município de Piraí é visitado por 83 agentes comunitários de saúde, o número é superior ao estipulado pelo Ministério da Saúde para a cobertura da atenção básica. Além dos ACS, a Vigilância Ambiental em Saúde possui 11 agentes de controle de endemias que compõem a equipe de apoio matricial. Com este investimento, tem sido possível realizar visitas em 90% dos imóveis locais, possibilitar a identificação de áreas de risco e executar ações oportunas, inclusive ações educativas, já que o agente comunitário de saúde conhece o indivíduo e o território em sua totalidade, evitando a fragmentação da atenção à saúde.

Diante de todas estas ações desenvolvidas e resultados obtidos, conclui-se que a integração destas ações no município de Piraí tem sido viável e que estratégias diferenciadas de vigilância da dengue, considerando as realidades e necessidades locais, podem trazer benefícios para a saúde de toda população.

Há seis anos esse processo de integração no município de Piraí é realizado e ainda esbarra em questões complexas como a realização de atividades com equipe multiprofissional em decorrência da própria formação rígida dos profissionais envolvidos nas ações e a compreensão sobre a implicação da vigilância da dengue no processo de trabalho dos ACS nas ESF.

Um dos aspectos principais da pesquisa era a reflexão sobre esse processo de integração em relação a como a população receberia a vigilância realizada pelo ACS. Observou-se na discussão do grupo de ACS que ainda há dificuldade da população em perceber e entender esse novo papel desempenhado pelos ACS.

A Estratégia de Saúde da Família traz novos arranjos assistenciais, insere de modo diferente os profissionais de saúde em relação aos usuários. Maior novidade para a população é a participação do ACS no controle de vetores, fazendo procedimentos de busca e eliminação de criadouros de mosquito, atividades que, tradicionalmente (desde o início das campanhas sanitárias nos primórdios do século XX), eram desempenhadas pelo “mata mosquito”, isto é, o agente de controle de endemias.

Esta nova atividade realizada pelo ACS implica, portanto, em mudança de hábitos e de cultura da população em relação aos serviços de saúde e, em

particular, na forma como entendem e aceitam os agentes. Compreender esta dificuldade impõe que a estratégia seja exaustivamente discutida e negociada com os usuários, para que eles se apoderem dos motivos e de potenciais efeitos positivos da medida.

Foi marcante a preocupação dos ACS com a possibilidade de que esta nova atividade venha mudar a relação, já existente, deles com a comunidade. Expressaram temores em como eles são vistos e compreendidos pelos usuários ao realizarem a vigilância, particularmente com o preenchimento do “check list”. Preocuparam-se com a perda de vínculos com os usuários, com o não entendimento da população sobre a ação desenvolvida, com a resistência dos moradores com a realização de intervenções que possam ter um caráter punitivo, com as interferências destes ruídos na continuidade das ações de prevenção e assistência desenvolvidas pelos ACS no âmbito da ESF e, por fim, com as repercussões deste novo papel em suas vidas pessoais como moradores do mesmo território onde atuam.

Apesar do grande sucesso nos resultados alcançados na integração das ações, é preciso entender que este é um processo dinâmico e em constante transformação. Esta compreensão obriga que gestores e profissionais mantenham um constante diálogo e um processo de educação permanente para enfrentar os desafios de integração de diferentes paradigmas e concepções sejam dos profissionais como dos usuários e, a partir destas trocas, possam ser construídos novos saberes e práticas.

6.1 – RECOMENDAÇÕES:

Trabalhar concepções de vigilância com os profissionais envolvidos nesta prática.

Qualificação social aos profissionais.

Construção de espaços de diálogos entre profissionais e entre profissionais e gestão.

ANEXOS

ANEXO A - COMPARATIVO DAS OPERAÇÕES DE CAMPO DAS AÇÕES DESCENTRALIZADAS DE CONTROLE DA DENGUE NO MUNICÍPIO DE PIRAÍ

AGENTE CONTROLE ENDEMIAS	AGENTE COMUNITÁRIO DESCENTRALIZADO
Responsável por uma zona fixa de 800 a 1.000 imóveis	**Responsável por uma zona fixa (micro área) com média de 150 imóveis;**
Visitas bimensais	**Visitas mensais**
Responsabilidade básica: descobrir focos, destruir e evitar a formação de criadouros, impedir a produção de focos e orientar a comunidade com ações educativas	**Responsabilidade básica: descobrir focos, destruir e evitar a formação de criadouros, impedir a produção de focos e orientar a comunidade com ações educativas**

Fonte: SMS Piraí, 2006.

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – GRUPO FOCAL

Declaro, por meio deste termo, que concordei em participar do grupo focal na pesquisa de campo referente ao projeto/pesquisa intitulado: A Construção da Integralidade nas Práticas em Saúde: O Processo de Implantação da Integração das Ações de Vigilância da Dengue na Estratégia de Saúde da Família do Município de Piraí – RJ, desenvolvida pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Fui informada, ainda, de que a pesquisa é coordenada / orientada por Roseni Pinheiro, a quem poderei contatar / consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº 21- 23340235 ou email: rosenisaude@uol.com.br.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informada dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é analisar o processo de implantação da integração das ações de vigilância da dengue nas unidades da saúde da família de Piraí tendo como eixo norteador a construção da integralidade nas práticas em saúde.

Fui também esclarecida de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista semi-estruturada a ser gravada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora Keyla Roberta Libanio e/ou seu(s) orientador(es) / coordenador(es).

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicada, poderei contatar a pesquisadora responsável ou seus orientadores, ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ (CEP-IMS), situado na Rua São Francisco Xavier, 524 - sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro (RJ), CEP 20559-900, telefone (x-21) 2334-0504 ramal 148, fax (x-21) 2334-2152 e e-mail: cep-ims@ims.uerj.br.

