

LUIZA HELENA DE OLIVEIRA CAZOLA

**ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E NO PROGRAMA DE
CONTROLE DA DENGUE: EXPERIÊNCIAS DE DOIS MUNICÍPIOS
BRASILEIROS DE PEQUENO PORTE**

CAMPO GRANDE

2011

LUIZA HELENA DE OLIVEIRA CAZOLA

**ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E NO PROGRAMA DE
CONTROLE DA DENGUE: EXPERIÊNCIAS DE DOIS MUNICÍPIOS
BRASILEIROS DE PEQUENO PORTE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para obtenção do título de Doutor.

Orientadora: Profa. Dra. Elenir Rose Jardim Cury Pontes

Coorientador: Prof. Dr. Edson Mamoru Tamaki

CAMPO GRANDE

2011

FOLHA DE APROVAÇÃO

LUIZA HELENA DE OLIVEIRA CAZOLA

**ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA E NO PROGRAMA DE CONTROLE DA DENGUE: EXPERIÊNCIAS
DE DOIS MUNICÍPIOS BRASILEIROS DE PEQUENO PORTE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para obtenção do título de Doutor.

Resultado - Aprovada

Campo Grande (MS), 24 de novembro de 2011.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Elenir Rose Jardim Cury Pontes
CCBS/UFMS – orientadora

Prof. Dr. Edson Mamoru Tamaki
CCBS/UFMS

Prof. Dr. Rivaldo Venâncio Cunha
FAMED/UFMS

Prof. Dr. João Henrique Gurtler Scatena
UFMT

Dr. Márcia Maria Ferrairo Janini Dal Fabbro
SESAU/Campo Grande

DEDICATÓRIA

Ao meu marido Elvio, às minhas filhas Daniela e Gabriela, pela paciência e companheirismo durante todos esses anos;

Ao meu pai Horácio “in memoriam”, minha mãe Maria Célia, meus irmãos, sobrinhos, sobrinhas, que sempre compartilharam dos meus estudos e esforços para a realização desse curso;

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Elenir Rose Jardim Cury Pontes, pela oportunidade, carinho e privilégio de ter sido sua orientanda;

Ao meu eterno Mestre, Prof. Dr. Edson Mamoru Tamaki, que mais uma vez compartilhou de toda a sua sabedoria e paciência para que eu pudesse concluir mais essa etapa.

À minha amiga Renata Palópoli Pícoli, que me acompanhou durante todos esses anos, com seu eterno carinho e companheirismo.

AGRADECIMENTOS

*Agradeço a **Deus** por ter me ajudado a conquistar mais essa etapa da minha vida.*

*Agradeço a todos os meus **colegas do “Departamento de Tecnologia de Alimentos e Saúde Pública da UFMS”**, que com carinho e respeito, colaboraram para que eu pudesse concretizar meu doutoramento;*

*Ao **Prof. Dr. Rivaldo Venâncio da Cunha**, sem o qual eu não teria conseguido meu primeiro aceite para dar início a essa caminhada e, pela oportunidade de ter participado da Rede Dengue do Mato Grosso do Sul;*

*Ao **Prof. Dr. Ricardo Dutra Aydos**, Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, por ter acreditado e confiado no meu potencial e a toda a sua equipe, em especial, a Vera que sempre me atendeu com carinho e presteza;*

*Agradeço a todos os **colegas** do curso que compartilharam de seus conhecimentos e dos momentos divertidos em sala de aula;*

*À **Prof.^a Dr.^a Sônia Maria Oliveira de Andrade** minha eterna professora, que me acompanhou por vários cursos e colaborou para que eu pudesse aprender sempre ao seu lado;*

*À minha colega e amiga **Prof.^a Dr.^a Ana Rita Barbieri**, que me ajudou e acreditou que eu seria capaz;*

*Aos **Secretários Municipais de Saúde** de Rio Verde de Mato Grosso e São Gabriel do Oeste pelo apoio e colaboração para que eu pudesse realizar o trabalho;*

*Aos **Agentes Comunitários de Saúde e a População** de Rio Verde de Mato Grosso e São Gabriel do Oeste sem os quais eu não conseguiria as informações necessárias para a pesquisa;*

Aos **funcionários da Secretaria Municipal de Saúde** de Rio Verde de Mato Grosso, em especial a minha amiga e colega, **enfermeira Audria**, que colaborou para a realização da pesquisa;

Aos **funcionários da Secretaria Municipal de Saúde** de São Gabriel do Oeste, em especial a **Clarice, Beata, Antonio, Cristiani**, pelo apoio na realização da pesquisa;

Aos **funcionários da Coordenadoria de Controle de Vetores da Secretaria Estadual de Saúde de MS**, pela colaboração e apoio;

Ao **amigo e colega Alcides Divino Ferreira**, Coordenador Municipal de Controle de Vetores da SESAU de Campo Grande/MS, que sempre me atendeu com carinho e amizade;

À minha **amiga e colega Denize Cristina de Souza Ramos**, companheira de todos os momentos;

À minha **colega Karine Cavalcante da Costa e a toda a equipe** da Coordenadoria Estadual da Atenção Básica da SES/MS, pelo carinho e colaboração para a realização da minha tese.

FAMÍLIA

*Família, família,
Papai, mamãe, titia,
Família, família,
Almoça junto todo dia,
Nunca perde essa mania.
Mas quando a filha quer fugir de casa
Precisa descolar um ganha-pão
Filha de família se não casa
Papai, mamãe, não dão nenhum tostão.
Família ê
Família á
Família.
Família, família,
Vovô, vovó, sobrinha.
Família, família,
Janta junto todo dia,
Nunca perde essa mania.
Mas quando o nenê fica doente
Procura uma farmácia de plantão
O choro do nenê é estridente
Assim não dá pra ver televisão.
Família ê
Família á
Família.
Família, família,
Cachorro, gato, galinha.
Família, família,
Vive junto todo dia,
Nunca perde essa mania.
A mãe morre de medo de barata
O pai vive com medo de ladrão
Jogaram inseticida pela casa
Botaram um cadeado no portão.
Família ê
Família á
Família.*

Tony Bellotto / Arnaldo Antunes

RESUMO

Esse estudo teve por objetivo analisar a atuação do trabalho dos agentes comunitários de saúde em dois municípios sul-mato-grossenses com características populacionais, socioeconômicas e grau de implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) semelhantes. São Gabriel do Oeste extinguiu a figura do Agente de Controle de Endemias e o Agente Comunitário de Saúde passou a acumular tanto as atividades do Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) como as da ESF. Rio Verde de Mato Grosso mantém a presença dos dois agentes. Os dados primários foram coletados por meio de entrevistas estruturadas com 30 ACS de São Gabriel do Oeste e 27 ACS de Rio Verde de Mato Grosso e com a técnica do grupo focal junto às populações, utilizando-se para análise de seus resultados a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Para coleta dos dados secundários, utilizou-se o banco de dados do Sistema de Informações da Febre Amarela e Dengue e o Sistema de Informação da Atenção Básica, cujos indicadores foram analisados no período de 2002 a 2008. Os resultados demonstraram que a população declarou-se mais satisfeita com o trabalho dos ACS de São Gabriel do Oeste, apesar do acúmulo dos programas ter gerado uma maior sobrecarga de trabalho. Essa sobrecarga também foi referida pelos ACS, embora estes considerassem que as atividades de controle da dengue já estivessem incorporadas à sua rotina de trabalho. A acumulação dos dois programas não influenciou, segundo a percepção dos ACS de São Gabriel, em sua produtividade, apesar do índice de pendência ter se apresentado elevado em quase todo o período analisado. No entanto, essa situação pode estar se invertendo, pois no último ano estudado, São Gabriel do Oeste já apresentou melhor índice de pendência que Rio Verde de Mato Grosso. A partir dos resultados obtidos nesse estudo é possível concluir que a proposta de atuação dos ACS de São Gabriel do Oeste mostrou-se viável, capaz de produzir benefícios para a atenção básica do município com a integração das ações de atenção primária em um único agente. No entanto, também foi possível constatar a necessidade de se efetuar ajustes para evitar os prejuízos decorrentes da sobrecarga de trabalho advinda da incorporação das atividades do PNCD nas atividades dos ACS.

Palavras-chave: atenção primária à saúde, avaliação de desempenho, prevenção de doenças.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the performance of the work of Community Health Agents (CHAs) in two counties of Mato Grosso do Sul state, Brazil. These counties—São Gabriel do Oeste and Rio Verde de Mato Grosso—have similar demographic and socioeconomic profiles and similar degrees of implementation of the Family Healthcare Strategy (FHS). In São Gabriel do Oeste, Endemic Disease Control Agents (EDCAs), previously responsible for the Brazilian Dengue Control Program (PNCD), were abolished and CHAs now accumulate these activities in addition to their originally assigned FHS tasks, whereas both agents continue to coexist in Rio Verde de Mato Grosso, with separate functions. Primary data were collected from CHAs (30 in São Gabriel do Oeste and 27 in Rio Verde of Mato Grosso) using structured interviews and from the counties' populations using the focal group technique. The Collective Subject Discourse approach was employed for analysis of the results. Secondary data were obtained from the Information System for Yellow Fever and Dengue and the Information System for Primary Healthcare. The study covered the period from 2002 to 2008. The population of São Gabriel do Oeste reported greater satisfaction with the work of CHAs, despite the accumulation of functions from both programs and the consequent increase in workload. This overload was also mentioned by CHAs, although they viewed dengue control activities as already incorporated into their daily work routine. According to São Gabriel do Oeste's CHAs, the accumulation of programs was not detrimental to their productivity, despite increases in the rate of uninspected households in nearly all the study period. This situation, however, may be reversing, as shown by the fact that by 2008 this rate revealed progress in São Gabriel do Oeste over Rio Verde de Mato Grosso. The study revealed the feasibility of the current practice of CHAs in São Gabriel do Oeste and its potential to yield benefits for primary healthcare by integrating into the same agent all the range of actions performed in this sphere. Nonetheless, adjustments will be required to avoid losses resulting from the extra workload represented by PNCD-related tasks.

Keywords: primary health care, employee performance appraisal, disease prevention.

LISTA DE FIGURAS

ARTIGO 1

FIGURA 1 -	Índice de infestação predial nos municípios de São Gabriel do Oeste e Rio Verde de Mato Grosso/MS, 2002 a 2008.....	51
FIGURA 2 -	Média mensal de visitas domiciliares do ACS em São Gabriel do Oeste, Rio Verde de Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, 2002 a 2008.....	53
FIGURA 3 -	Proporção de gestantes com pré-natal iniciado no primeiro trimestre em São Gabriel do Oeste, Rio Verde de Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, 2002 a 2008.....	54
FIGURA 4 -	Proporção de crianças menores de um ano com esquema vacinal em dia em São Gabriel do Oeste, Rio Verde de Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, 2002 a 2008.....	55
FIGURA 5 -	Proporção de portadores de hipertensão arterial acompanhados pelo ACS em São Gabriel do Oeste, Rio Verde de Mato Grosso e em Mato Grosso do Sul, 2002 a 2008.....	56

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 2

Tabela 1 -	Número e porcentagem de agentes comunitários de saúde segundo características sociodemográficas, Rio Verde de Mato Grosso (RVMT) e São Gabriel do Oeste (SGO) – 2009.....	67
Tabela 2 -	Número e porcentagem de agentes comunitários de saúde segundo as capacitações realizadas, Rio Verde de Mato Grosso (RVMT) e São Gabriel do Oeste (SGO) – 2009	68
Tabela 3 -	Número e porcentagem de agentes comunitários de saúde segundo as atividades realizadas, Rio Verde de Mato Grosso (RVMT) e São Gabriel do Oeste (SGO) – 2009.....	69
Tabela 4 -	Número e porcentagem de agentes comunitários de saúde segundo priorização na elaboração de relatórios, acompanhamento da gestante, vacina, diabético e hipertenso, Rio Verde de Mato Grosso (RVMT) e São Gabriel do Oeste (SGO) – 2009.....	71
Tabela 5 -	Número e porcentagem de agentes comunitários de saúde segundo atividades do Programa de Controle da Dengue, Rio Verde de Mato Grosso (RVMT) e São Gabriel do Oeste (SGO) – 2009.....	73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACE	Agente de Controle de Endemias
ACV	Agente de Controle de Vetores
DENV-1	Sorotipo 1 do vírus dengue
DENV-2	Sorotipo 2 do vírus dengue
DENV-4	Sorotipo 4 do vírus dengue
DENV-3	Sorotipo 3 do vírus dengue
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
EACS	Estratégia Agente Comunitário de Saúde
ES	Expressões – Chave
ESF	Estratégia Saúde da Família
FHD	Febre Hemorrágica da Dengue
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Ideia Central
IP	Índice de Pendência
IIP	Índice de Infestação Predial
I/S	Instrutor/Supervisor
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEAa	Plano de Erradicação do <i>Aedes aegypti</i>
PIACD	Plano de Intensificação das Ações de Controle da Dengue
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNCD	Programa Nacional de Controle da Dengue
PROFORMAR	Programa de Formação de Agentes Locais em Vigilância em Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RVMT	Rio Verde de Mato Grosso
SES/MS	Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul
SGO	São Gabriel do Oeste
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISFAD	Sistema de Informação da Febre Amarela e Dengue
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
2.1	A Estratégia Saúde da Família no Brasil – uma nova estratégia de assistência à saúde.....	16
2.1.1	<u>A estratégia saúde da família em Mato Grosso do Sul.....</u>	21
2.1.2	<u>A estratégia saúde da família no município de São Gabriel do Oeste.....</u>	24
2.1.3.	<u>A estratégia saúde da família no município de Rio Verde de Mato Grosso.....</u>	27
2.2	O Programa Nacional de Controle da Dengue – PNCD.....	27
3	EXPERIÊNCIAS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO CONTROLE DAS DOENÇAS INFECTO - PARASITÁRIAS	33
4	OBJETIVOS.....	38
4.1	Objetivo geral.....	38
4.2	Objetivos específicos.....	38
5	METODOLOGIA.....	39
5.1	Tipo de pesquisa	39
5.2	Locais do estudo e critérios de seleção.....	39
5.3	Variáveis de interesse para o estudo.....	40
5.4	Indicadores selecionados para o estudo.....	40
5.5	Sujeitos da pesquisa e amostra.....	43
5.6	Procedimentos e instrumentos para coleta de dados.....	43
5.7	Procedimentos para análise dos dados.....	45
5.8	Aspectos éticos.....	45
6	RESULTADOS.....	46
7	ARTIGOS.....	47
7.1	Incorporação das Ações de Controle da Dengue à Estratégia Saúde da Família: um estudo comparativo de dois municípios de Mato Grosso do Sul.....	47

7.2	Atividades no Controle da Dengue e na Estratégia Saúde da Família: percepção dos Agentes Comunitários de Saúde.....	62
7.3	O Controle da Dengue em duas Áreas Urbanas do Brasil Central: percepção dos moradores.....	82
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	100
	REFERÊNCIAS	104
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE COLETA DE DADOS	110
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE COLETA DE DADOS.....	114
	ANEXO A - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	115
	ANEXO B - CARTA DE APROVAÇÃO DA REVISTA.....	116

1 INTRODUÇÃO

Dentre os diversos problemas de saúde pública que o Brasil enfrenta, a doença dengue tem se destacado por meio do crescente número de casos notificados. Para o seu controle e prevenção, o combate ao vetor *Aedes aegypti* tem sido prioritário no âmbito do Programa Nacional de Controle da Dengue - PNCD.

O vetor da dengue reproduz-se em locais, preferencialmente, com água limpa e parada, o que faz com que os ambientes domésticos constituam-se em espaços privilegiados para sua reprodução, pela existência de uma infinidade de locais, que vão desde plantas, vasos, caixas d'água, entre outros, que podem servir como depósitos de água parada.

Nessas condições, a atuação de profissionais de saúde nos espaços domésticos constitui uma atividade crítica para o êxito de um programa de controle da dengue.

Com a instituição da Saúde da Família como estratégia para o reordenamento do SUS, o sistema de saúde passou a ter uma atuação proativa na atenção à saúde da população, atingindo as famílias e os ambientes em que elas vivem. Dentre os profissionais que compõem as Equipes de Saúde da Família, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) constitui o principal elo de ligação entre os serviços de saúde e a população. É aquele que tem a responsabilidade de conhecer e acompanhar a população pela qual é responsável numa perspectiva integral, ou seja, que considere o conjunto de fatores que condicionam a saúde e a doença. Essa responsabilidade se concretiza por meio do contato direto com as famílias em suas visitas domiciliares. É por meio desse profissional que os serviços de saúde ganham condições de desenvolver uma ação efetiva no combate a dengue.

Em Mato Grosso do Sul, por meio da Secretaria de Estado de Saúde deu-se início, em 1996, ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, contando até agosto de 2011, com a força de trabalho de 4.138 ACS. A partir de 1998, deu-se a implantação das primeiras equipes da Estratégia Saúde da Família, contando com 453 equipes em todo o estado, até aquele mesmo período.

Com a descentralização das ações de controle da dengue até então de responsabilidade exclusiva da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA ocorreu à redistribuição de seus servidores federais, tanto para o quadro de pessoal da Secretaria Estadual, como para as Secretarias Municipais de Saúde, passando esses servidores a ser de responsabilidade de seus respectivos gestores.

Com essa medida, os municípios do estado passaram a contar com a presença de dois profissionais atuando em uma mesma base geográfica, o Agente de Controle de Endemias (anteriormente denominado agente de saúde pública) e o Agente Comunitário de Saúde, atuando junto às populações cobertas pela Estratégia Saúde da Família - ESF.

Em 2001, o município de São Gabriel do Oeste (MS), visando unificar as ações de controle da dengue ao nível primário, extinguiu a função do ACE e incorporou as suas atividades nas atribuições do ACS, ou seja, esse agente passou a assumir tanto as ações de controle e prevenção da dengue, como as ações prioritárias da atenção básica que são desenvolvidas tradicionalmente pelas equipes da ESF.

Nesse mesmo período, Rio Verde de Mato Grosso (MS), município vizinho a São Gabriel do Oeste e que possui características populacionais, socioeconômicas e grau de implantação da ESF semelhantes, manteve a coexistência desses dois agentes de saúde atuando um no controle da dengue e o outro na ESF.

Esses dois municípios com características semelhantes e apresentando propostas diferentes para a atuação do ACS criaram condições de responder a dúvidas e questionamentos sobre a capacidade dos ACS em conseguir desempenhar satisfatoriamente as atividades tradicionais da ESF e as de controle da dengue.

Diante desses dois cenários, esse estudo teve por objetivo analisar a atuação do trabalho do ACS em duas estratégias distintas, frente às atividades da Estratégia Saúde da Família e do Programa Nacional de Controle da Dengue nos municípios de São Gabriel do Oeste e Rio Verde de Mato Grosso.

2 REFERENCIAL TEÓRICA

2.1 A Estratégia Saúde da Família no Brasil – uma nova estratégia de assistência à saúde

Com a promulgação da Constituição Brasileira em 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde – SUS, que apontou para a superação do modelo assistencial então vigente, dicotômico e hegemônico pela assistência médica individual, em direção a um novo modelo baseado na integralidade da atenção à saúde (BARBOSA; CARVALHO; RIBEIRO, 2004).

Como elementos fundamentais para a organização de um novo modelo de atenção do SUS, foram adotados pelo Brasil, inicialmente, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e, posteriormente, o Programa Saúde da Família – PSF (FARIA *et al.*, 2010).

Inspirado em experiências bem sucedidas com agentes de saúde como as do Ceará no final dos anos 80, Programa de Expansão de Serviços Básicos de Saúde e Saneamento, numa área rural, no Vale do Ribeira, São Paulo, ficando conhecido nacionalmente como Projeto DEVALE e de muitos outros municípios que implantaram similares propostas, foi criado em 1991 pelo Ministério da Saúde, como política oficial para todo o território nacional, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, com equipe constituída na proporção de um enfermeiro Instrutor – Supervisor (I/S) para cada 30 ACS, lotados em uma unidade de saúde, entendido como uma estratégia transitória para o PSF (SILVA; DALMASO, 2002).

Em 1993, o PSF foi inicialmente concebido em uma reunião realizada em Brasília (DF), cujo tema abordado seria “Saúde da Família”. A discussão foi pautada em uma nova proposta a partir do êxito do PACS e da necessidade de serem incorporados novos profissionais junto aos ACS para que não mais atuassem de forma isolada. Experiências para essa incorporação foram discutidas como a do Ceará, onde os enfermeiros trabalhavam na supervisão dos agentes e o Programa Médico de Família, experiência bem sucedida no município de Niterói/RJ (VIANNA; DAL POZ, 1998).

Foi a partir de 1994, ano eleito pela Organização das Nações Unidas como o Ano Internacional da Família, que começaram a ser formadas as primeiras equipes do PSF, incorporando e ampliando a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2001a; SANTANA *et al.*, 2009).

Para o Ministério da Saúde, o Programa Saúde da Família “é uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família,

do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua” (BRASIL, 2001a, p. 5).

Portanto, o programa deve ser entendido como uma estratégia que possibilita a organização das atividades dos serviços de saúde em todo o território nacional, de acordo com as suas realidades e necessidades locais.

O foco de sua atuação está centrado principalmente na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, levando a saúde para mais perto das famílias, possibilitando também para as equipes do PSF uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas (BRASIL, 2001a).

A identificação de que o Programa Saúde da Família se constitui como um sistema de saúde pobre para os pobres, com a utilização de baixa tecnologia, é um equívoco. O que se concebe é priorizar sua implantação nas áreas de maior risco ou mais carentes de atenção à saúde (BRASIL, 1998).

Em 28 de março de 2006, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, por meio da Portaria n°. 648 do Ministério da Saúde, que estabeleceu a revisão de diretrizes e normas da Atenção Básica para o PSF e PACS, colocando a Saúde da Família como estratégia de mudança do modelo de atenção e alterando a nomenclatura da Saúde da Família de “Programa” para “Estratégia” e de PACS para Estratégia Agentes Comunitários de Saúde - EACS (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2007b).

No Brasil, o Ministério da Saúde adotou a nomenclatura de Atenção Básica que corresponderia ao que a literatura internacional tem chamado de Atenção Primária de Saúde, tendo como sua estratégia principal a Saúde da Família (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008; BRASIL, 2007b).

A Atenção Básica é definida nessa portaria como:

Conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde [...] Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território (BRASIL, 2007a, p. 12).

É a partir dela que o usuário terá, preferencialmente, o seu contato com o sistema de saúde. Compete à atenção básica considerar o sujeito na sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural, buscando a promoção de sua saúde, a prevenção e o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos, que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2007a).

Além dos preceitos estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde, alguns princípios devem ser seguidos na Estratégia de Saúde da Família: 1 - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam; 2 - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde doença da população; 3 - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade; 4 - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e por último, ser um espaço de construção de cidadania (BRASIL, 2007a).

Para a delimitação do território das Unidades de Saúde da Família a equipe multiprofissional deve ser responsável por no máximo 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes. Ela deve ser composta minimamente por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e até 12 agentes comunitários de saúde, sendo que cada ACS deve assistir no máximo 750 pessoas (BRASIL, 2007a).

Compete a essas equipes prestar assistência integral, contínua, com resolutividade e qualidade, de forma a atender às necessidades de saúde da população de sua área adscrita, destacando-se a perspectiva da família (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

Importante ator que as compõem é o ACS, que deve atuar como elo entre a comunidade e a Unidade de Saúde da Família, devendo estar em constante contato com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde desenvolvida por toda a equipe (BRASIL, 2001b).

A significativa expansão dessas estratégias e a incorporação destes trabalhadores nas equipes multiprofissionais fizeram com que as aspirações do reconhecimento de sua identidade profissional e de seus direitos trabalhistas se concretizassem por meio da Lei Federal nº. 10.507, de 10 de julho de 2002, que instituiu a profissão de agente comunitário de saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2002a).

Posteriormente, em 2006, surgiu a Lei nº. 11.350 que estabeleceu diretrizes para o acesso à carreira e passou a regulamentar a atividade do Agente Comunitário de Saúde, em substituição à norma anterior (BRASIL, 2006).

O Art. 3º dessa lei estabeleceu que o Agente Comunitário de Saúde tivesse como atribuição:

o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob a supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal (BRASIL, 2006, p. 1).

Como requisito para o exercício de suas atividades, ficou também estabelecido em seu Art. 6º que o ACS deve:

1. residir na área da comunidade em que atuar, desde a data da publicação do edital do processo seletivo público;
2. haver concluído com aproveitamento, curso de qualificação básica para a formação de ACS; e
3. haver concluído o ensino fundamental (BRASIL, 2006, p. 2).

Diante de sua importância no contexto de mudanças das práticas de saúde e seu papel social junto às comunidades, o Ministério da Saúde, juntamente com o Ministério da Educação, propôs a sua formação profissional em nível técnico.

Este profissional atua no Sistema Único de Saúde, no campo de interface intersetorial da assistência social, educação e meio ambiente, desenvolvendo ações de promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de processos educativos em saúde, privilegiando o acesso às ações e serviços de informação e promoção social e de proteção e desenvolvimento da cidadania, no âmbito social e da saúde (BRASIL, 2004, p. 17).

De acordo com o preconizado pela ESF, o ACS já possui algumas ações normatizadas, ações essas que deverão estar articuladas com as da equipe da unidade de saúde local, não deixando que se torne um serviço paralelo. Estão entre elas:

1. Realizar ações básicas de saúde, de acordo com o seu nível de competência, por meio de visitas domiciliares, reuniões de grupos ou outras modalidades;
2. Desenvolver atividades de educação em saúde individual e coletiva;
3. Estimular a organização da comunidade;
4. Registrar as atividades desenvolvidas no seu trabalho e encaminhá-las à coordenação municipal do programa.

Outra importante ação se verifica através das atividades no combate à dengue, em que o ACS, durante suas visitas, deve buscar contribuir para o aumento da sensibilidade do sistema de vigilância, por meio da notificação imediata da ocorrência de casos suspeitos.

Compete às equipes de saúde da família atuar de forma a realizarem diagnóstico oportuno e tratamento adequado das formas graves e hemorrágicas, resultando na redução da letalidade (BRASIL, 2002b).

Para a operacionalização da atenção básica, a PNAB definiu áreas estratégicas que deverão ser desenvolvidas em todo o território nacional. São elas: a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde. Outras áreas podem ser definidas regionalmente de acordo com prioridades e pactuações definidas nas Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) (BRASIL, 2007a).

Por meio dessas ações espera-se poder contribuir para diminuição da mortalidade infantil e das internações hospitalares, aumentar a quantidade de gestantes saudáveis e bem informadas. As famílias assistidas teriam melhor cobertura vacinal, pacientes hipertensos e diabéticos seriam diagnosticados e acompanhados, casos de hanseníase e tuberculose seriam identificados e tratados mais rapidamente (BRASIL, 2001b).

Nas localidades onde o PSF está implantado de maneira adequada, a própria Unidade Básica de Saúde (UBS) pode solucionar em torno de 85% dos casos em sua área. Aliás, uma das maiores mudanças que se espera que seja proporcionadas pela Saúde da Família é o esvaziamento dos prontos-socorros e ambulatórios dos hospitais ligados à rede pública de saúde (BRASIL, 2001b).

De acordo com os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, em abril de 2011, o país contava com um total de 31.981 equipes de Saúde da Família e 20.640 equipes de Saúde Bucal implantadas. As duas estratégias juntas, EACS e ESF, dispõem de um total de 246.130 ACS em ação, e a distribuição dessas equipes pode ser observada na Figura 1, que mostra o alcance atual da ESF, após 17 anos de implantação. Esse contingente de equipes e profissionais cobrem mais de 96 milhões de brasileiros.

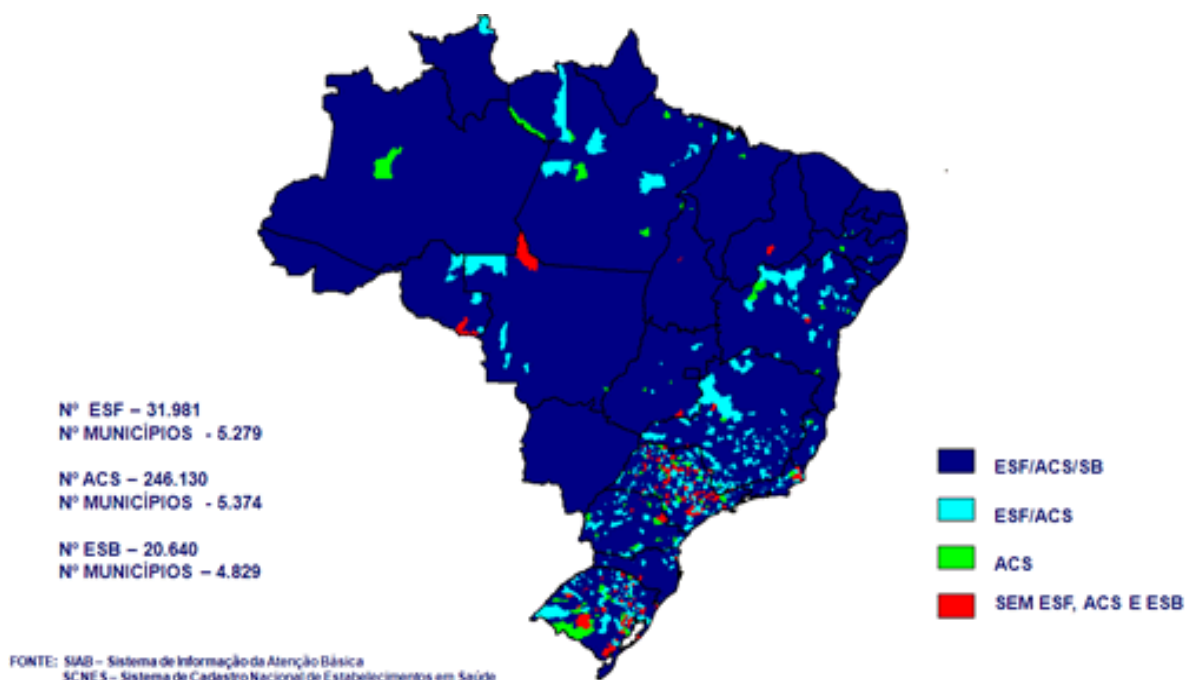


Figura 1 - Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde, Brasil – abril, 2011.

Fonte: Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>>.

2.1.1 A estratégia saúde da família em Mato Grosso do Sul

No Mato Grosso do Sul, a Estratégia Saúde da Família, foi implantada em 1998, inicialmente com apenas oito equipes em sete municípios, totalizando 27.600 pessoas atendidas (BRASIL, 2008).

Até agosto de 2011, todos os 78 municípios do Estado já estavam com a ESF implantada, sendo que Aral Moreira foi o último a aderir, implantando duas equipes em maio de 2009 (Figura 2).

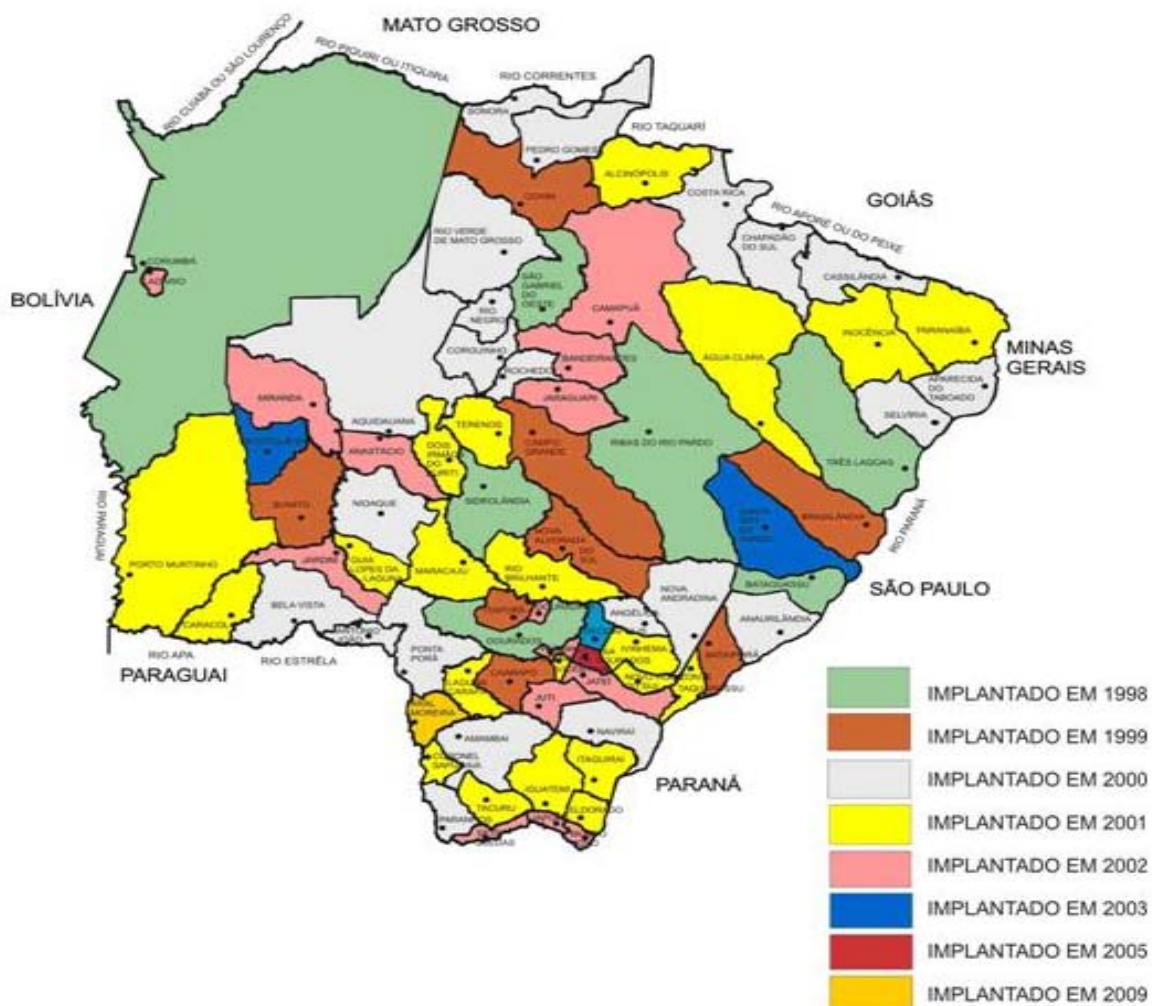


Figura 2 - Municípios com Equipes de Saúde da Família, segundo o ano de implantação no MS.