A pesquisadora principal da pesquisa me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Fui ainda informada de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Piraí, ____ de _____ de _____

Assinatura da participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ENTREVISTA

Declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado (a) na pesquisa de campo referente ao projeto/pesquisa intitulado: A Construção da Integralidade nas Práticas em Saúde: O Processo de Implantação da Integração das Ações de Vigilância da Dengue na Estratégia de Saúde da Família do Município de Piraí – RJ, desenvolvida pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Fui informada, ainda, de que a pesquisa é coordenada / orientada por Roseni Pinheiro, a quem poderei contatar / consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº 21- 23340235 ou email: rosenisaude@uol.com.br.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informada dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é analisar o processo de implantação da integração das ações de vigilância da dengue nas unidades da saúde da família de Piraí tendo como eixo norteador a construção da integralidade nas práticas em saúde.

Fui também esclarecida de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista semi-estruturada a ser gravada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora Keyla Roberta Libanio e/ou seu(s) orientador(es) / coordenador(es).

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicada, poderei contatar a pesquisadora responsável ou seus orientadores, ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ (CEP-IMS), situado na Rua São Francisco Xavier, 524 - sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro (RJ), CEP 20559-900, telefone (x-21) 2334-0504 ramal 148, fax (x-21) 2334-2152 e e-mail: cep-ims@ims.uerj.br.

A pesquisadora principal da pesquisa me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Fui ainda informada de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Piraí, ____ de _____ de _____

Assinatura da participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

ANEXO C - LEI N° 945, de 16 de fevereiro de 2009.

Dispõe sobre a prevenção e controle da transmissão e a atenção básica à saúde dos casos de Dengue no município e dá outras providências.

A CÂMARA MUNICIPAL DE PIRAÍ aprova e eu sanciono a seguinte Lei.

PARTE I
DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1° - A prevenção e controle da transmissão e a atenção básica à saúde nos casos de Dengue no município obedecerão ao disposto nesta Lei.

Art. 2° - Aos munícipes e aos responsáveis pelos estabelecimentos públicos e privados em geral, compete adotar as medidas necessárias à manutenção de suas propriedades limpas, sem acúmulo de lixo e de materiais inservíveis, evitando as condições que propiciem a instalação e a proliferação dos vetores transmissores do vírus da Dengue.

PARTE II
DO PODER EXECUTIVO

Art. 3° - Fica instituído no Município de Piraí o Programa Municipal de Prevenção e Controle da Dengue, coordenado pela Secretaria Municipal de Saúde de Piraí – SMS, obedecendo ao disposto na presente Lei.

§ 1° - As ações definidas no Programa Municipal de Prevenção e Controle da Dengue são desenvolvidas pela SMS, objetivando a efetiva prevenção e controle da transmissão e a atenção básica à saúde dos casos suspeitos e confirmados de Dengue, no âmbito do território do Município.

§ 2° - O Poder Executivo municipal poderá se articular com outros poderes, buscando a efetiva resolubilidade das ações pertinentes ao programa de que trata o *caput* deste artigo.

§ 3° - As ações previstas no Programa referido no *caput* deste artigo serão desenvolvidas em caráter permanente, no âmbito do território do Município.

Art. 4° - O Programa Municipal de Prevenção e Controle da Dengue incluirá:

I - notificação de casos de Dengue, conforme normatização do Sistema Único de Saúde;

II - investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos por Dengue;

III - busca ativa de casos de Dengue nas unidades de saúde;

IV - Vigilância Epidemiológica da Dengue;

V - coleta e envio de material de casos suspeitos de Dengue ao laboratório de referência, para diagnóstico;

VI - levantamento periódico de índice de infestação;

VII - execução das ações de controle mecânico, químico e biológico do vetor da Dengue;

VIII - envio regular de dados de Dengue à instância estadual, dentro dos prazos estabelecidos pelo gestor estadual;

IX - análise e retroalimentação dos dados às unidades notificantes;

X - divulgação de informações e análises epidemiológicas da Dengue;

XI - gestão dos estoques municipais de insumos estratégicos;

XII - coordenação e execução das atividades de educação em saúde e mobilização social de abrangência municipal;

XIII - capacitação de recursos humanos para execução do Programa Municipal de Prevenção e Controle da Dengue;

XIV - apresentação trimestral dos resultados do presente Programa ao Conselho Municipal de Saúde de Piraí – CMS;

XV - envio de relatório mensal à Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro – SESDEC, sobre os resultados do Programa;

XVI - campanhas permanentes de esclarecimentos sobre as formas de prevenção e controle da Dengue;

XVII - fiscalização de residências, estabelecimentos públicos e privados, visando a orientação e a aplicação de sanções previstas nesta Lei;

XVIII - imposição de penalidades, nos casos previstos e de acordo com a legislação pertinente.

Seção I
Da Prevenção da Dengue

Subseção I
Da Educação em Saúde e Mobilização Social

Art. 5° - Serão desenvolvidas ações de Educação em Saúde e Mobilização Social contra a Dengue, com o objetivo de promover a sensibilização, a absorção de conhecimentos e a mudança de atitudes e práticas da população, estimulando sua participação efetiva para reduzir e inibir a incidência da Dengue no município.

Parágrafo Único – As ações referidas no *caput* deste artigo serão desenvolvidas pela SMS em conjunto com outros órgãos do Município, além de instituições e organizações populares interessadas.