Fonte: <http://www.saude.ms.gov.br/control/ShowFile.php?id=85809>

Mato Grosso do Sul conta com uma cobertura populacional de aproximadamente 60% da ESF, o que corresponde a 1.457.238 pessoas, assistidas por 453 equipes, conforme demonstrado na Figuras 3 e 4.

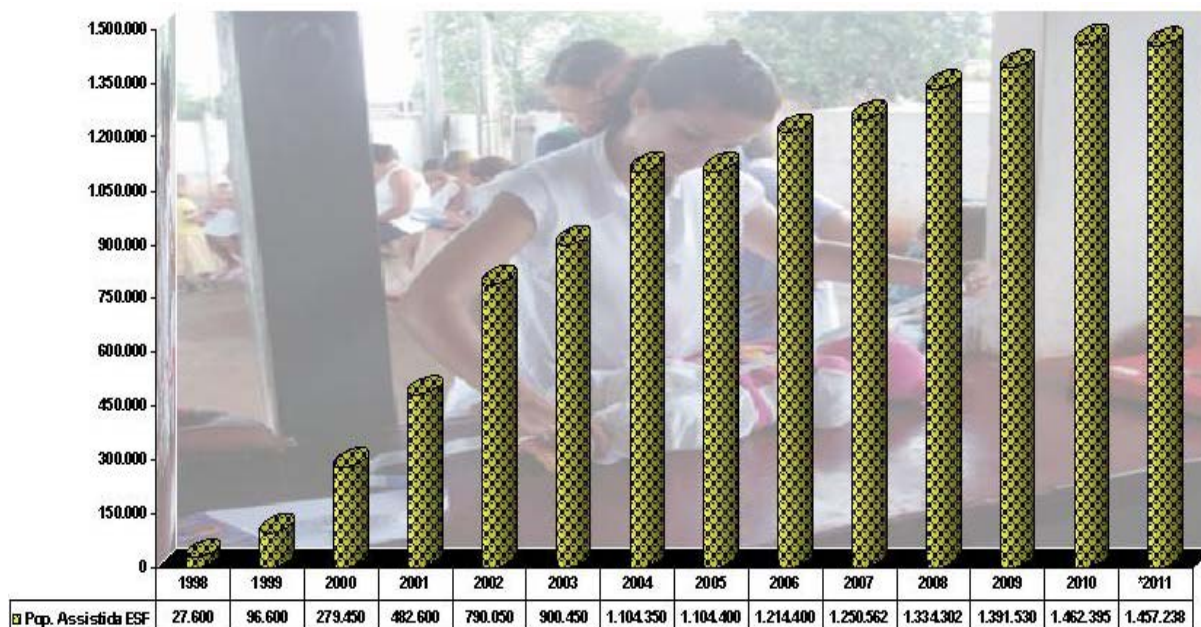


Figura 3 - Evolução da População Assistida por Equipes de Saúde da Família, Mato Grosso do Sul, 1998 – 2011*.

Dados disponíveis até agosto de 2011*

Fonte: <http://www.saude.ms.gov.br/control/ShowFile.php?id=85809>

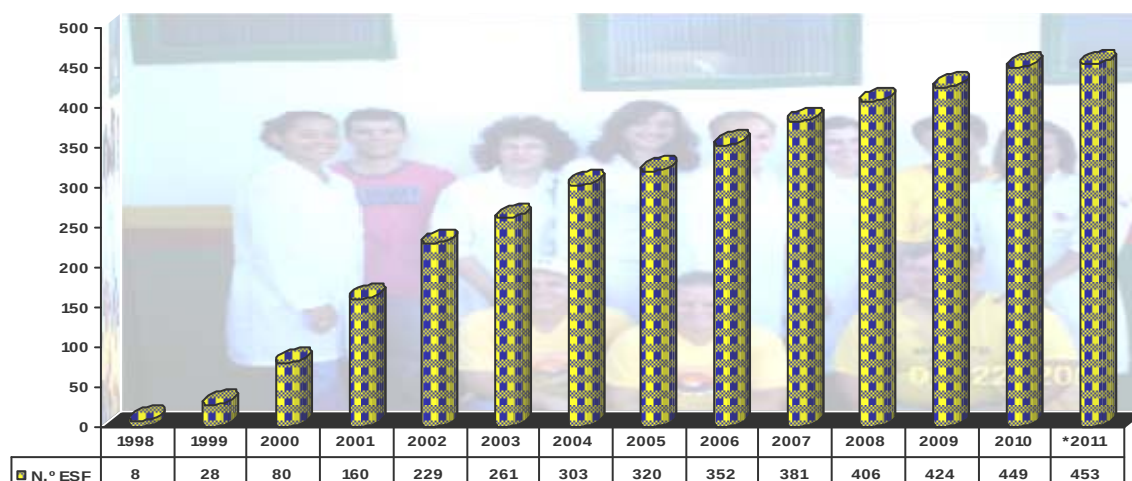


Figura 4 - Evolução do Número de Equipes de Saúde da Família, Mato Grosso do Sul, 1998 – 2011*.

Dados disponíveis até agosto de 2011*

Fonte: <http://www.saude.ms.gov.br/control/ShowFile.php?id=85809>

A Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul instituiu repasses financeiros para seus municípios, por meio do Decreto Estadual nº 11.684 de 8 de setembro de 2004, determinando que todos os municípios do estado, deveriam obrigatoriamente implantar simultaneamente tanto as equipes da ESF como as de Saúde Bucal. Portanto, todas as equipes do estado deveriam ser constituídas dos profissionais: enfermeiro, auxiliar de enfermagem; agente comunitário de saúde; cirurgião dentista; auxiliar de saúde bucal, modalidade I e ou técnico de saúde bucal, modalidade II. O valor do incentivo financeiro anual é concedido por equipe, com acréscimo de 17% (dezessete por cento), se o município comprovar o cumprimento dos indicadores estabelecidos pelo decreto (MATO GROSSO DO SUL, 2004).

Em 2 de junho de 2011, no Decreto Estadual nº 13.209, o governo atualizou os valores a serem repassados mensalmente aos municípios por cada agente comunitário de saúde inserido nas ESF e EACS, que anteriormente era de R\$120,00 aumentando para R\$128,00 (MATO GROSSO DO SUL, 2011).

2.1.2 A estratégia saúde da família no município de São Gabriel do Oeste

Em 1996, deu-se início a Implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde /PACS, através da contratação de nove agentes comunitários de saúde.

Em julho de 1998, o Conselho Municipal de Saúde aprovou a implantação da primeira equipe do Programa Saúde da Família, no bairro Jardim Gramado. A partir daí, foram implantadas novas equipes: em novembro de 1999 foi implantada a segunda, no bairro Milani; em março de 2000 foram aprovadas mais outras duas para os bairros Amabile Mafissoni e Kolping e o centro da cidade; em novembro de 2001 foram aprovadas as implantações da V e VI equipes para a região central da cidade, concluindo assim 100% de área urbana coberta pelo programa. Em junho de 2004 foi implantada a sétima Equipe de Saúde da Família, esta para atender a Zona Rural (LANGER; GUIMARÃES, 2008).

A partir do ano de 2001, o gestor municipal determinou a extinção do cargo de Agente de Controle de Endemias (ACE) e recomendou que os ACS pertencentes às equipes da ESF passassem a executar além das ações da ESF, as ações do PNCD. Essa determinação foi regulamentada por meio de Lei Complementar n.º 052 de 24 de abril de 2008 (SÃO GABRIEL DO OESTE, 2008).

Desde então, os ACS assumiram um maior número de atribuições, pois além de vistoriarem os imóveis domiciliares de suas microáreas, na busca de possíveis focos do *Aedes aegypti*, também passaram a vistoriar os imóveis comerciais, terrenos baldios e pontos

estratégicos (como cemitérios, borracharias e depósitos de sucata e de materiais de construção). Além disso, também assumiram a incumbência de destruir criadouros de difícil acesso e utilizar larvicidas químicos e biológicos (SÃO GABRIEL DO OESTE, 2008).

A aplicação de larvicidas químicos deve ser realizada com equipamentos de aspersão manual (bomba intercostal) que, devido ao seu peso, ficou a cargo dos ACS do sexo masculino, que, quando necessário, são deslocados de suas microáreas. Também passaram a assumir o registro de mais formulários, os correspondentes aos do PNCD, que são os mapas diários do Sistema de Informação da Febre Amarela e Dengue (SISFAD), o que até então era de responsabilidade exclusiva dos ACE (SÃO GABRIEL DO OESTE, 2008).

Para tanto, o processo de trabalho foi organizado conforme o preconizado pela ESF, ou seja, através da divisão do município em microáreas, onde cada ACS fica responsável por acompanhar no máximo 750 pessoas, cabendo à enfermeira da equipe realizar supervisões específicas das atividades da estratégia (Informação verbal)¹

Para o PNCD, o município conta com três (3) servidores da FUNASA que foram descentralizados e que executam supervisões de campo junto aos ACS.

A divisão das localidades para o PNCD é realizada por bairros, conforme determina o Sistema de Informação de Febre Amarela e Dengue (SISFAD), que é alimentado através do preenchimento de um formulário pelos ACS, denominado Reconhecimento Geográfico, que permite quantificar número de residências, terrenos baldios, estabelecimentos comerciais, pontos estratégicos e outros que não se incluem nessas especificações.

A divisão da área do município entre aqueles três supervisores contempla os seguintes bairros:

1. Centro, Jardim Alvorada e Capão Redondo;
2. Jardim dos Pássaros e Jardim Gramado;
3. Vila São Miguel, Jardim Alvorada, Capão Redondo e Centro.

As microáreas podem estar ou não inseridas na mesma divisão da área geográfica do bairro delimitado pelo PNCD, o que dificulta a integração das informações geradas pelos relatórios.

Os formulários utilizados pelos ACS durante as atividades diárias específicas para o controle da dengue são denominados “Registro Diário do Serviço Anti-Vetorial” e “Consolidado do Serviço Anti-Vetorial” que são repassados semanalmente para os supervisores e que, obrigatoriamente, são preenchidos por bairros, o que obriga o ACS a

¹ Informação fornecida em reunião pelo Coordenador Municipal de Controle de Vetores, Sr. Antonio Barbosa de Freitas em São Gabriel do Oeste, em 2009.

preencher vários relatórios, caso a sua microárea envolva partes de território de mais de um bairro.

Como já anteriormente citado, o PNCD possui um sistema de informação específico denominado SISFAD. Ao final do ano de 2006, uma nova versão do mesmo foi implantada nos municípios e alguns campos foram alterados, como por exemplo, não é mais possível identificar o ACS através da digitação do seu RG, pois os boletins são condensados em um resumo semanal sem identificar o ACS e sua microárea. Essa informação só poderá ser obtida com o cadastramento das microáreas no campo zona, que no momento não está sendo alimentado no sistema.

De acordo com as normas do PNCD elaboradas pelo Ministério da Saúde, o levantamento de índice é executado pelos ACS em ciclos, que se completam em um período de 60 dias. O município optou por levantar os ciclos em 45 dias e, a partir de 20 de abril de 2008, reduziu esse ciclo para 30 dias.

Essa alteração foi realizada em acordo com a Coordenação Estadual do Programa de Controle de Vetores, como uma das estratégias para diminuir o índice de pendência do município, que se encontrava bastante elevado. A redução do ciclo poderia proporcionar um melhor planejamento das atividades, colaborando na solução de outros problemas identificados tanto no controle da dengue como em atividades da ESF que são realizadas também em 30 dias, integrando realmente as atividades diárias de ambos os programas.

É elaborado no início de cada ano, pela coordenação municipal, um calendário com as datas previamente determinadas do início e fim de cada ciclo, para conhecimento dos ACS e adequação da programação das visitas domiciliares. O número de ciclos é preconizado pelo MS, em 6 ciclos anuais.

Para o combate às larvas é utilizado o inseticida Termephós, pois o mesmo é preconizado pela Coordenação Estadual de Controle de Vetores da SES/MS. Para a identificação das larvas e pupas, compete a um servidor capacitado a sua realização.

O município possui 25 pontos estratégicos, sendo normatizado pelo programa a visita a esses pontos quinzenalmente. Também, já são previamente programados em cronograma anual, os meses de cada ciclo e dois dias consecutivos para o tratamento perifocal e focal.

O tratamento perifocal consiste no levantamento de índice e borrifação com alfacipermetrina a 2%, cujo efeito residual contribui para eliminar os mosquitos adultos. Essa atividade é realizada exclusivamente pelos ACS do sexo masculino, conforme já relatado, pois são utilizados equipamentos de aspersão manual (bomba intercostal), com capacidade de

10 a 20 litros de solução. O tratamento focal nesses pontos é realizado em todos os depósitos, diferentemente da rotina diária do PNCD.

2.1.3 A estratégia saúde da família no município de Rio Verde de Mato Grosso

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS foi implantado em Rio Verde de Mato Grosso em 29 de novembro de 1999, com um total de trinta (30) ACS. Em julho de 2000, deu-se a implantação da primeira equipe de ESF, sendo uma Unidade Básica de Estratégia Saúde da Família Rural, localizada na Colônia Lajeado, que abrange cinco colônias: Lajeado, São Luiz, Rio Negrinho, Paredes e Serra da Alegria. Em outubro do mesmo ano, foi implantada a segunda unidade, a Unidade Básica de Estratégia Saúde da Família - UBSF Vila Nova (RIO VERDE DE MATO GROSSO, 2006).

No ano seguinte, foram implantadas três unidades, a UBSF Nova Rio Verde, a UBSF Jardim dos Estados e a UBSF Paraíso Cacerense. Em 2002, foi implantada a UBSF Central e em 2003, a UBSF de Campo Alegre. Todas as unidades possuem apenas uma equipe da ESF e da Saúde Bucal, totalizando até dezembro de 2009, sete unidades no município (RIO VERDE DE MATO GROSSO, 2006).

Em 2000, o município atingiu a uma cobertura populacional de 100% da ESF em sua área urbana, mantendo-se a presença dos dois agentes, ou seja, o ACS atuando na ESF e o ACE no PNCD, ambos compartilhando das mesmas bases territoriais (RIO VERDE DE MATO GROSSO, 2006).

2.2 O Programa Nacional de Controle da Dengue – PNCD

A dengue é considerada a arbovirose mais importante do mundo e, dentre as doenças reemergentes, é a que se constitui como o mais grave problema de saúde pública (TAUIL, 2002). Segundo a OMS, cerca de 50 milhões de pessoas são infectadas anualmente e 2,5 bilhões de pessoas aproximadamente, vivem em países endêmicos (WHO, 2009).

Há indícios de que nas Américas a doença circula há mais de 200 anos. Depois da década de 1960, os casos foram aumentando e passaram a surgir surtos cada vez mais frequentes (SAN MARTIN; PRADO, 2004).

É uma doença febril, de curso benigno ou grave, que pode ser assintomática ou sintomática. Seu período de incubação costuma ser de cinco a sete dias, podendo variar de dois a quinze dias (WHO, 2009).

Em 2009, foi apresentada a nova classificação da dengue, composta por dois tipos de casos: dengue e dengue grave, que podem ser desdobradas por objetivos didáticos em três: 1- dengue sem sinais de alarme, 2 - dengue com sinais de alarme e 3 – dengue grave. Essa classificação revisada tem por base critérios de gravidade clínica dos doentes, aceitando o caráter dinâmico da doença e facilitando o estabelecimento de condutas clínicas, que provavelmente contribuirão para a redução da letalidade (WHO, 2009).

Seu agente etiológico é um arbovírus do gênero *Flavivirus*, divididos atualmente em 4 sorotipos: DENV-1, DENV-2, DENV-3, DENV-4. O homem é o único hospedeiro capaz de desenvolver formas clínicas de infecção, mas existe a circulação silvestre entre primatas, mantendo o ciclo viral (GUBLER, 1988; BRASIL, 2005).

O vírus da dengue é transmitido por mosquitos do gênero *Aedes*, sendo o *Aedes aegypti* o principal vetor no mundo e o *Aedes Albopicus* o vetor secundário na Ásia, mas até o momento não foi associado à transmissão da dengue nas Américas (SILVA JUNIOR; PIMENTA JUNIOR, 2008).

Após um repasto de sangue infectado, o mosquito está apto a transmitir o vírus depois de 8 a 12 dias de incubação extrínseca. A transmissão mecânica também é possível, quando o repasto é interrompido e o mosquito, imediatamente, se alimenta num hospedeiro susceptível próximo. Não há transmissão por contato direto de um doente ou de suas secreções com pessoa sadia, nem por intermédio de água ou alimento (BRASIL, 2005).

A existência do *Aedes aegypti* em quase todo o território nacional e a existência de um grande contingente populacional com os requisitos epidemiológicos para desenvolver formas graves da doença, definem as condições epidemiológicas necessárias para o surgimento de surtos da doença (TEIXEIRA, 2000).

O seu ressurgimento e sua gravidade estão associados aos chamados macrofatores (ambientais, socioeconômicos, políticos e sociais) e microfatores (dependentes de características biológicas do vírus, o vetor e a pessoa afetada). Dentre os macrofatores mais importantes se encontram as mudanças climáticas, como o aquecimento global, os fenômenos El Niño, La Niña, que influenciam a duração e intensidade das chuvas provocando intensas sequelas e danos à biodiversidade, facilitando a expansão e disseminação de vetores e organismos patógenos. Outros exemplos de macrofatores seriam o crescimento populacional, as migrações e urbanizações descontroladas, que levam ao surgimento de cinturões de pobreza e, conseqüentemente, à ausência de serviços básicos (SAN MARTÍN; BRATHWAITE-DICK, 2007).

Já os microfatores dependem das características do hospedeiro, do vetor, e do agente. Todos os seres humanos são igualmente suscetíveis à infecção, mas as mulheres e crianças em razão de suas atividades no ambiente domiciliar podem estar mais vulneráveis. Entre os fatores de risco mais importantes relacionados ao vetor destacam-se as densidades das fêmeas adultas, sua idade, frequência de alimentação, disponibilidade de hospedeiros, suscetibilidade à infecção, abundância e tipos de criadouros. Quanto ao fator associado ao agente da doença que influencia a sua transmissão, cabe destaque para a viremia que, em altos níveis fornece maiores quantidades de vírus ao mosquito (SAN MARTÍN; BRATHWAITE-DICK, 2007).

No Brasil, observações clínicas realizadas em 1923, pelo Dr. Antonio Pedro, comprovaram sem diagnóstico laboratorial, a presença da doença dengue em Niterói, estado do Rio de Janeiro (PEDRO, 1923). A primeira epidemia documentada clínica e laboratorialmente ocorreu em 1981 e 1982 em Boa Vista, no Estado de Roraima, causada pelos sorotipos 1 e 4, provavelmente, procedentes da Venezuela (OSANAI *et al.*, 1983). Em 1986, no município de Nova Iguaçu (Rio de Janeiro), foram registrados casos de dengue do sorotipo 1, com rápida dispersão para outros estados do país. (SCHATZMAYR; NOGUEIRA; TRAVASSOS DA ROSA, 1986). Em 1990, a situação da dengue se agravou no estado do Rio de Janeiro, com a introdução do DENV- 2 (NOGUEIRA *et al.*, 1990) e em 2001 com o DENV-3, apresentando rápida dispersão para 24 estados do país no período de 2001-2003 (NOGUEIRA *et al.*, 2001).

A partir do ano de 2010, casos suspeitos e confirmados foram notificados do sorotipo 4 no Brasil, inicialmente pela Secretaria Estadual de Saúde de Roraima, cuja investigação epidemiológica confirmou a autoctonia da infecção no município de Bela Vista (BRASIL, 2011b).

Dados atualizados até 1º de outubro de 2011, comprovaram a dispersão do sorotipo DENV-4 em vários estados do país. Amazonas, Roraima e Pará na região Norte; Ceará, Bahia, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Maranhão na região Nordeste e São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro na região Sudeste. Na região Sul do país, os quatro casos isolados do DENV-4 foram importados, sendo que dois casos do estado do Paraná foram importados do Maranhão e dos dois do Rio Grande do Sul, um foi importado do Amazonas e o outro do Maranhão (BRASIL, 2011c).

Diante da magnitude da transmissão dos quatro sorotipos, o desenvolvimento de vacinas eficazes contra o vírus da dengue é de especial importância, sendo que a vacina ideal seria aquela que protegesse contra todos os sorotipos, impedindo a reinfecção e que induzisse a produção de anticorpos neutralizantes de longa duração. Ainda não foi licenciada uma

vacina contra a dengue, pois a ausência de um animal de laboratório que produza a doença tem sido um dos obstáculos para a sua obtenção. O seu desenvolvimento também foi retardado devido a temores de que a imunização poderia predispor o indivíduo à forma grave da doença (WEBSTER; FARRAR; ROWLAND, 2009).

Esses temores foram felizmente superados e já dispomos atualmente de vacinas candidatas, com diferentes abordagens, incluindo vacinas vivas atenuadas, inativadas, quiméricas, DNA e vacinas de vetores virais, algumas das quais estão em fases de testes clínicos (WEBSTER; FARRAR; ROWLAND, 2009).

No entanto, é necessário reconhecer que somente a vacina não é suficiente, dada a complexidade do problema dessa endemia. A vacina deve estar integrada ao programa de vigilância epidemiológica e ambiental e deve-se aprimorar o programa de vigilância entomológica e do controle integrado de vetores com a participação comunitária (SANTOS, 2003).

Estratégias diferenciadas de intervenção têm sido adotadas no Brasil, para redução da ocorrência de epidemias e da morbi-mortalidade por dengue. Em abril de 1990, a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) foi criada e passou a ser responsável pela coordenação das ações de controle da dengue. Em 1996, o Ministério da Saúde elaborou o Plano de Erradicação do *Aedes aegypti* (PEAa), cuja principal preocupação residia nos casos de dengue hemorrágica, que podem levar à morte. O Plano, que previa ação integrada com vários outros ministérios, foi dividido em nove componentes: 1) Entomologia; 2) Operações de campo de combate ao vetor; 3) Vigilância de portos, aeroportos e fronteiras; 4) Saneamento; 5) Informação, educação e comunicação social; 6) Vigilância epidemiológica e sistema de informações; 7) Laboratório; 8) Desenvolvimento de recursos humanos; e 9) Legislação de suporte. De acordo com o PEAa, os benefícios da erradicação do vetor justificariam, plenamente, os esforços das fases iniciais e implicariam, no longo prazo, redução de custos (BRASIL, 1996).

No entanto, o aumento no número de casos de dengue e o avanço da infestação vetorial demonstravam que a implementação do programa não havia alcançado o êxito esperado. Acredita-se que dentre as principais causas do fracasso do PEAa tenham sido a não universalização das ações em cada município e a descontinuidade na execução das ações de combate ao vetor (BRASIL, 1996).

Em julho de 2001, a Funasa abandonou oficialmente a meta de erradicar o *Aedes aegypti* e passou a trabalhar com o objetivo de controlar o vetor no país. Dada a gravidade da situação da doença no país, o Ministério da Saúde em parceria com a Organização Pan-

americana de Saúde (OPAS) criou o Plano de Intensificação das Ações de Controle da Dengue (PIACD), que focalizou as ações em municípios considerados prioritários, ou seja, aqueles que tinham a presença do *Aedes aegypti* e com registro da doença nos anos de 2000-2001. Os municípios selecionados tinham as seguintes características: 1) ser capital do estado e sua região metropolitana; 2) possuir população igual ou superior a 50.000 habitantes; e 3) ser receptivo à introdução de novos sorotipos de dengue (municípios de fronteiras, portos, núcleos de turismo, etc.) (BRASIL, 2001c).

Com a introdução do sorotipo 3 (DENV – 3) e sua rápida disseminação para oito estados da federação, em apenas três meses, evidenciou-se um elevado risco de epidemias de dengue e de aumento de casos de dengue hemorrágico. Neste contexto epidemiológico, tornou-se imperioso que o conjunto de ações que vinham sendo realizadas e outras a serem implementadas fossem intensificadas, permitindo um melhor enfrentamento do problema e a redução do impacto da dengue no Brasil (BRASIL, 2002b).

Assim sendo, em julho de 2002, foi apresentado pelo Ministério da Saúde o Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), que se orienta a partir de três fundamentos: a) construção do programa em caráter permanente; b) respeito aos princípios do SUS, com a gestão e execução do programa realizada pelos municípios e integração com as ações básicas de saúde; e c) gestão integrada dos vários componentes do programa (BRASIL, 2002b).

O programa considera os seguintes objetivos: reduzir a infestação pelo *Aedes aegypti*; reduzir a letalidade por febre hemorrágica da dengue e reduzir a incidência da dengue (BRASIL, 2002b).

Estabelece como metas a redução da infestação predial a menos de 1% em todos os municípios, a redução em 50% do número de casos em 2003 em relação a 2002 e, nos anos seguintes, 25% a cada ano e a redução da letalidade por febre hemorrágica de dengue a menos de 1%. Sua implantação é definida por intermédio de dez (10) componentes:

Componente 1 – Vigilância Epidemiológica;

Componente 2 – Combate ao vetor;

Componente 3 – Assistência aos pacientes;

Componente 4 – Integração com atenção básica (PACS/PSF);

Componente 5 – Ações de saneamento ambiental;

Componente 6 – Ações integradas de educação em saúde, comunicação e mobilização social;

Componente 7 – Capacitação de recursos humanos;

Componente 8 – Legislação;

Componente 9 – Sustentação político-social

Componente 10 – Acompanhamento e avaliação do PNCD (BRASIL, 2002b).

Em especial, pode-se destacar o componente dois (2), cujas ações buscam promover a unificação da base geográfica de trabalho entre as vigilâncias epidemiológicas, entomológica, operações de campo e EACS/ESF (nas áreas cobertas pelos programas), de forma que se mantenha um índice de infestação inferior a 1% (BRASIL, 2002b).

No que se refere ao componente quatro (4), seu objetivo visa à consolidação da interação das EACS e ESF nas ações de prevenção e controle da dengue, de forma a promover mudanças de hábito na comunidade que contribuam para manter o ambiente doméstico livre do *Aedes aegypti*.

Para maior efetividade dessas ações, é importante que se estabeleça em cada município a unificação das áreas geográficas de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos Agentes de Combate a Endemias (ACE), ou seja, dos agentes de saúde pública, possibilitando uma ação mais oportuna quando ocorrer a detecção de focos de mosquito e/ou de casos de dengue (BRASIL, 2002b).

Antes do processo de descentralização da FUNASA, órgão até então responsável pelo controle de endemias, cabia exclusivamente aos agentes de combate a endemias, o controle da dengue. Suas atribuições em relação aos vetores eram:

- a) realizar a pesquisa larvária em imóveis para levantamento de índice e descobrimento de focos nos municípios infestados e em armadilhas e pontos estratégicos nos municípios não infestados;
- b) realizar a eliminação de criadouros tendo como método de primeira escolha o controle mecânico (remoção, destruição, vedação, etc.);
- c) executar o tratamento focal e perifocal como medida complementar ao controle mecânico, aplicando larvicidas autorizados conforme orientação técnica;
- d) orientar a população com relação aos meios de evitar a proliferação dos vetores;
- e) utilizar corretamente os equipamentos de proteção individual indicado para cada situação;
- f) repassar ao supervisor da área os problemas de maior grau de complexidade não solucionada;
- g) manter atualizado o cadastro de imóveis e pontos estratégicos da sua zona;
- h) registrar as informações referentes às atividades executadas nos formulários específicos;
- i) deixar seu itinerário diário de trabalho no posto de abastecimento (PA);
- j) encaminhar aos serviços de saúde os casos suspeitos de dengue (BRASIL, 2001d, p. 27).

Com a descentralização, a EACS, a ESF e o PNCD passaram a estar cada vez mais presentes nos municípios, sendo desenvolvidos de forma integrada, por meio de práticas educativas e de mobilização social, para a prevenção de doenças e prestando assistência médica, sob a perspectiva da promoção da saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde:

a inserção das ações de controle da dengue na rotina dos ACS dar-se-á com ênfase na mudança de hábitos e atitudes da população, adotando medidas que dificultem a presença e a reprodução do vetor e no aprimoramento da vigilância epidemiológica, com a detecção mais oportuna de casos (BRASIL, 2002c, p. 7).

O que era de exclusiva atribuição do agente de combate a endemias, passa a ser também dos agentes comunitários de saúde, quando a Portaria MS nº 44 de 3/1/2002, insere as ações de prevenção e controle da dengue na rotina dos ACS pertencentes aos programas do EACS e ESF, detalhando-as:

- a. atuar junto aos domicílios informando os seus moradores sobre a doença – seus sintomas e riscos – e o agente transmissor;
- b. informar o morador sobre a importância da verificação da existência de larvas ou mosquitos transmissores da dengue na casa ou redondezas;
- c. vistoriar os cômodos da casa, acompanhado pelo morador, para identificar locais de existência da larvas ou mosquito transmissor da dengue;
- d. orientar a população sobre a forma de evitar e eliminar locais que possam oferecer risco para a formação de criadouros do *Aedes aegypti*;
- e. promover reuniões com a comunidade para mobilizá-la para as ações de prevenção e controle da dengue;
- f. comunicar ao instrutor supervisor do PACS/PSF a existência de criadouros de larvas e ou mosquitos transmissores da dengue, que dependam de tratamento químico, da interveniência da vigilância sanitária ou de outras intervenções do poder público; encaminhar os casos suspeitos de dengue à unidade de saúde mais próxima, de acordo com as orientações da Secretaria Municipal de Saúde (BRASIL, 2002c, p. 7).

3 EXPERIÊNCIAS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO CONTROLE DAS DOENÇAS INFECTO - PARASITÁRIAS

Assim, diante desses programas de saúde pública, a Estratégia Saúde da Família e o Programa Nacional de Controle da Dengue, surgiram dois tipos de trabalhadores, os ACS e os ACE, e a população começou a receber em sua moradia, ora visita de um ACS, ora a visita do ACE.

Através da perspectiva de que essas atividades conjuntas, em ambos os programas, poderiam evitar duplicidade das ações, gerar um melhor aproveitamento das visitas domiciliares e um maior estímulo da comunidade a participar no desenvolvimento das atividades de forma a reduzir a infestação pelo *Aedes aegypti*, a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo propôs a integração dos dois programas. Tal integração foi desenvolvida em São José do Rio Preto (SP), através da inserção do ACS de equipes de Unidades Básicas de Saúde

da Família (UBSF), na prevenção e controle da dengue, conforme as diretrizes da Portaria Ministerial n°. 44 (CHIARAVALLOTI NETO *et al.*, 2006).

Buscando avaliar os resultados produzidos por essa nova integração de atribuições, Chiaravalloti Neto *et al.* (2006) estudaram se a introdução do controle da dengue no PSF em São José do Rio Preto produziu ganhos de conhecimentos dos moradores sobre a doença, seu vetor e medidas de controle em relação ao programa tradicional e avaliaram se ocorreram mudanças nas práticas para o controle do vetor nas populações atendidas.

Os autores avaliaram duas áreas, uma com e outra sem o PSF. Para a área com o PSF, os ACS visitaram mensalmente metade das famílias de sua microárea, identificando tipos e quantidades de recipientes potenciais e com larvas do mosquito, além de desenvolverem as atividades específicas do PSF. Na área sem PSF, o Agente de Controle de Vetores (ACV) realizou também visitas à metade de seus imóveis, orientando e executando junto ao morador medidas de controle e eliminação dos criadouros. Conclui-se que a integração dos dois programas é viável e representa otimização de recursos ao evitar a duplicidade das visitas, isto é, onde atuam os ACS, o controle de vetores pode atuar de forma complementar, além de possibilitar um maior envolvimento da comunidade no controle da dengue (CHIARAVALLOTI NETO *et al.*, 2006).

Ainda nesse estudo, verificou-se que a atuação do ACS no controle da dengue abriu novas possibilidades, pois esse lida diretamente com as questões de saúde das famílias o que facilita o repasse de orientações aos moradores sobre prevenção, observando-se maior adesão dessas atividades desenvolvidas por esse agente. A atuação do ACS trouxe novos elementos à discussão sobre o papel do ACV e de sua relação com a população e dessa com o serviço (CHIARAVALLOTI NETO *et al.*, 2006).