Art. 6° - As ações Municipais de Educação em Saúde e Mobilização Social contra a Dengue envolverão:

I – a sugestão de introdução de conteúdos programáticos nas escolas da rede municipal de ensino que esclareçam aspectos relacionados à transmissão da Dengue, favorecendo sua prevenção;

II - o estímulo ao Conselho Municipal de Saúde e a entidades da sociedade organizada, para que discutam permanentemente o tema Dengue, desenvolvendo alternativas para o efetivo controle da doença;

III - o estudo de estratégias de comunicação social para o maior esclarecimento da população sobre as causas e conseqüências da Dengue, fomentando o envolvimento da sociedade;

IV - o estímulo à produção de material educativo e informativo, respeitando as peculiaridades, crendices e costumes locais;

V - o serviço de informação e orientação sobre Dengue à sociedade, a cargo da SMS, utilizando os mais variados recursos de infra-estrutura disponíveis;

VI - o processo de capacitação de recursos humanos, especialmente da área de saúde envolvidos no controle da Dengue, da área de educação e lideranças comunitárias, nas ações de prevenção e controle da Dengue;

VII - o estímulo, a divulgação, o registro e a documentação de experiências positivas na área de Educação em Saúde e Mobilização Social no controle da Dengue;

VIII - o apoio e incentivo do desenvolvimento e a divulgação de soluções locais alternativas que contribuam para a prevenção e controle da Dengue.

Subseção II
Da Comunicação Social

Art. 7° - Caberá ao Poder Executivo o desenvolvimento de ação de Comunicação Social contra a Dengue que objetive a difusão de informações necessárias à efetiva compreensão da população da importância da prevenção e do controle da Dengue.

§ 1° - A ação referida no *caput* deste artigo deverá ser subsidiada pela Divisão de Vigilância em Saúde, atendendo as necessidades de comunicação inerentes aos fatores ligados à doença;

§ 2° - O Poder Executivo poderá se articular com os outros poderes e/ou esferas de governo na busca da uniformidade de conteúdo e forma para os planos de comunicação desenvolvidos para a prevenção e controle da Dengue;

Art. 8° - Será componente da ação de Comunicação Social contra a Dengue:

I - incentivo a rádio local, para a inserção de conteúdos de educação em saúde, prevenção e controle da Dengue nos programas de grande audiência e formadores de opinião pública;

II - veiculação permanente de campanhas de comunicação e mobilização social nos órgãos da imprensa com mensagens que levem em conta a sazonalidade da infestação e suas características;

III - divulgação de forma clara para a população, da responsabilidade do gestor municipal na execução das ações de controle do vetor;

IV – participação dos técnicos da Divisão de Vigilância em Saúde na aprovação de material para campanha publicitária.

Art. 9° - Em caso de risco ou de ocorrência de epidemia de dengue no município, a difusão das informações necessárias à efetiva compreensão da população da importância da prevenção e do controle da Dengue como também as

informações das medidas a serem tomadas ocorrerá, sem ônus para o erário público, a título de utilidade pública, a fim de evitar a transmissão de dengue.

Subseção III
Da Vigilância Epidemiológica

Art. 10 - O objetivo da Vigilância Epidemiológica no controle da Dengue é interromper a transmissão viral, através da diminuição da infestação e/ou eliminação do vetor, visando impedir o aparecimento da dengue em suas formas mais graves.

Art.11 - São atribuições da Vigilância Epidemiológica no controle da Dengue:

I - notificar todo caso suspeito, de acordo com o fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil;
II – avaliar o caso suspeito, coletar material para exames e enviar ao laboratório de referência;
III - acompanhar a curva endêmica;
IV - analisar a distribuição espacial dos casos;
V - acompanhar as taxas de morbidade e letalidade para orientar as medidas de controle;
VI – aferir a qualidade da assistência;
VII - investigar todos os casos suspeitos de Dengue;
VIII – participar da elaboração das ações de Educação em Saúde e Mobilização Social;

Seção II
Do Controle da Dengue

Subseção I
Do Controle do Vetor

Art. 12 - Serão implementadas ações de Vigilância Entomológica e Controle do vetor com identificação dos principais determinantes da infestação vetorial, estabelecendo ações e medidas sustentáveis de eliminação dos criadouros do vetor.

Parágrafo Único - Em se tratando de controle químico do vetor, deverão ser utilizados Equipamentos de Proteção Individual – EPI's, definidos pela legislação vigente, a fim de evitar acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.

Art. 13 – Deverão orientar as ações de Vigilância Entomológica e Controle do Vetor as seguintes ações:
I – intensificar o controle físico, químico e/ou biológico do vetor transmissor da dengue em todo o território do Município;
II - implementar a infra-estrutura e pessoal necessário para a realização das ações, em conformidade com os parâmetros definidos;
III – propiciar o desenvolvimento de medidas alternativas de controle do vetor transmissor da dengue.

Subseção II
Das infrações, Penalidades e Procedimentos Administrativos

Art. 14 - A autoridade sanitária terá livre ingresso, em qualquer dia e hora, em todos os imóveis públicos ou particulares, prédios ou estabelecimentos de qualquer espécie, terrenos cultivados ou não, lugares ou logradouros públicos, objetivando a efetiva execução do Programa Municipal de Prevenção e Controle da Dengue.

§ 1º - Nos casos de oposição ou dificuldade à diligência, a autoridade sanitária intimará o proprietário, locatário, responsável, administrador ou seus procuradores, ou aquele que ostente a posse ou detenção do imóvel para que permita o ingresso imediato ou no prazo de 24 (vinte quatro) horas, conforme a urgência exigir.

§ 2º – Caso persista a oposição ou dificuldade, o Município peticionará ao Poder Judiciário para a expedição de Alvará Judicial visando o ingresso no imóvel.

Art. 15 - Considera-se infração, observada a legislação pertinente, a desobediência ao disposto na presente Lei, que possa prejudicar ou colocar em risco o desenvolvimento das ações de prevenção e controle da Dengue no Município.

Art. 16 - O Poder Executivo Municipal promoverá ações de polícia administrativa, visando impedir hábitos e práticas que exponham a população ao risco de contrair doenças relacionadas ao *Aedes aegypti* e ao *Aedes albopictus*.

Art. 17 - As infrações às disposições constantes desta Lei classificam-se em:
I - leves, quando detectada a existência de 1 (um) a 2 (dois) criadouros de vetores;
II - médias, de 3 (três) a 4 (quatro) criadouros de vetores;
III - graves, de 5 (cinco) a 6 (seis) criadouros de vetores;
IV – gravíssimas, de 7 (sete) ou mais criadouros de vetores.

Art. 18 – As infrações previstas no artigo anterior estarão sujeitas a imposição das seguintes multas:

I – para as infrações leves: R$ 120,00
II - para as infrações médias: R$ 240,00
III - para as infrações graves: R$ 360,00
IV - para as infrações gravíssimas: R$ 480,00

§ 1° - Previamente à aplicação das multas estabelecidas neste artigo, o infrator será advertido, mediante autuação imposta por autoridade sanitária, para regularizar a situação no prazo de até 05 (cinco) dias, findo o qual estará sujeito à imposição das penalidades cabíveis mediante a lavratura de termo de multa.

§ 2° - Em caso de reincidência ou não cumprimento das determinações após a lavratura da multa, será lavrada cumulativamente outra multa, sendo os valores fixados até o décuplo, a juízo da Autoridade Sanitária, considerando a gravidade da

conduta, o risco provocado à comunidade, a negligência, o descaso, a mora, o tamanho do imóvel, a capacidade econômica do infrator e se houve necessidade de Alvará Judicial em virtude da oposição ocorrida.

§ 3° - Após a lavratura de qualquer penalidade, o procedimento administrativo seguirá o rito determinado no Código de Posturas.

Seção III
Da Atenção Básica à Saúde

Art. 19 - Serão realizadas ações de identificação de condições propícias à proliferação do mosquito transmissor da dengue buscando medidas para eliminá-los de forma consciente, cabendo à Atenção Básica na prevenção da dengue:

I - realizar visita de inspeção bimensal em todos os imóveis do município, exceto dos Pontos Estratégicos, que receberão visitas em períodos menores, identificando criadouros e eliminando-os sempre que possível ou realizando controle com o biolarvicida;

II - informar à Vigilância Ambiental em Saúde os imóveis ou áreas onde não seja possível inspeção pelo Agente Comunitário de Saúde – ACS;

III - comunicar ao responsável pelo imóvel a importância de mantê-lo em condições que impeçam a proliferação do Aedes aegypti, identificando possíveis criadouros;

IV - comunicar à Vigilância Ambiental em Saúde sobre as áreas de risco em potencial;

V - notificar à Vigilância Sanitária os casos de omissão por parte dos responsáveis pelos imóveis;

VI - coletar larvas para avaliação da infestação no município.

Art. 20 - Serão realizadas ações de atenção básica à saúde aos casos suspeitos e/ou confirmados de dengue, visando à identificação e tratamento adequado, evitando assim, a evolução da doença.

I - realizar atendimento ao paciente suspeito e/ou confirmado de dengue, seguindo protocolo referenciado pela Secretaria Municipal de Saúde;

II - realizar notificação à vigilância epidemiológica de todos os casos suspeitos e/ou confirmados;

III - capacitar equipes da Estratégia Saúde da Família para incluir em sua rotina ações de prevenção e controle da dengue.

PARTE II
DOS MUNICÍPES

Art. 21 – Na prevenção e controle da Dengue, caberá aos munícipes, além do já disposto nesta Lei, a colaboração com as ações desenvolvidas pelo Poder Executivo Municipal, contribuindo para a diminuição da infestação do vetor.

§ 1 – As multas decorrentes da imposição de penalidades aos proprietários de residências serão cobradas mediante boleto expedido pela Secretaria Municipal de Fazenda, de acordo com prazos estabelecidos por portaria do Prefeito Municipal.

§ 2° - Caso haja inadimplência no pagamento das multas aplicadas, o valor corrigido será inscrito em Dívida Ativa.

§ 3° - Os responsáveis pelos imóveis onde seja constatada a necessidade de realização de capina, remoção de lixo, entulhos e materiais inservíveis, ou outra adequação para impedir a proliferação do vetor, deverão fazê-lo, no prazo máximo de 05 dias, após notificação pela autoridade competente.

§ 4º - Finalizado o prazo concedido e sendo constatado o não cumprimento das exigências, o Município poderá realizar a adequação necessária, sendo cobrado o serviço do responsável do imóvel, sendo o valor arbitrado pela Secretaria Municipal de Fazenda, com a conseqüente expedição de boleto, em caso de inadimplência, o valor será inscrito em dívida ativa.

PARTE III
DOS ESTABELECIMENTOS

Art. 22 – Na prevenção e controle da Dengue, caberá aos estabelecimentos privados, além de observar o disposto nesta Lei, a colaboração com as ações desenvolvidas pelo Poder Público Municipal, contribuindo para a diminuição da infestação do vetor.

§ 1° - Os responsáveis por estabelecimentos privados que disponham de áreas ou objetos suscetíveis à instalação e proliferação do vetor da Dengue e que não possam sofrer o controle do mesmo, ainda que alternativo, ficam obrigados a realizar a proteção de forma adequada da área ou objeto referido, a critério da autoridade sanitária.

§ 2° - Os estabelecimentos referidos no *caput* deste artigo terão o prazo de 15 (quinze), a contar da data de publicação desta Lei, para regularizarem sua situação perante ao Poder Executivo Municipal, ou a critério da autoridade sanitária.

Seção I
Das Borracharias e Ferros Velhos

Art. 23 - Ficam os responsáveis por borracharias, empresas de recauchutagem, desmanches, depósitos de veículos e outros estabelecimentos afins obrigados a adotar medidas que visem a evitar a existência de criadouros dos vetores citados no artigo 2° desta Lei.

§ 1° - Os estabelecimentos referidos no *caput* deste artigo terão o prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de publicação desta Lei, para regularizarem sua situação perante o Poder Executivo Municipal ou conforme determinação da autoridade sanitária.