Outra experiência bem sucedida com a utilização do ACS no controle da dengue foi desenvolvida no município de Ibirité (MG), com cerca de 150 mil habitantes e localizada a 25 Km da capital Belo Horizonte (MG). O município é coberto por 100% de ACS e, também, conta com 60 Agentes de Controle de Endemias (ACE). No ano de 2000, a Secretaria Municipal de Saúde de Ibirité (MG) decidiu integrar o trabalho dos ACS com as ações desenvolvidas pelos ACE do Departamento de Epidemiologia, com o objetivo de integrar e otimizar o trabalho dos recursos humanos disponíveis e de realizar o Levantamento de Índice de Infestação Predial (IIP), que é a proporção de casas com *Aedes aegypti* em relação ao total de casas pesquisadas (BRASIL, 2007c).

Para que os ACS de Ibirité pudessem executar as ações de controle da dengue, receberam uma capacitação dos ACE, que incluiu informações sobre o vetor e seu *habitat*,

preenchimento de planilhas, reconhecimento geográfico e interpretação de mapas. Para todos os ACS foi entregue uma bolsa contendo o material necessário para desempenharem a realização do IIP. Por meio do levantamento desse índice, é possível saber em que tipo de recipiente mais se encontra larvas ou pupas do mosquito, pois quando estão em alta concentração em determinada comunidade, pode ser um alerta de um possível risco endêmico latente. O trabalho contribuiu para a queda no número de casos de dengue, passando de 84 casos em 2000, para 2 casos em 2003 (BRASIL, 2007c).

Além da inserção do ACS no Programa de Controle da Dengue, experiências bem sucedidas de atuação, também foram verificadas no Programa Nacional do Controle da Malária, em municípios dos estados do Acre e Amazonas.

Com a inserção do ACS nesse programa, atividades como a coleta imediata de material (sangue) para diagnóstico de malária, proporcionou um aumento substancial no número de exames, passando de 129 mil lâminas em 2003 para 463 mil em 2006. A coleta rápida, conseqüentemente, proporcionou o diagnóstico rápido, pois em 2003, 48% dos casos eram diagnosticados em até 48 h dos primeiros sintomas da doença, passando em 2007 para 65%, sendo que a média nacional é de 56% (BRASIL, 2007c).

Segundo o depoimento do Coordenador Geral do Programa Nacional de Controle da Malária do Ministério da Saúde:

numa região onde as condições de acesso são difíceis, você ter 65% dos casos diagnosticados e tratados a partir dos primeiros sintomas é realmente uma rede de serviços muito importante para a região. Na malária, o ACS é a pessoa mais importante para nós; principalmente porque a grande maioria dos casos se dá em zona rural e áreas onde, às vezes, o agente é referência de saúde para aquela comunidade e com isso passa a ser um vigilante, pois ele foi capacitado para isso. (BRASIL, 2007c, p. 47).

Em Mato Grosso do Sul, o município de Campo Grande, capital do estado, com a implantação do PACS em 1998 e, no ano seguinte, do Programa Saúde da Família, decidiu por uma outra estratégia de atuação para os ACS, em relação à dengue, pelo menos durante certo período.

A partir daquele momento, em áreas cobertas por Unidades de Estratégia Saúde da Família e PACS, não mais existiria a figura do ACE, diferentemente das experiências anteriores, ficando as ações de controle da dengue sob a responsabilidade dos ACS, ou seja, estes profissionais realizariam pesquisa larvária, eliminação de criadouros, tratamento focal com larvicidas, além das atribuições específicas da ESF e PACS. Em setembro de 2006, com uma nova gestão municipal, decidiu-se que apenas as ações especificadas na Portaria MS nº.

44 de 3/1/2002 seriam desenvolvidas pelos ACS com relação ao controle da dengue, voltando os ACE a dividirem a mesma área territorial (informação verbal)¹.

Outra experiência está sendo proposta pela Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul, por meio da Coordenadoria de Controle de Vetores, com a implantação da metodologia denominada Zoneamento Compartilhado, iniciando o trabalho junto ao município de Anastácio, em fevereiro de 2009 (MATO GROSSO DO SUL, 2009).

O Zoneamento Compartilhado propõe que as atividades dos ACS e dos ACE sejam desenvolvidas em uma mesma área territorial ou zona, em sistema de plena cooperação, que deverá ter de 800 a 1.000 imóveis e conglomerar de 3 a 4 microáreas dos ACS, contabilizando 3 visitas em cada residência no ciclo bimestral. Assim, o morador deverá receber a cada 20 dias a visita de um agente que além de fornecer orientações, também deverá proceder ao controle vetorial. Como o ciclo vetorial do *Aedes aegypti* é de 12 dias, da fase de ovo a alado, com essa metodologia espera-se que o IIP atinja 0%, visto que a cadeia biológica nessa fase poderá ser quebrada (MATO GROSSO DO SUL, 2009).

Para a realização dessa metodologia, tanto os ACS quanto os enfermeiros seriam devidamente capacitados. Caberia aos ACS realizar as seguintes atividades relacionadas ao controle da dengue: vistoriar o domicílio e peridomicílio, acompanhado pelo morador, para localizar possíveis criadouros do mosquito; orientar o morador para remover, destruir ou vedar objetos que possam se tornar criadouros; remover quando necessário, mecanicamente, os ovos e larvas do mosquito e encaminhar para o ACE os casos em que verificar criadouros de difícil acesso ou que necessitem o uso de larvicidas e biolarvicidas (MATO GROSSO DO SUL, 2009).

Quando o ACS em sua vistoria identificasse depósitos com a presença de focos do mosquito, deveria realizar o registro em um boletim próprio. Caso esse depósito fosse de pequeno porte, ele mesmo deveria eliminá-lo, em caso de depósitos de grande porte ou de grande número, o ACS deverá preencher uma ficha específica para o serviço do controle de vetores providenciarem uma solução adequada.

Reuniões seriam agendadas semanalmente, com a presença de todos os envolvidos nos programas, a fim de se discutir os problemas e trocar experiências e informações técnicas (MATO GROSSO DO SUL, 2009).

Em Mato Grosso do Sul, o município de São Gabriel do Oeste, introduziu a partir de 2001, a utilização exclusiva dos ACS pertencentes às equipes da Estratégia Saúde da Família,

¹ Informação fornecida em reunião pelo Sr. Alcides Divino Ferreira, Coordenador Municipal de Controle de Vetores da SESAU de Campo Grande/MS, em junho de 2009.

atuando no Programa Nacional de Controle da Dengue, sendo extintos os agentes de controle de endemias.

A partir das diferentes experiências ou estudos acima relatados, pode-se constatar que a atuação dos ACS no Programa Nacional de Controle da Dengue é viável, assim como para o Programa de Controle da Malária. No entanto, não foram ainda objeto de estudo as eventuais implicações que esse acúmulo de atividades pode estar provocando nas atividades desenvolvidas tradicionalmente pelo ACS no âmbito da ESF.

As dúvidas que surgem nesse momento são: será que esses ACS estão conseguindo obter melhores resultados no acompanhamento dos usuários tanto no que se refere ao controle da dengue, como para as ações da ESF? Será que não está sendo gerada maior sobrecarga de serviço aos ACS? O modelo tradicional com a presença dos dois trabalhadores em cada programa tem um melhor desempenho? A população consegue perceber diferenças no desempenho de cada um e com quais desses modelos ela está mais satisfeita?

A busca de respostas para essas questões foi o que fomentou a realização da presente pesquisa.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Analisar a atuação do trabalho do ACS em duas estratégias distintas, frente às atividades da Estratégia Saúde da Família e do Programa Nacional de Controle da Dengue nos municípios de São Gabriel do Oeste e Rio Verde de Mato Grosso.

4.2 Objetivos específicos

Comparar os indicadores da ESF e do PNCD nas duas estratégias de atuação em ambos os municípios;

Caracterizar as diferenças no processo de trabalho do ACS, segunda a sua percepção, frente às distintas estratégias adotadas;

Analisar a qualidade do trabalho do ACS sob a percepção da população.

A escolha desses municípios não foi casual e deu-se pelas seguintes características:

1. São municípios vizinhos, pertencentes à mesma macro-região (Campo Grande), e possuem características populacionais e socioeconômicas semelhantes;
2. Possuem o mesmo porte populacional, São Gabriel do Oeste tem 21.646 hab. e Rio Verde de Mato Grosso 19.217 hab. (ano 2009);
3. A implantação da ESF deu-se em São Gabriel do Oeste e Rio Verde de Mato Grosso nos anos 1998 e 2000, respectivamente;
4. Ambos municípios possuem cobertura de 100% da população urbana, a partir de 2002;
5. São Gabriel do Oeste, a partir de 2001, determina que seus ACS desenvolvam ambos os programas, ou seja, executem tanto às ações da ESF como as de controle da dengue.
6. Rio Verde de Mato Grosso possui ACS executando exclusivamente as ações da ESF e os agentes de controle de endemias (ACE) executando as ações de controle da dengue.

5.3 Variáveis de interesse para o estudo

Para que os objetivos propostos pudessem ser alcançados, algumas variáveis foram selecionadas.

Com relação à Estratégia Saúde da Família: visitas domiciliares realizadas mensalmente pelos ACS, acompanhamento dos ACS para as gestantes com o pré-natal iniciado no primeiro trimestre, para as crianças menores de 1 ano com vacinas em dia e para os hipertensos.

Com relação aos ACS: características socioeconômicas (sexo, escolaridade), tempo de atuação como ACS, capacitações realizadas para o serviço, atividades realizadas (número e forma de desenvolvimento) e autopercepção e, com relação à população: tempo de residência, busca pelos serviços de saúde, conhecimento do ACS e do seu trabalho.

Com relação ao Programa Nacional de Controle da Dengue: imóveis inspecionados com *Aedes aegypti* e imóveis existentes não inspecionados.

5.4 Indicadores selecionados para o estudo

Devido aos municípios do estudo terem conseguido atingir cobertura de 100% da população urbana, a partir de 2002, optou-se por estudar as séries históricas dos indicadores do PNCD e da ESF para o período de 2002 a 2008.

Os Indicadores do PNCD selecionados foram o índice de infestação predial e o índice de pendência.

Justifica-se a seleção desses indicadores, por serem os preconizados pelo PNCD, uma vez que revelam a qualidade técnica e o acompanhamento das visitas domiciliares realizadas pelos agentes.

As fontes de dados utilizadas para o cálculo dos indicadores foi o Sistema de Informação da Febre Amarela e Dengue (FAD 2002 a 2006, versão 13.4 e SISFAD 2007 e 2008, versão 14).

Segundo o PNCD o cálculo dos indicadores é dado por:

$$1. \text{ Índice de Infestação Predial } \quad IIP = \frac{\text{Imóveis com Aedes}}{\text{Imóveis inspecionados}} \times 100$$

$$2. \text{ Índice de Pendência } \quad IP = \frac{\text{Número de imóveis não trabalhados}}{\text{Número de imóveis existentes}} \times 100$$

Esses dois indicadores somente foram construídos para os dois municípios do estudo, não se tendo disponíveis os índices do estado para comparação.

Para os Indicadores da Estratégia Saúde da Família foram selecionados quatro, que contemplam as ações estratégicas preconizadas pela PNAB e estão inseridos no Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB: a) média mensal de visitas do ACS por família cadastrada; b) proporção de gestantes com pré-natal iniciado no primeiro trimestre; c) proporção de crianças menores de 1 ano com esquema vacinal em dia; d) proporção de portadores de hipertensão arterial acompanhados.

Esses indicadores foram selecionados por se considerar que a visita domiciliar se constitui como a principal atividade do ACS e é por meio dela que as ações de promoção e prevenção se concretizam na ESF. O grupo materno-infantil pelas características biológicas de seu ciclo de vida e também por questões sociais estão mais expostos e em situação de maior dependência de cuidados, por isso se constituem um dos grupos de maior vulnerabilidade. O grupo de hipertensos foi selecionado, pois é claramente conclusivo que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é determinante para os índices crescentes de morbimortalidade cardiovascular, e principal causa de morte no país.

1. Indicador de Produção da ESF:

a) Média mensal de visitas do ACS por família cadastrada

Espera-se que o ACS realize uma (1) visita mensal a todas as famílias de sua microárea. Esse é um indicador complementar do Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Vida para municípios com menos de 80 mil habitantes. Faz-se necessário verificar se o aumento de atribuições do ACS pode estar afetando a sua produtividade mensal.

2. Indicador de Atenção a Mulher

b) Proporção de gestantes com pré-natal iniciado no Primeiro Trimestre.

É fundamental realizar a captação precoce das mulheres com suspeita de gravidez, pois, o início tardio do acompanhamento compromete a qualidade da assistência pré-natal, à medida que retarda a identificação das gestantes desnutridas, das mulheres com gestação de risco e daquelas com esquema vacinal atrasado. Além do mais, os agentes comunitários de saúde devem fazer a convocação das gestantes que faltarem às consultas do pré-natal, para que estas mulheres e seus filhos possam se beneficiar dos recursos de saúde disponíveis.

3. Indicador de Atenção a Criança

c) Proporção de crianças menores de 1 ano com esquema vacinal em dia.

O ACS durante as visitas deve acompanhar o esquema vacinal das crianças de sua microárea através do Cartão da Criança de sua posse (Cartão-Sombra), onde deverão estar anotadas a lápis as datas aprazadas para o seu comparecimento na unidade de saúde. Desta forma, ele poderá identificar a falta de cumprimento do esquema vacinal, orientando para manter a vacinação em dia. Esse indicador também irá permitir analisar as variações geográficas (microáreas, áreas, etc.) e temporais da cobertura vacinal nestas faixas etárias, subsidiar o planejamento, gestão e avaliação do controle das doenças evitáveis por imunização. O esquema vacinal infantil se apresenta completo quando a criança atinge 12 meses de idade, por isso, também, a importância de sua priorização.

4. Indicador do Programa de Hipertensão

Proporção de portadores de hipertensão arterial acompanhados

Esse indicador permite avaliar as variações geográficas (microáreas, áreas, etc) e temporais do acompanhamento dos hipertensos cadastrados, identificando dificuldades para a realização de visitas domiciliares e, também, subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das ações voltadas para a população adulta e para as ações de controle da hipertensão.

5.5 Sujeitos da pesquisa e amostra

Participaram desse estudo duas categorias de sujeitos, os agentes comunitários de saúde - ACS e a população residente dos municípios de São Gabriel do Oeste e de Rio Verde de Mato Grosso.

Para o grupo de ACS foram selecionados todos aqueles pertencentes às Unidades Básicas da Estratégia Saúde da Família da área urbana, que estiveram presentes no momento da pesquisa e que aceitaram participar da mesma.

Foram excluídos os ACS que fazem parte das microáreas rurais, pois nessas áreas não são realizadas atividades referentes ao controle de vetores, assim como os que atuam na área urbana, mas que apesar de terem sido aprovados no concurso público realizado em 2008, não possuem seis meses de experiência, pois é necessário um período mínimo para que se possa estudar e comparar as suas atividades. Também foram excluídos aqueles que não estavam no momento da coleta de dados ou que se recusaram a participar do estudo, e os dois ACS que participaram do pré-teste do instrumento.

Assim sendo, em São Gabriel do Oeste foram selecionados 30 ACS e em Rio Verde de Mato Grosso 27, conforme os critérios anteriormente descritos.

Com relação à população, como ambos os municípios são cobertos por 100% da ESF, selecionou-se uma amostra por conveniência, sendo convidados a participar moradores que permanecem cotidianamente no domicílio e por isso possibilita contato com o ACS (7 UBSF em São Gabriel do Oeste e 6 em Rio Verde de Mato Grosso).

O número de participantes foi definido no processo de coleta dos dados, sendo encerrada quando os objetivos foram atingidos, ou seja, por meio de saturação. Esse esquema de seleção da amostra foi determinado tanto para São Gabriel do Oeste, quanto para Rio Verde de Mato Grosso.

A saturação é definida como “o estado onde nenhum outro dado novo e relevante para o estudo emerge e os elementos de todos os temas, conceitos e teoria já foram considerados” (DRIESSNACK, SOUSA, MENDES, 2007, p. 3).

5.6 Procedimentos e instrumentos para coleta de dados

Para coleta de dados primários, foram utilizadas duas estratégias: a entrevista estruturada e a técnica de grupo focal, sendo realizadas nos meses de novembro e dezembro de 2009.

Com os Agentes Comunitários de Saúde, utilizou-se de entrevistas estruturadas, realizadas individualmente e elaboradas a partir de um roteiro pré-estabelecido, que possibilitou à pesquisadora registrar as informações obtidas (Apêndice A).

As entrevistas foram previamente agendadas por telefone ou pessoalmente, de acordo com a disponibilidade dos ACS, que escolheram horário e local para a sua realização.

Realizou-se um pré-teste do instrumento com um ACS de cada município, que permitiu aperfeiçoar o instrumento, visando a sua aplicação no conjunto dos ACS.

Com a população foram realizados grupos focais, que é uma técnica de pesquisa de abordagem rápida que permite chegar ao objetivo da pesquisa em um tempo relativamente curto, já que reúnem em um único momento, diversos sujeitos com características homogêneas em relação ao objeto pesquisado (WORD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Segundo Dias (2000), o objetivo central do grupo focal é identificar percepções, sentimentos, atitudes e idéias dos participantes a respeito de um determinado assunto. O grupo focal se inicia com um grupo de seis a 10 pessoas selecionadas com base em suas características, homogêneas ou heterogêneas. A reunião é completamente flexível e não estruturada, dando margem à discussão sobre qualquer assunto. A estrutura para a realização do grupo focal é representada na Figura 9.

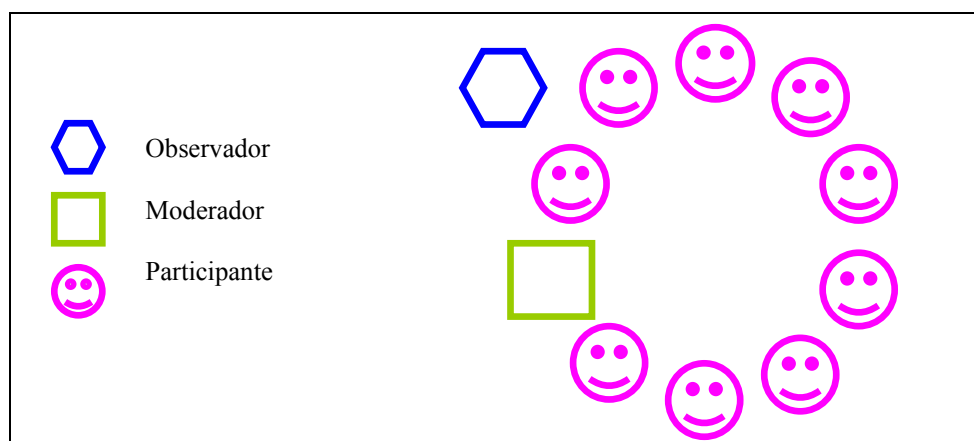


Figura 9 - Organização do ambiente físico para o funcionamento do grupo focal.
Fonte: Adaptado WHO, 2007.

Para esses moradores foi utilizado um roteiro de coleta de dados com identificação dos componentes e as questões norteadoras (Apêndice B) para a realização do grupo focal, sendo apresentado o objetivo do estudo e a assinatura do TCLE. As discussões foram gravadas e,

posteriormente, transcritas literalmente. Os dados foram coletados durante o mês de dezembro de 2009.

Coube aos coordenadores de cada UBSF agendarem as reuniões, convidando dois moradores de cada microárea. As reuniões ocorreram nas próprias UBSF, sendo realizados 4 grupos focais em São Gabriel do Oeste com 28 pessoas, e em Rio Verde de Mato Grosso 3 grupos focais, com 19 pessoas, considerando cada grupo focal como uma unidade de análise.

Os dados secundários foram obtidos de bancos municipais do Sistema de Informações da Febre Amarela e Dengue (FAD 2002 a 2006, versão 13.4, e SISFAD 2007 e 2008, versão 14) e do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul (versão 5.0).

5.7 Procedimentos para análise dos dados

As análises dos dados referentes às entrevistas dos ACS e dos dados secundários foram realizadas por meio de estatística descritiva e as diferenças estatísticas avaliadas pelo teste qui-quadrado e, quando necessário o teste de Fischer, considerando-se estatisticamente significativas aquelas com valor de p-valor menor ou igual a 0,05. Utilizou-se o software Epi-Info versão 3.4.3.

Para análise dos dados referentes à população, os resultados foram analisados considerando-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, concebido por Lefèvre e Lefèvre (2005).

Segundo esses autores, o Discurso do Sujeito Coletivo “é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos, artigos de jornal, matérias de revistas semanais, cartas, *papers*, etc.” (Lefèvre; Lefèvre, 2005, p. 15), sendo que para sua construção são utilizadas como figuras metodológicas as expressões-chave e as idéias centrais.

5.8 Aspectos éticos

Os entrevistados foram orientados sobre os objetivos da pesquisa que estavam explícitos através da apresentação prévia de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, por meio do Protocolo nº 1062/2007 (Anexo A), em observância aos pressupostos da Resolução nº. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2003).

6 RESULTADOS

A pesquisa foi desenvolvida por meio de três estudos distintos e interdependentes concebidos de forma a atender aos objetivos da tese. Esses três estudos deram origem a três artigos e que se situam em diferentes estágios de publicação.

O primeiro estudo se propõe a analisar comparativamente a evolução de indicadores capazes de apreender mudanças ocorridas nas principais ações e programas executados pelo ACS no período de implantação do novo processo de trabalho dos ACS de São Gabriel do Oeste. O estudo compreendeu um período de sete anos (2002 a 2008), com início no ano em que os municípios atingiram a cobertura de 100% da ESF na área urbana. Esse estudo deu origem ao artigo intitulado: “Incorporação das ações de controle da dengue à estratégia saúde da família: um estudo comparativo de dois municípios de Mato Grosso do Sul” que foi enviado para a Revista Texto e Contexto da Universidade Federal de Santa Catarina e está aguardando parecer de seus avaliadores.

O segundo estudo intitulado: “Atuação dos agentes comunitários de saúde no controle da dengue: experiências distintas em Mato Grosso do Sul”, buscou analisar na visão dos ACS as repercussões da incorporação das atividades do controle da dengue nas suas atribuições uma vez que eles foram os profissionais da ESF mais afetados por essa mudança. O artigo produzido a partir desse estudo está finalizado e será enviado para publicação, após parecer final da banca examinadora.

E, finalmente, o terceiro intitulado: “O controle da dengue em duas áreas urbanas do Brasil Central: percepção dos moradores” teve por objetivo levantar aspectos da percepção da população frente à atuação dos ACS em ambos os programas nos municípios pesquisados, pois se entende que a opinião da população em um programa em que se busca uma mudança no comportamento da população é fundamental para o seu êxito. A redução dos focos domésticos do vetor da dengue depende quase que exclusivamente da vontade da população, pois é necessário obter uma mudança de atitude na eliminação de possíveis focos do vetor. Esse estudo foi aprovado e já publicado pela Revista Saúde e Sociedade da Faculdade de Saúde Pública/USP/SP conforme apresentado em anexo (Anexo B).

7 ARTIGOS

7.1 Artigo 1¹

INCORPORAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA DENGUE À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO COMPARATIVO DE DOIS MUNICÍPIOS DE MATO GROSSO DO SUL

INCORPORATION OF DENGUE FEVER CONTROL INTO THE FAMILY HEALTH STRATEGY: A COMPARATIVE STUDY IN TWO COUNTIES IN MATO GROSSO DO SUL, BRAZIL

INCORPORACIÓN DE ACCIONES DE CONTROL DEL DENGUE EN LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE DOS MUNICIPIOS DE MATO GROSSO DO SUL, BRASIL

Luiza Helena de Oliveira Cazola¹, Edson Mamoru Tamaki², Elenir Rose Jardim Cury Pontes³,
Sônia Maria Oliveira de Andrade⁴, Daniela de Oliveira Cazola⁵

¹Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Doutoranda do Curso de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da UFMS. Docente Colaboradora do Departamento de Tecnologia de Alimentos e Saúde Pública da UFMS, Campo Grande, Brasil.

²Doutor em Economia da Saúde. Professor Associado do Departamento de Tecnologia de Alimentos e Saúde Pública da UFMS, Campo Grande, Brasil. E-mail: edson.tamaki@ufms.br.

³Doutora em Saúde Pública. Professora Adjunta do Departamento de Tecnologia de Alimentos e Saúde Pública da UFMS, Campo Grande, Brasil. E-mail: elenirpontes@uol.com.br

⁴Doutora em Saúde Pública. Professora Adjunta do Departamento de Tecnologia de Alimentos e Saúde Pública da UFMS, Campo Grande, Brasil. E-mail: anart.msi@terra.com.br

⁵Médica Veterinária. Aluna do Instituto de Pós-Graduação Qualittas, Campo Grande, Brasil. E-mail: danicazola@gmail.com

¹ - As citações bibliográficas obedeceram às normas do periódico para qual o artigo foi enviado.

Correspondência:

Luiza Helena de Oliveira Cazola

Rua Coronel Cacildo Arantes, 365, Campo Grande, MS 79040-452, Brasil

E-mail: luizacazola@gmail.com

RESUMO

Esta análise comparativa de indicadores do Programa Nacional de Controle da Dengue e da Estratégia Saúde da Família em dois municípios sul-mato-grossenses baseou-se em dados referentes ao período de 2002 a 2008. Os indicadores selecionados foram: índice de infestação predial, índice de pendência, média mensal de visitas do Agente Comunitário de Saúde (ACS) por família cadastrada, proporção de gestantes com pré-natal iniciado no primeiro trimestre, proporção de crianças menores de um ano com esquema vacinal em dia e proporção de indivíduos hipertensos acompanhados. Em 2002, São Gabriel do Oeste, onde atuavam apenas ACS, apresentou melhores indicadores. Já em 2008, as pontuações foram mais altas em Rio Verde de Mato Grosso, onde atuam ACS e Agentes de Controle de Endemias. A incorporação do controle da dengue à Estratégia Saúde da Família representou carga adicional de trabalho para os ACS, com resultados contraproducentes.

Descritores: Atenção primária à saúde. Avaliação de desempenho. Prevenção de doenças.

ABSTRACT

This comparative analysis of indicators of the National Dengue Control Program (NDCP) and the Family Health Strategy (FHS) in two Brazilian counties was based on data from 2002-2008. The following indicators were selected: household infestation rate, rate of uninspected households, average monthly visits by Community Health Agents (CHAs) per registered family, proportion of pregnant women with prenatal care initiated in the first trimester, proportion of children under one year with up-to-date immunization, and proportion of hypertensive patients followed up. In 2002, São Gabriel do Oeste, a county where CHAs are in charge of both programs, had superior indicators, whereas by 2008 the scores had become higher in Rio Verde de Mato Grosso, where CHAs are responsible for the FHS and Endemic Disease Control Agents are in charge of the NCDP. The incorporation of dengue fever control into the FHS represented additional workload for CHAs, with detrimental results.

Descriptors: Primary healthcare. Performance assessment. Disease prevention.

RESUMEN

Este análisis comparativo de indicadores del Programa Nacional de Control del Dengue y de la Estrategia de Salud de la Familia en dos municipios de Mato Grosso do Sul se basó en datos de 2002 a 2008. Indicadores seleccionados: índice de infestación en edificios, índice de hogares no visitados, promedio mensual de visitas de Agentes Comunitarios de Salud (ACS) por familia catastrada, proporción de gestantes con prenatal iniciado en el primer trimestre, proporción de menores de un año con vacunación actualizada y proporción de individuos hipertensos con seguimiento. En 2002, São Gabriel do Oeste, en donde actúan apenas ACS, arrojó los mejores indicadores; en 2008, las puntuaciones más altas salieron de Rio Verde de Mato Grosso, en donde actúan ACS y Agentes de Control de Endemias. La incorporación del control del dengue a la Estrategia Salud de la Familia implicó trabajo adicional para los ACS, con resultados contraproducentes.

Descriptor: atención primaria en salud; evaluación de desempeño; prevención de enfermedades.

INTRODUÇÃO

A fim de contribuir para a integração das ações de atenção básica em uma mesma base territorial, o Ministério da Saúde apresentou em 2002 uma proposta, ainda vigente, para a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Controle de Endemias (ACE), estabelecendo-os como corresponsáveis pelo controle da dengue e especificando suas atribuições. Alguns desses encargos, como a educação em saúde, a mobilização comunitária e a identificação de criadouros são comuns a ambos os agentes. Por sua vez, o acompanhamento de indivíduos com dengue passou a ser de maior responsabilidade dos ACS e a destruição de criadouros de difícil acesso e o uso de larvicidas, tarefas específicas dos ACE.¹

Essas atribuições, publicadas em 2002 por meio da Portaria 44/GM do Ministério da Saúde, estabeleceram as atribuições do ACS na prevenção e controle da dengue e da malária.² Incentivos financeiros também têm sido direcionados aos municípios visando estimular a incorporação dos ACE às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).³

A integração das ações de controle da dengue à atenção básica também é proposta pelo Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), cujas diretrizes permitem ao ACS contribuir na notificação imediata dos casos, para que as equipes de saúde da família realizem diagnóstico oportuno e providenciem tratamento que reduza a letalidade da doença.⁴ No

entanto, cabe ao gestor municipal definir o papel e a responsabilidade de cada agente e adequar suas atividades de acordo com as realidades locais, estabelecendo fluxos de trabalho.⁵

Em 2002, ao alcançar cobertura populacional de 100% da ESF, o município de São Gabriel do Oeste, em Mato Grosso do Sul, que contava com 17.824 habitantes,⁶ decidiu extinguir o cargo de Agente de Controle de Endemias (ACE), e estabeleceu que o ACS acumularia as atividades de controle e prevenção da dengue e as atividades prioritárias da ESF em suas microáreas.

Vizinho a São Gabriel do Oeste, encontra-se o município de Rio Verde de Mato Grosso (18.784 habitantes)⁶, que também contava com 100% de cobertura pela ESF desde o mesmo ano, mas utilizando o modelo tradicional de controle e prevenção da dengue, ou seja, com atuação conjunta dos dois agentes em uma mesma área geográfica.

Esses dois municípios sul-mato-grossenses, com características populacionais e socioeconômicas semelhantes, apresentam perfis favoráveis ao estudo dos efeitos, para ambos os programas, da incorporação das ações do PNCD à ESF em suas áreas urbanas.

Visando produzir conhecimento que contribua para o aperfeiçoamento das ações de controle da dengue e das ações prioritárias da ESF, este estudo teve por propósito realizar uma análise comparativa de indicadores do PNCD e da ESF nesses dois municípios.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram analisados dados referentes ao período de 2002 a 2008, obtidos de bancos municipais do Sistema de Informações da Febre Amarela e Dengue (FAD 2002 a 2006, versão 13.4, e SISFAD 2007 e 2008, versão 14) e do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul (versão 5.0).

Nos FAD-SISFAD municipais foram selecionados os seguintes indicadores: índice de infestação predial (IIP), que consiste no percentual de imóveis em que foram encontrados recipientes contendo água e larvas, com relação ao número total de imóveis examinados, e índice de pendência (IP), que é calculado a partir do percentual de imóveis não visitados pelos agentes, em relação ao número de imóveis existentes em suas áreas. Esses dois indicadores foram selecionados por serem os preconizados pelo PNCD, uma vez que revelam a qualidade técnica e o acompanhamento das visitas domiciliares realizadas pelos agentes. Não se efetuou comparação com índices do estado porque esses não estavam disponíveis.

No SIAB foram selecionados indicadores que envolvessem a visita domiciliar, principal atividade do ACS; as ações prioritárias definidas na Política Nacional de Atenção

Básica, principalmente no grupo materno-infantil; e um programa com atuação importante no campo da prevenção e promoção da saúde, voltado a doenças circulatórias e cardiovasculares. Os indicadores escolhidos foram: média mensal de visitas de ACS por família cadastrada; proporção de gestantes com pré-natal iniciado no primeiro trimestre de gravidez; proporção de crianças menores de um ano com esquema vacinal em dia; e proporção de indivíduos hipertensos acompanhados.

Utilizou-se o método epidemiológico descritivo para análise dos dados, que foram apresentados na forma de figuras, de modo a facilitar comparações entre indicadores municipais e estaduais.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (protocolo 1062/2007), em observância à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.⁷

RESULTADOS

No período de 2002 a 2005, os valores do IIP oscilaram acima de 1% em ambos os municípios, declinando a partir de 2005, com exceção de Rio Verde de Mato Grosso, onde o índice voltou a apresentar ligeiro aumento em 2008 (Figura 1).