Seção II

Dos Imóveis que disponham de reservatórios de água

Art. 24 - Nas residências, nos estabelecimentos comerciais, em instituições públicas e privadas, bem como em terrenos, nos quais existam reservatórios de água, ficam os responsáveis obrigados a mantê-los permanentemente tampados, com vedação segura, impeditiva da proliferação de mosquitos.

Seção III
Dos Imóveis que disponham de piscinas

Art. 25 - Ficam os responsáveis por imóveis dotados de piscinas obrigados a manter tratamento adequado da água de forma a não permitir a instalação ou proliferação de mosquitos.

Seção IV
Dos Estabelecimentos que comercializam produtos em embalagens descartáveis

Art. 26 - Os estabelecimentos que comercializem produtos armazenados em embalagens descartáveis ficam obrigados a instalar, nos próprios estabelecimentos, em local protegido da chuva, com fácil visualização e adequadamente sinalizado, *containeres* para recebimento das embalagens.

§ 1° - As embalagens descartáveis armazenadas deverão ser encaminhadas pelos estabelecimentos comerciais para entidades públicas ou privadas, cooperativas e associações que recolham materiais recicláveis ou que realizem o recolhimento adequado de resíduos.

§ 2° - Os estabelecimentos referidos no *caput* deste artigo terão o prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de publicação desta Lei, para se adaptarem à norma ora instituída.

Seção V
Das Construções Civis

Art. 27 - Ficam os responsáveis por obras de construção civil e por terrenos obrigados a dotar medidas tendentes à drenagem permanente de coleções líquidas, originadas ou não por chuvas, bem como a limpeza das áreas sob sua responsabilidade, providenciando o descarte de materiais inservíveis que possam acumular água.

Seção VI
Dos Cemitérios

Art. 28 – Nos cemitérios somente será permitida a utilização de vasos, floreiras ou quaisquer outros ornamentos ou recipientes que não retenham água. Ficam os responsáveis obrigados a exercer rigorosa fiscalização em suas áreas, determinando se for o caso a imediata remoção destes objetos, ou a implementação de quaisquer métodos eficientes que não permitam o acúmulo de água em seus interiores.

Seção VII

Das Imobiliárias

Art. 29 – Os imóveis que proprietários deixarem sob a administração das imobiliárias e que se encontram desocupados no município, deverão disponibilizar livre acesso aos Agentes Comunitários de Saúde, para inspeção das condições de controle da Dengue nos imóveis referidos.

Parágrafo único - Nos casos de impossibilidade de acesso imediato, oposição ou dificuldade à diligência aos imóveis referidos no *caput* deste artigo, a autoridade sanitária intimará o responsável pela administração da imobiliária para que permita o ingresso imediato, ou no prazo a ser definido pela autoridade sanitária municipal, conforme a urgência exigir.

Seção VIII
Das penalidades

Art. 30 – Aos estabelecimentos referidos nos artigos anteriores, o Poder Público Municipal conferirá o prazo improrrogável de 15 (quinze) dias para que os objetos narrados sejam adequados por seus proprietários ou responsáveis, vencido o prazo, sem que a providência tenha sido tomada, o Poder Público poderá apreender, remover e inutilizar os referidos objetos que não atenderem a exigência estabelecida.

§ 1° - Em caso de descumprimento do disposto no artigo anterior, os estabelecimentos comerciais e residenciais ali mencionados estarão sujeitos:

I - a notificação prévia para a regularização, no prazo limite de até 10 (dez) dias;

II - a aplicação de multa nos valores determinados no art. 18 da presente Lei;

III - a aplicação de multa será em dobro, persistindo a infração no prazo de 30 (trinta) dias contados da autuação mencionada na alínea anterior.

PARTE IV
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 31 - A arrecadação proveniente de eventuais multas aplicadas aos infratores da presente lei constituirão receita ao Fundo Municipal de Saúde e será destinada, integralmente, as ações de controle da dengue e seus vetores, na forma desta lei.

Art. 32 - O Executivo regulamentará a presente Lei no prazo de 60 (sessenta) dias.

Art. 33 - As despesas decorrentes da execução desta Lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 34 - Os valores indicados nesta Lei serão atualizados anualmente, no mês de janeiro, pelo índice Nacional de Preços ao Consumidor - IPNC, acumulado do exercício anterior, ou por outro índice de atualização que o vier a substituir.

Art. 35 - As despesas decorrentes desta Lei, serão atendidas através de verba própria do orçamento em vigor, que em sendo necessário será suplementada.

Art. 36 - Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 37 - Revogam-se as disposições em contrário.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRAÍ, em 18 de fevereiro de 2009.

ARTHUR HENRIQUE GONÇALVES FERREIRA
Prefeito Municipal

ANEXO D – CHECK LIST – MEDIDAS PREVENTIVAS E CORRETIVAS A SEREM ADOTADAS NO IMÓVEL

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRAÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Sistema Único de Saúde
SUS

1ª via - Morador
2ª via - PSF
3ª via - Controle de Vetores

DENGUE MATA

MEDIDAS PREVENTIVAS E CORRETIVAS A SEREM ADOTADAS NO IMÓVEL

( ) **CAIXA D'ÁGUA** - Mantenha a sua caixa d'água sempre bem tampada.

( ) **PRATINHO DE VASO DE PLANTA OU XAXIM, DENTRO E FORA DE CASA** - Escorra a água e escove bem. Coloque areia até a borda do pratinho ou fure-o.

( ) **BROMÉLIA OU OUTRA PLANTA QUE POSSA ACUMULAR ÁGUA** - Trate com água sanitária (uma colher de sopa para um litro de água, regando, 2 vezes por semana).

( ) **ENTULHO, LIXO, GARRAFA, LATINHA, CASCA DE OVO, TAMPINHA DE GARRAFA OU QUALQUER OUTRO OBJETO QUE POSSA ACUMULAR ÁGUA** - Evite acumular entulho e lixo. Acondicione o lixo em saco plástico bem fechado e só coloque na rua uma hora antes da passagem dos coletores. Faça furos no fundo do recipiente para que a água não acumule. Guarde garrafas vazias de boca para baixo.