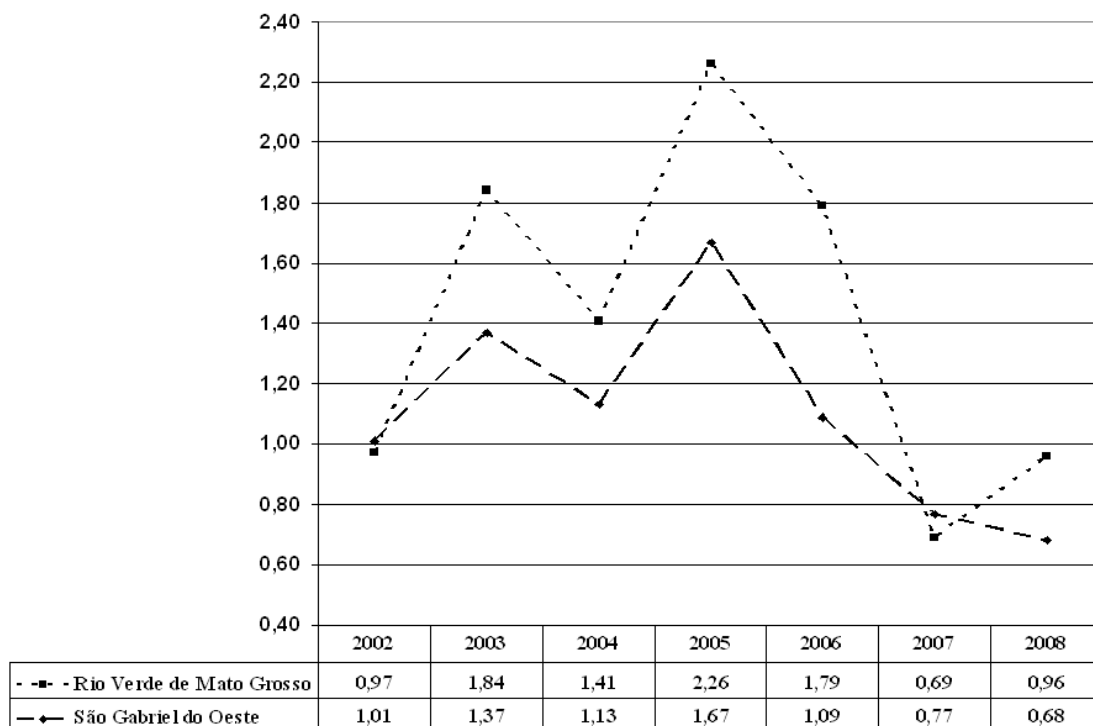


FIGURA 1 – Índice de infestação predial nos municípios de São Gabriel do Oeste e Rio Verde de Mato Grosso/MS, 2002 a 2008.

Não foi possível obter dados do IP referentes ao período de 2002 a 2005, em decorrência de mudanças nas versões no FAD Municipal de Rio Verde de Mato Grosso, o que dificultou a realização de análises e comparações entre os dados municipais. No entanto, os índices desse município cresceram de 6,84% em 2006 para 10,24% em 2007 e para 15,20% em 2008.

Em São Gabriel do Oeste, a série histórica avaliada iniciou-se com IP de 9,65% em 2003, alcançando 11,16% em 2004, 12,24% em 2005 e 12,95% em 2006, atingindo seu maior valor, de 18,37%, em 2007 e caindo para 13,77% em 2008. Nesse município, no período de 2002 a 2005, as visitas domiciliares registradas no SIAB incluíram tanto as da ESF como as do controle de dengue. Para permitir comparações, procedeu-se a um ajuste nesses dados utilizando-se o percentual de visitas de controle da dengue registradas no período de 2006 a 2008.

Quanto à média mensal de visitas domiciliares da ESF, os ACS de São Gabriel do Oeste tiveram nos dois primeiros anos (2002-2003) desempenho superior ao dos ACS de Rio Verde de Mato Grosso. No entanto, a partir de 2004 essa média declinou, voltando a apresentar ligeira elevação de 2007 a 2008. Rio Verde de Mato Grosso, por sua vez, passou a apresentar, a partir de 2003, índices superiores aos estaduais (Figura 2).

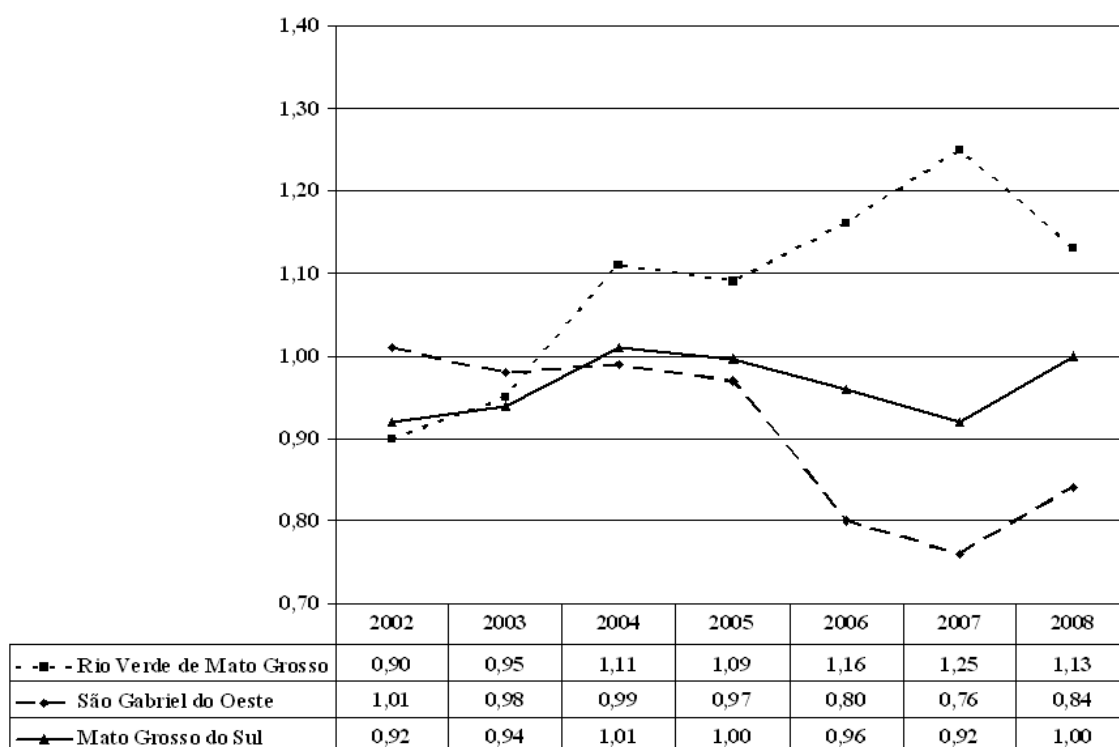


FIGURA 2 – Média mensal de visitas domiciliares do ACS em São Gabriel do Oeste, Rio Verde de Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, 2002 a 2008.

Quanto à proporção de gestantes com pré-natal iniciado no primeiro trimestre, São Gabriel do Oeste apresentou valores elevados durante todo o período analisado, superiores aos de Rio Verde de Mato Grosso e aos estaduais. Em Rio Verde de Mato Grosso, esse indicador superou o índice estadual a partir de 2005, passando de 61,54% em 2002 para 92,80% em 2008 (Figura 3).

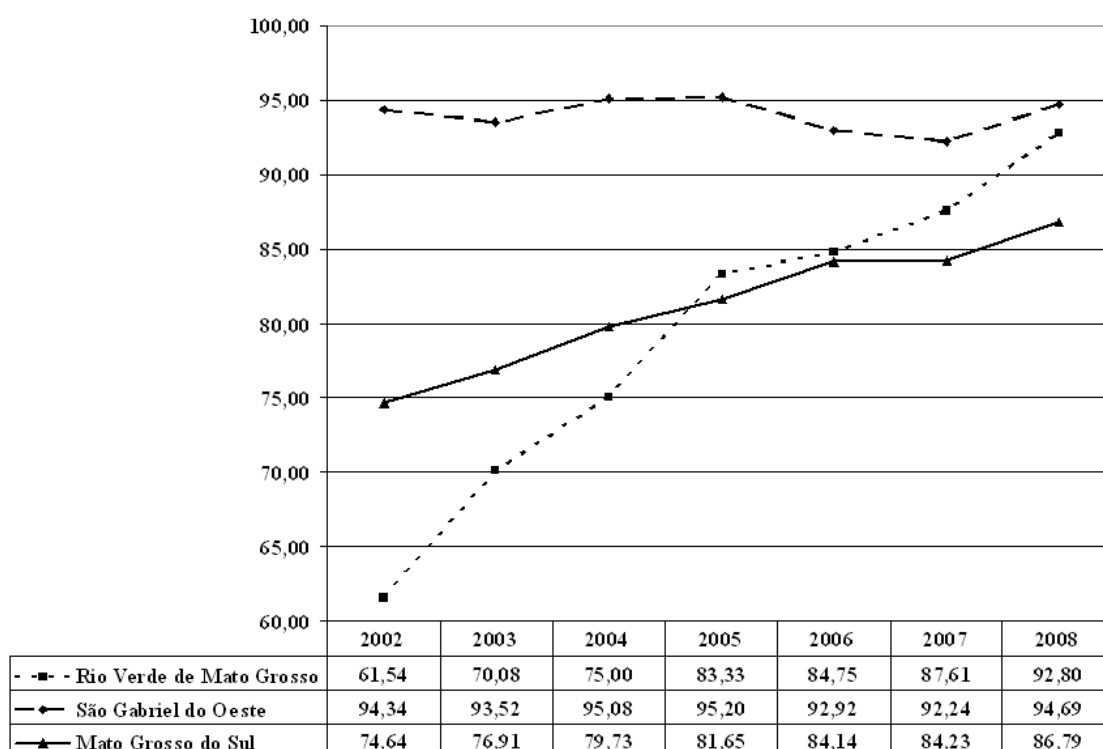


FIGURA 3 – Proporção de gestantes com pré-natal iniciado no primeiro trimestre em São Gabriel do Oeste, Rio Verde de Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, 2002 a 2008.

Em São Gabriel do Oeste, a proporção de crianças menores de um ano com esquema vacinal atualizado apresentou oscilações ao longo de todos os anos considerados, iniciando-se com 93,72% em 2002 e alcançando 98,60% em 2008 — o melhor índice do período analisado. No entanto, a partir de 2004, esses valores foram sistematicamente inferiores aos de Rio Verde de Mato Grosso e inferiores aos do estado em 2004, 2005 e 2006 (Figura 4).

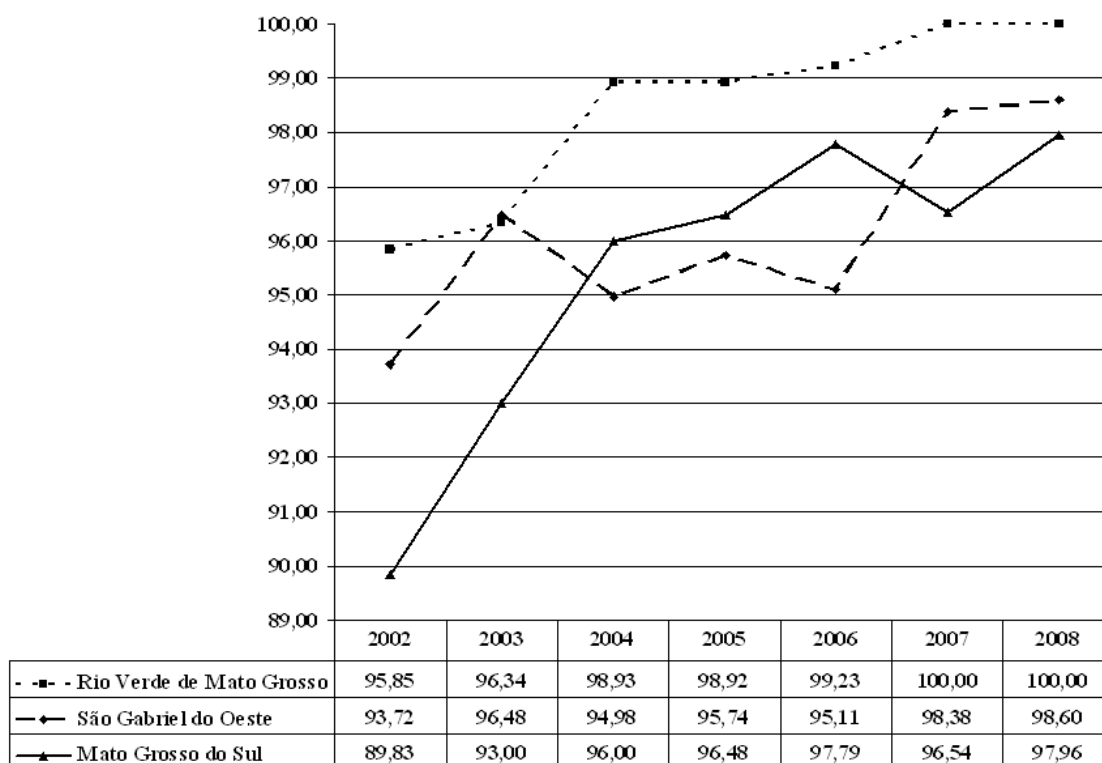


FIGURA 4 – Proporção de crianças menores de um ano com esquema vacinal em dia em São Gabriel do Oeste, Rio Verde de Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, 2002 a 2008.

Quanto à proporção de portadores de hipertensão arterial acompanhados pelos ACS, Rio Verde de Mato Grosso apresentou índices crescentes, de 82,34% em 2002 para 98,56% em 2004, e subsequentemente ultrapassando os de São Gabriel do Oeste e de Mato Grosso do Sul. São Gabriel do Oeste, que a princípio era o município com melhor desempenho nesse quesito dentre as três instâncias aqui comparadas (90,51% em 2002 e 92,31% em 2003), passou a partir de 2004 a apresentar queda, atingindo em 2008 seu menor índice, de 84,79%.

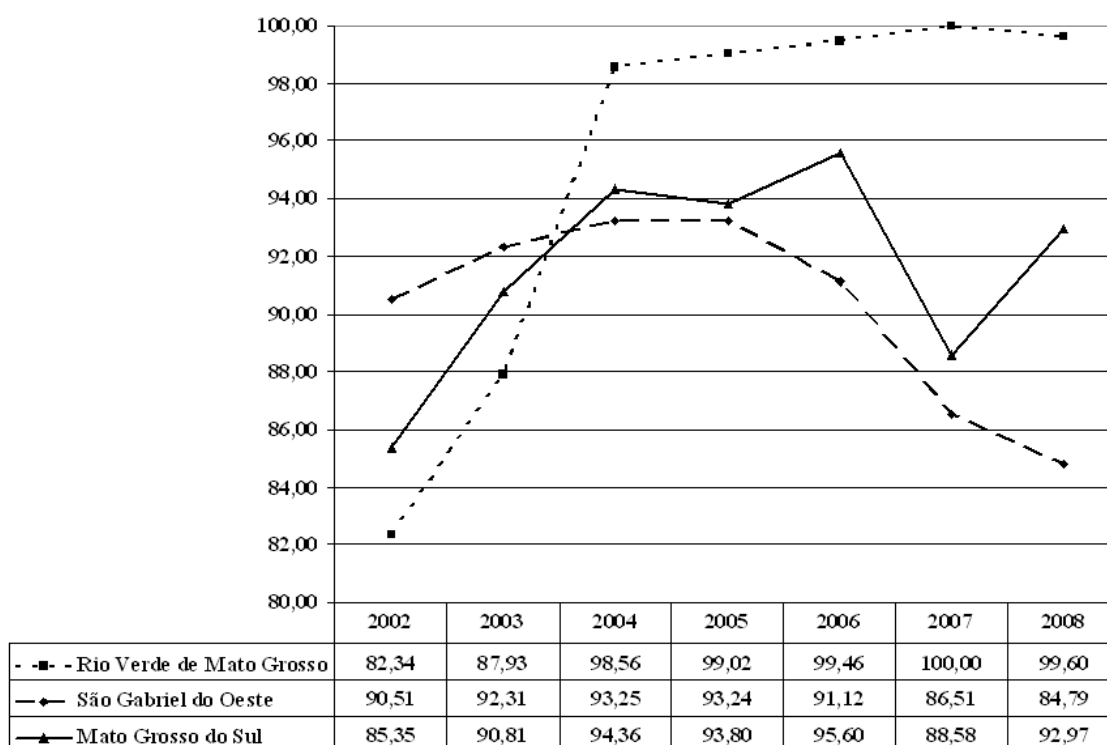


FIGURA 5 – Proporção de portadores de hipertensão arterial acompanhados pelo ACS em São Gabriel do Oeste, Rio Verde de Mato Grosso e em Mato Grosso do Sul, 2002 a 2008.

DISCUSSÃO

Entre os objetivos propostos pelo PNCD⁴ está à redução do IIP referente ao *Aedes aegypti* em todos os municípios brasileiros, de modo a alcançar-se índice inferior a 1%. No período estudado, o IIP se manteve elevado, declinando apenas em 2007 (Figura 1), ano de grande epidemia de dengue, causada pelo sorotipo viral DENV 3, em todo o estado de Mato Grosso do Sul. Segundo a literatura, não haveria transmissão de dengue se o IIP fosse inferior a 1%.⁸ Isso, porém, não foi constatado no presente estudo, apesar dos baixos índices encontrados nos dois municípios naquele ano. Embora os ACE de Rio Verde de Mato Grosso atuem exclusivamente no controle da dengue, esse índice mostrou-se, quase que em todos os anos do período, insatisfatório em relação ao dos ACS de São Gabriel do Oeste, que acumulam atividades dos dois programas.