( ) **TONÉIS, TANQUES, CISTERNAS E DEPÓSITOS DE ÁGUA** - Lave com bucha e sabão as paredes internas, pelo menos, uma vez por semana. Tampe com tela aquele que não tem tampa.

( ) **VASILHAME PARA ÁGUA DE ANIMAL DOMÉSTICO** - Lave com bucha e sabão em água corrente, pelo menos, uma vez por semana.

( ) **PISCINA, LAGO, CASCATA, ESPELHO D'ÁGUA DECORATIVO** - Trate a piscina com cloro. Limpe uma vez por semana. Se não for usá-la, cubra bem. Se estiver vazia, coloque 1 Kg de sal no ponto mais raso. Mantenha lago ou cascata sempre limpos, crie peixes, pois eles se alimentam de larvas.

( ) **PNEU** - Entregue a limpeza urbana. Caso precise mantê-lo, guarde em local coberto.

( ) **RALO DE COZINHA, DE BANHEIRO E OUTROS** - Providencie o reparo de entupimentos. Se não tiver utilizando, mantenha fechado ou utilize cloro uma vez por semana.

( ) **LAJES, CALHAS, CACOS DE VIDRO NO MURO** - Retire a água acumulada nas lajes e calhas. Retire os cacos de vidros dos muros, que possam acumular água, se possível. Senão, preencha com cimento.

_____

Obs.: _____

_____

Declaro para os devidos fins que recebi orientações sobre dengue através do Agente Comunitário de Saúde e o informativo número ____/____ sobre Dengue.

Data: ____/____/_____

Morador ou responsável pelo imóvel: _____

Rua: _____

Bairro: _____

Assinatura do Morador: _____ Assinatura do Agente: _____

O combate à Dengue tem que se tornar uma rotina diária, um hábito saudável a ser praticado todos os dias. Se não combatermos a dengue todos os dias, esse problema vai continuar. Lembre-se: a melhor maneira de prevenir à Dengue é impedir a reprodução do mosquito. **DENGUE MATA**.

Maiores Informações:
Divisão de Vigilância em Saúde – Setor de Vigilância Ambiental em Saúde
Tel: 2411-9319 ou 2431-9320

APÊNDICE A – ROTEIRO ENTREVISTA – PERGUNTAS NORTEADORAS:

1- COMO FOI O INÍCIO DESTE PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO/INTEGRAÇÃO DA VIGILÂNCIA DA DENGUE NO MUNICÍPIO?

2- COMO VOCÊ VÊ A DINÂMICA DESTA ATIVIDADE DE VIGILÂNCIA DA DENGUE NA UNIDADE DE SAÚDE?

3- QUAIS AS POTENCIALIDADES E AS DIFICULDADES DESTE PROCESSO?

APÊNDICE B – CONVITE GRUPO FOCAL

De: Keyla Roberta Libanio
*Mestranda do Instituto de Medicina Social da UERJ

Para: Agentes Comunitários de Saúde

Prezados,

Convido-lhes a participar do grupo que coletará dados para o desenvolvimento de minha tese de mestrado. A sua presença é muito importante. Informo-lhes que sua colaboração se fará de forma anônima e o acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas por mim e/ou meu (s) orientador (s)/ coordenador(s).

Título do Projeto: A construção da integralidade nas práticas em saúde: o processo de implantação da integração das ações de vigilância da dengue na estratégia de saúde da família do município de Piraí – RJ.

Data realização do grupo: 14 de junho 2011

Horário: 9 horas

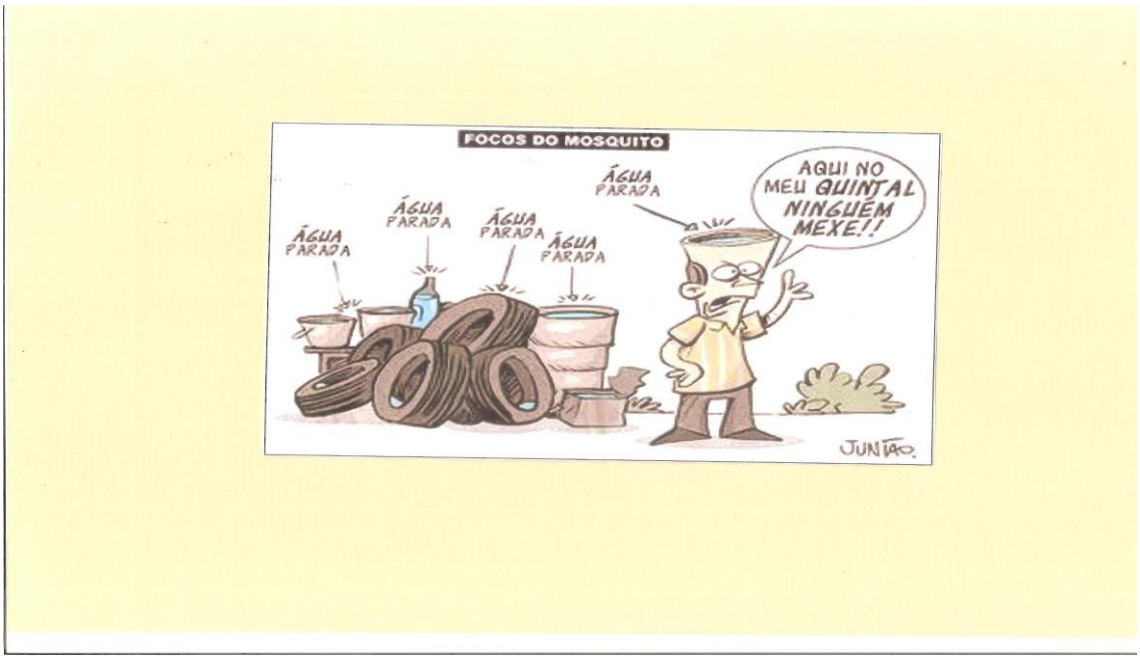
Local: Óasis – Rua Moacir Barbosa – Centro – Piraí (ao lado da secretaria de saúde)

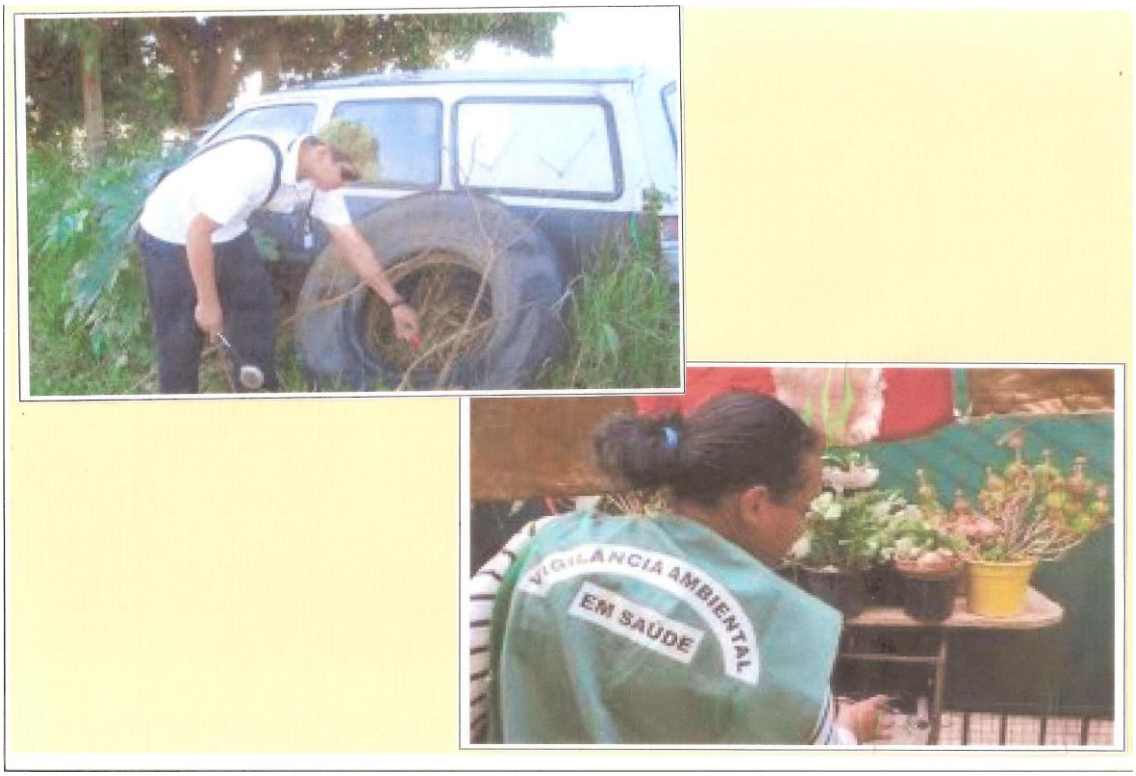
Mediador grupo: Prof. Cesar Augusto Orazem Favoreto

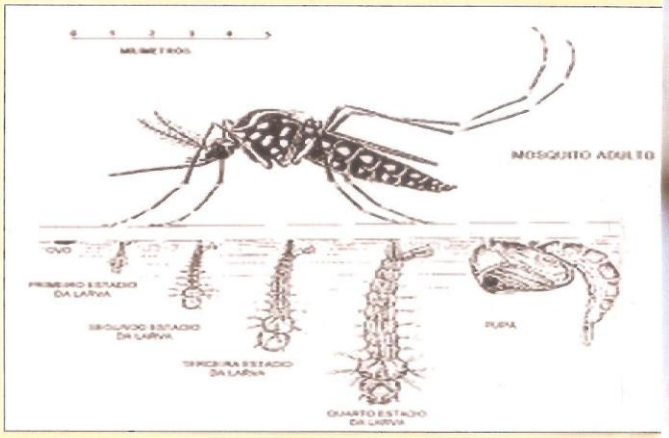
Atenciosamente,

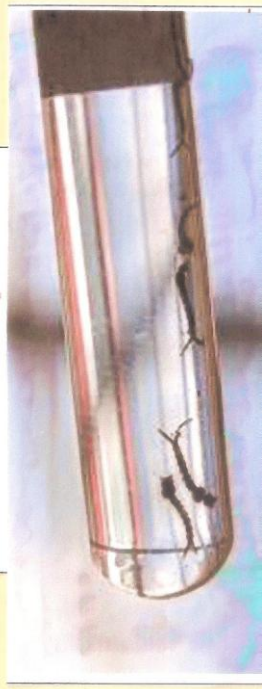
Keyla Roberta Libanio

APÊNDICE C – ILUSTRAÇÕES UTILIZADAS NO GRUPO FOCAL






MILÍMETROS
MOSQUITO ADULTO
OVO
PRIMEIRO ESTÁDIO DA LARVA
SEGUNDO ESTÁDIO DA LARVA
TERCEIRO ESTÁDIO DA LARVA
QUARTO ESTÁDIO DA LARVA
PUPA



REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.C.P., MISHIMA S.M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface** – Comunic, Saúde,Educ. Agosto 2001.

ALVES, G.G., AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(1):319-325, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4ª ed. Lisboa. Edições 70, Ltda. Portugal, março 2010.

BRASIL.Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. vol.8 Brasília: CONASS, 2007b.

BRASIL.Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Vigilância em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, 1ª ed. vol.6 Brasília: CONASS, 2007a.

BRASIL.Fundação Nacional de Saúde.**Vigilância Ambiental em Saúde**/Fundação Nacional de Saúde. Brasília: FUNASA, 2002a.

BRASIL.**Lei n 8080 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.Brasília(DF):Guia do conselheiro; 2002c.

BRASIL.Ministério da Saúde. **Instrução Normativa MS/SVS, 1/2005**. Regulamenta a Portaria 1172/2004 no que se refere às competências da União, Estado, Municípios na área da Vigilância em Saúde Ambiental. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL.Ministério da Saúde. **Portaria GM nº- 1.007, de 4 de maio de 2010.**Brasília, 2010.

BRASIL.Ministério da Saúde. **Portaria n°. 648**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 2006b; 28 mar.

BRASIL.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue**, 1ª ed. Brasília - DF, 2009.

BRASIL.Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde. **Textos de epidemiologia para Vigilância Ambiental em Saúde**. Coordenado por Volnei de M. Câmara. Brasília: 2002b.

CHIARAVALLOTI, F.N. Controle do dengue em uma área urbana do Brasil: avaliação do impacto do Programa de Saúde da Família com relação ao Programa Tradicional de Controle. **Cad. Saúde Pública 2006**; 22(5):987-997.

CLARO, L.B.L., TOMASSINI,H.C.B., ROSA, M.L.G. Prevenção e controle do dengue: uma revsão de estudos sobre conhecimentos, crenças e práticas da população. Dengue prevention and control: a review of studies on knowledge, beliefs, and practices. **Cad. Saúde Pública 2004**; 20(6): 1447-1457, Rio de Janeiro.

CRUZ, N.O., MOREIRA, M.R., SUCENA, L.F.M. Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação**.** In: **Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais**. 13. ABEP, 2002, Ouro Preto.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 8ª edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1983, p. 79.

GATTI, B.A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**.Brasília: Liber Livro Editora, 2005. Série pesquisa, vol.10, 77p.

GIDDENS, A. **A constituição da sociedade**. 1ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

GIL,C.R.R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, 21(2):490-498, mar-abr, 2005.

GUBLER, D.J. **Dengue and dengue hemorrhagic fever: Its history and esurgence as a global health problem**. In: *Dengue and Dengue and Hemorragic Fever* (D. J.Gubler & G. Kuno, eds.), pp. 1-22, New York: CAB International, 1997.

GUIMARÃES, R.B. Política Nacional de Saúde, concepções e território e o lugar da Vigilância em Saúde ambiental. HYGEIA, **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde** - www.hygeia.ig.ufu.br/ ISSN: 1980-1726, 2008.

JARDIM, J.B., SCHALL V.T. Prevenção da dengue: a proficiência em foco. Dengue prevention: focus on proficiency. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(11):2529-2530, 2009.

LACERDA, A.A. Redes de apoio social no sistema da dádiva: um novo olhar sobre a integralidade do cuidado no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - **Escola Nacional de Saúde Pública**, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

LACERDA, A.A.; CASANOVA, A.; TEIXEIRA, M.B. **O cotidiano de trabalho dos agentes comunitários de saúde e agentes de Vigilância em Saúde**: uma proposta de formação profissional conjunta. In: Pinheiro, R.; Martis, P.H. (Org.) Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2011.

LIMA, M. A. D. S. Educação em Saúde: algumas reflexões e implicações para a prática de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre. V.17, n.2, p. 87-91, jul.1996.

MENDES, E.V. **A modelagem das redes de atenção a saúde**. Minas Gerais, 2007.

MENDES, E.V. **Distritos Sanitários: Processo Social de Mudanças nas Práticas Sanitárias para o Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec – Abrasco, 1993.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org) **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo, Hucitec, 2007 3.ed.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro-São Paulo, Abrasco-Hucitec, 1992.

MONKEN, M., BARCELLOS, C. Vigilância à saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 21, n. 3, p.898-906, 2005.

NORONHA, J.C., PENNA, G.O. Saúde da Família e Vigilância em Saúde: em busca da integração das práticas. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, ano VIII, n.16, p.4-9, 2007. Entrevista concedida a Patrícia Álvares.

OLIVEIRA, E.; ANDRADE, I.M.; RIBEIRO, R.S. **Educação em saúde**: uma estratégia da enfermagem para mudanças de comportamento. Conceitos e reflexões. Goiânia, agosto, 2009.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação** [Tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Publica** 2001; 35(1):103-9.

PEREIRA, A. L. **Educação em saúde**. In: Ensinando a cuidar em Saúde Pública. Difusão, 2003.

PEREIRA, M.P.B.; BARCELLOS, C. O território no Programa de Saúde da Família. **Hygeia – Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, 2(2):47-55, jun 2006.

PINHEIRO, R.; LUZ, M.T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (Org.) **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2003. p.7-34.

RAFFESTIN, C. **Por uma Geografia do Poder**. 1ª ed. São Paulo: Ática, 1993.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PIRAÍ. **Incorporação das ações de controle da dengue na Estratégia de Saúde da Família, no município de Piraí**, Rio de Janeiro, 2006.

SOUZA. AC, COLOMÉ ICS, COSTA LED, OLIVEIRA DLLC. **A educação em saúde com grupos na comunidade:** uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. Rev. Gaúcha de Enf. Porto Alegre (RS) 2005 ago; 26(2): 147-53.

TEIXEIRA, M. Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – **Fundação Oswaldo Cruz**, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

THAUIL, P.L. O desafio do controle do *Aedes aegypti* e da assistência adequada ao dengue**. Epidemiol. Serv. Saúde** 2007; 16:153-4.

THAUIL, P.L. Urbanização e ecologia do dengue. **Cad. Saúde Pública** 2001; 17 suppl:99-102.

UNGLERT, C.V.S. Territorialização em Sistemas de Saúde. In: Mendes, EV (org) **Distritos Sanitários**: **Processo Social de Mudanças nas Práticas Sanitárias para o Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1993.