Outro indicador analisado foi o índice de pendência. Mesmo na ausência de dados nas séries históricas municipais, constatou-se que em 2007 São Gabriel do Oeste apresentou IP muito mais alto que o de Rio Verde de Mato Grosso e que o preconizado pelo Ministério da Saúde (menos de 10%).⁴ Em Rio Verde de Mato Grosso, esse índice mostrou-se crescente,

embora os ACE realizassem exclusivamente ações de controle da dengue. Tais percentuais, superiores aos esperados, podem estar revelando as dificuldades de acesso que os agentes enfrentam durante as inspeções quando se deparam com imóveis fechados, já que suas visitas muitas vezes coincidem com os horários laborais dos moradores. Encontram também imóveis abandonados e até mesmo casos de recusa por parte dos moradores, apesar de já existirem instrumentos legais específicos para amparar os agentes nessas situações.⁸⁻⁹

Em São Gabriel do Oeste, por não mais existirem ACE, os ACS executam rotineiramente, além das vistorias em imóveis domiciliares, também vistorias em imóveis comerciais, terrenos baldios e pontos estratégicos (como cemitérios, borracharias e depósitos de sucata e de materiais de construção). Além disso, têm a incumbência de destruir criadouros de difícil acesso e utilizar larvicidas químicos e biológicos.¹⁰ A aplicação de larvicidas químicos é feita com equipamentos de aspersão manual (bomba intercostal) com capacidade de 10 a 20 L. Devido ao peso desse equipamento, a atividade é reservada a ACS do sexo masculino, que, quando necessário, são deslocados de suas microáreas.¹⁰ Todas essas atividades podem contribuir para o aumento das pendências e a diminuição do número de visitas domiciliares.

Embora a Portaria 648¹¹ não estabeleça quantitativo mínimo, recomenda que o ACS realize ao menos uma visita mensal a cada família de sua microárea.¹² Como se constatou, os ACS de São Gabriel do Oeste não conseguiram bons índices nesse quesito (Figura 2), principalmente em 2007, possivelmente porque as ações específicas do programa da dengue foram intensificadas e priorizadas em função da epidemia ocorrida naquele ano, com consequente reflexo sobre o número de visitas.

Em pesquisa realizada em 2008 em Cajuri, MG, com um grupo de ACS das equipes de ESF, 45,4% relataram visitar todas as famílias em um mês. Os 27,3% que não conseguiram fazê-lo apontaram como causas a ocorrência de situações eventuais ou imprevistas.¹³

Em Rio Verde de Mato Grosso, os índices referentes aos ACS, que executam somente atividades da ESF, mantiveram-se a partir de 2004 acima da média preconizada, sendo inclusive superiores à média estadual.

Outro importante indicador, que reflete a atuação direta dos ACS é a proporção de gestantes que iniciaram pré-natal no primeiro trimestre de gravidez. Os ACS cadastram e acompanham mensalmente o estado de saúde das gestantes de suas microáreas e, a cada visita, esses dados são atualizados e discutidos com o enfermeiro da equipe.¹⁴⁻¹⁵ Para os ACS de São Gabriel do Oeste, o acúmulo dos dois programas parece não haver representado fator limitante para o acompanhamento das gestantes, assim como para a captação precoce ao pré-

natal, visto que seus percentuais mantiveram-se em patamares elevados durante os anos de estudado. Além de refletirem um bom acompanhamento pelos ACS, esses resultados também permitem inferir que as gestantes valorizam a realização do acompanhamento pré-natal. Em Rio Verde de Mato Grosso verificou-se aumento expressivo desse índice no período analisado, revelando que os ACS vêm conseguindo aumentar a captação precoce das gestantes em suas microáreas, assim como orientá-las sobre a importância do pré-natal.

O acompanhamento do esquema vacinal de crianças menores de um ano é outra importante atividade desempenhada pelos ACS. Uma cópia da carteira de vacinação de cada criança (cartão-sombra, ou cartão-espelho) permite a esses agentes acompanhar a situação vacinal de todas as crianças de suas microáreas. Em São Gabriel do Oeste, a proporção de crianças com imunização em dia oscilou durante todo o período estudado, permanecendo inferior às de Rio Verde de Mato Grosso e do estado em 2004-2006, mas elevando-se em 2007-2008. No entanto, os ACS de Rio Verde de Mato Grosso, que executam exclusivamente atividades da ESF, apresentaram um ótimo desempenho, com percentuais superiores aos de São Gabriel do Oeste e do estado. O comportamento desse indicador sugere que o acúmulo dos dois programas pelos ACS de São Gabriel do Oeste refletiu-se de forma desfavorável no acompanhamento vacinal dessas crianças.

Outro controle utilizado pelos ACS é a ficha B-HA, onde esses agentes registram o cadastramento e o acompanhamento mensal dos indivíduos que receberam diagnóstico médico de hipertensão. A cada visita domiciliar, esses dados são atualizados, sendo as fichas subsequentemente revisadas pelo enfermeiro da equipe.¹⁴⁻¹⁵ Os ACS de Rio Verde de Mato Grosso tiveram excelente desempenho nesse acompanhamento, conseguindo aumentar significativamente seus percentuais, que se aproximaram de 100% (Figura 5). O mesmo não foi, porém, verificado em São Gabriel do Oeste, uma vez que a partir de 2004 tais percentuais declinaram, tornando-se inferiores aos de Rio Verde de Mato Grosso e aos do estado.

CONCLUSÃO

No período estudado, a infestação predial superou em ambos os municípios os níveis preconizados. Em Rio Verde de Mato Grosso, os ACE, que se dedicam exclusivamente às ações de controle da dengue, tiveram nesse quesito desempenho pior que os de São Gabriel do Oeste, que acumulam atividades dos dois programas. São Gabriel do Oeste também apresentou índices de pendência crescentes a partir de 2004, superiores ao limite preconizado pelo Ministério da Saúde. Tais resultados podem indicar que o acúmulo dos programas

interferiu na atuação dos ACS em São Gabriel do Oeste. Além disso, os valores encontrados em Rio Verde de Mato Grosso sugerem que causas externas podem estar influenciando a capacidade de atuação dos agentes.

Quanto aos indicadores da ESF, constatou-se que o acúmulo de encargos dos ACS refletiu-se negativamente em algumas dimensões de seu desempenho. Em 2002, São Gabriel do Oeste apresentou melhor situação que Rio Verde de Mato Grosso nos indicadores estudados, com exceção do percentual de crianças menores de um ano com esquema vacinal em dia, que em Rio Verde de Mato Grosso foi ligeiramente superior ao de São Gabriel do Oeste. Isso se inverteu, porém, no final do período estudado, quando o município foi superado por Rio Verde de Mato Grosso em três dos quatro indicadores analisados.

Se considerarmos os quatro indicadores em que foi possível levantar dados estaduais, constata-se que em 2002, São Gabriel do Oeste apresentava situação superior à média estadual. Esses indicadores, porém, se deterioraram em 2008, mais intensamente para dois deles, enquanto outros dois índices ficaram muito próximos das médias estaduais correspondentes.

Conclui-se que o município de São Gabriel do Oeste apresentou desempenho satisfatório no início do processo de incorporação das atividades de controle da dengue pelos ACS e nas ações prioritárias da ESF, como mostram os dados referentes a 2002. No entanto, a incapacidade de absorver satisfatoriamente a carga adicional de trabalho decorrente da incorporação das ações de controle da dengue à ESF pode ter sido responsável pelo declínio observado nos anos seguintes.

AGRADECIMENTOS

Esta pesquisa, financiada pela FUNDECT/DECIT/CNPq, n.º 10/2008 – Rede Dengue MS, faz parte da tese *Atuação do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família e no Programa de Controle da Dengue: as experiências de dois municípios brasileiros de pequeno porte*, apresentado por L.H.C. ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. O agente comunitário no controle da dengue. Brasília (DF): MS; 2009.
2. Ministério da Saúde (BR), [Portaria N°44/GM/MS, de 3 de janeiro de 2002](#). Defini as atribuições do Agente Comunitário de Saúde – ACS na prevenção e no controle da malária e da dengue. [internet] 04 jan 2002 [acesso em 2010 Jan 10]. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/>.
3. Ministério da Saúde (BR), Portaria N° 1.007 de 4 de maio de 2010. Define critérios para regulamentar a incorporação do agente de controle de endemias na atenção primária à saúde. [internet] 05 maio 2010 [acesso em 2010 Jan 13]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/103937-1007>.
4. Ministério da Saúde (BR), Fundação Nacional de Saúde. Programa nacional de controle da dengue. Brasília (DF): MS; 2002.
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Diretrizes nacionais para a prevenção e controle de epidemias de dengue. Brasília (DF): MS; 2009.
6. Ministério da Saúde. Cadernos de Informações de Saúde. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm>. Acesso em: 14 jan.2010.
7. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Resolução N° 196 de 10 de outubro de 1996. 2. ed. Ampl. Brasília (DF) 2003. [acesso em 2010 Jan 14]. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_0559_MP.pdf.
8. Tauil PL. Aspectos críticos do controle do dengue no Brasil. Cad Saúde Pública. 2002; 18 (3): 867-871.
9. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de Controle da Dengue. Amparo legal à execução das ações de campo – imóveis fechados, abandonados ou com acesso não permitido pelo morador. Brasília (DF): MS, 2006.
10. Prefeitura Municipal de Saúde de São Gabriel do Oeste (MS). Lei Complementar N° 052 de 24 de abril de 2008. Dispõe sobre a regulamentação das atividades de Agente Comunitário de Saúde, na forma que especifica e dá outras providências. São Gabriel do Oeste: MS, 2008.
11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília (DF): MS, 2007.
12. Morosini MVGC, Corbo AD, organizadores. A formação e o trabalho do agente

- comunitário de saúde. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2007.
13. Gomes KO, Cotta RMM, Cherchiglia ML, Mitre SM, Batista RS. A Práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. *Saúde Soc.* 2009 ; 18(4): 744-755.
 14. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde. Brasília (DF): MS, 2009.
 15. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção primária e promoção da saúde. Brasília (DF): CONASS, 2007.

7.2 Artigo 2¹

Atividades no Controle da Dengue e na Estratégia Saúde da Família: percepção dos Agentes Comunitários de Saúde ²

Activities in the Family Healthcare Strategy and dengue control settings: the perception of Community Health Agents in Brazil

Luiza Helena de Oliveira Cazola

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste. Docente Colaboradora da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Endereço: Rua Coronel Cacildo Arantes 365, Chácara Cachoeira, CEP – 79040452, Campo Grande, MS, Brasil.

e-mail: luizacazola@gmail.com

Elenir Rose Jardim Cury Pontes

Professora Adjunta da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Endereço: Rua Edil Vale dos Santos 34, Giocondo Orsi II, CEP 79022-067, Campo Grande, MS, Brasil.

e-mail: elenirpontes@uol.com.br

Edson Mamoru Tamaki

Professor Associado da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Endereço: Rua Ametista 46, CEP 79052-170, Campo Grande, MS, Brasil.

e-mail: edson.tamaki@ufms.br

¹ - As citações bibliográficas obedeceram às normas do periódico para qual o artigo foi enviado.

²Artigo baseado na tese de doutorado de Luiza Helena de Oliveira Cazola, intitulada *Atuação do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família e no Programa de Controle da Dengue: experiências de dois municípios brasileiros de pequeno porte*, sob a orientação da Dra. Elenir Rose Jardim Cury Pontes do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Projeto financiado pela FUNDECT/DECIT/CNPq nº10/2008 – Rede Dengue MS.

Resumo

Com a implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF), o controle da dengue também passou a ser tarefa do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Em São Gabriel do Oeste, essa atividade foi incorporada pelo ACS, extinguindo-se a figura do Agente de Controle de Endemias (ACE), enquanto que em Rio Verde de Mato Grosso ambos os agentes continuaram encarregados de seus respectivos programas. Esse estudo teve por objetivo caracterizar as diferenças no processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde nos dois municípios, segundo sua percepção, frente às atividades desenvolvidas no controle da dengue e na estratégia saúde da família. Aplicaram-se entrevistas estruturadas a 57 ACS. Constatou-se que os ACS apresentavam características sociodemográficas semelhantes nos dois municípios e que a maioria participou do curso introdutório da ESF. Ambos faziam planejamento de suas visitas domiciliares. Na percepção dos ACS de São Gabriel do Oeste, a acumulação dos dois programas, não influenciou em sua produtividade. Os de Rio Verde de Mato Grosso que executavam apenas ações da ESF, não priorizaram o preenchimento da Ficha para Cadastramento das Famílias (Ficha A), ao contrário dos de São Gabriel do Oeste, que a citaram com iguais percentuais no controle da dengue. Embora os ACS de São Gabriel do Oeste se declarassem sobrecarregados pela acumulação de atribuições e merecedores de um acréscimo salarial, a unificação das ações dos dois programas em um mesmo profissional se mostrou viável e não trouxeram, segundo a percepção dos mesmos, prejuízos às atividades desenvolvidas nesse município.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Dengue, Prevenção e Controle.

Abstract

With the implementation of the Family Health Strategy (FHS), dengue vector control—previously carried out by Endemic Disease Control Agents (EDCAs)—was added to the tasks of Community Health Agents (CHAs). In São Gabriel do Oeste county, in Mato Grosso do Sul state, where this approach was implemented, EDCAs were abolished, while in Rio Verde de Mato Grosso, in the same state, dengue control remained assigned to these agents. The purpose of this study was to identify differences in the work process of CHAs in these counties, according to their own perception, considering the performance of activities related to dengue control and the FHS. Structured interviews were applied to 57 CHAs. These agents had similar sociodemographic profiles in both counties and most had attended a FHS introductory training program. In both counties, CHAs planned their daily schedules of home

visits. In São Gabriel do Oeste, CHAs did not view the double workload of two programs as affecting their professional productivity. Those in Rio Verde de Mato Grosso, who were assigned only FHS tasks, did not prioritize completion of the Family Registry Form (an important record), in contrast with their counterparts in São Gabriel do Oeste, who completed these for both programs, at similar percent rates. Although CHAs in São Gabriel do Oeste reported feeling overwhelmed by the accumulation of functions and deserved of increased compensation, the pooling of tasks from the two programs proved feasible, with no detrimental effects on the performance of these agents, according to their perception.

Keywords: Primary Healthcare, Dengue, Prevention and Control.

Introdução

Em 2006, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 648/GM aprovou 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 e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Nessa política foram estabelecidas as atribuições mínimas específicas de cada profissional inserido nas equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), “cabendo ao gestor municipal ou do Distrito Federal ampliá-las, de acordo com as especificidades locais” (Brasil, 2007a, p. 45).

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) constitui a peça central do processo de trabalho da ESF, que se baseia em ações educativas e preventivas, de forma a fortalecer a organização, a valorização e o desenvolvimento comunitário, assim como o vínculo do sistema de saúde com a população (Oliveira e col., 2003).

Além dos ACS, também estão lotados nas Unidades Básicas de Saúde os Agentes de Controle de Endemias (ACE), profissionais responsáveis pelas ações de controle da dengue. As ações desse programa, no entanto, cabem também aos ACS, aos quais cabe vistoriar domicílios e áreas peridomiciliares para identificar criadouros de difícil acesso ou outras situações que requeiram a utilização de larvicida, casos nos quais deverá solicitar a presença do ACE de sua área (Brasil, 2009a).

A integração desses dois profissionais em uma mesma base territorial é considerada como um dos fatores fundamentais para o êxito no controle das endemias, uma vez que sua corresponsabilidade e consequente integração de atividades potencializam o trabalho preventivo e otimizam ações que, embora distintas, complementam-se (Brasil, 2008).

Esse modelo tradicional, envolvendo o compartilhamento em uma mesma base geográfica por dois agentes, é utilizado em municípios brasileiros, como em Rio Verde de Mato Grosso (MS), que em 2002 alcançou cobertura de 100% da ESF.

Em 2002, o município de São Gabriel do Oeste (MS), vizinho a Rio Verde de Mato Grosso, também atingiu 100% de cobertura da ESF e determinou que os ACS passassem a desempenhar tanto às ações prioritárias dessa estratégia quanto as ações de controle e prevenção da dengue, extinguindo dessa forma a figura do Agente de Controle de Endemias (ACE).

A partir de então, os ACS de São Gabriel do Oeste passaram a executar rotineiramente em suas microáreas a vistoria de imóveis domiciliares e comerciais, terrenos baldios e pontos estratégicos (como cemitérios, borracharias e depósitos de sucata e de materiais de construção). Além disso, receberam a incumbência de destruir criadouros de difícil acesso e utilizar larvicidas químicos e biológicos. A aplicação de larvicidas químicos é realizada com equipamentos de aspersão manual (bomba intercostal). Devido ao peso desse equipamento, essa atividade foi designada aos agentes do sexo masculino, que, quando necessário, são deslocados de suas microáreas. Outra tarefa que se tornou incumbência dos ACS foi o registro dos mapas diários do Sistema de Informação da Febre Amarela e Dengue (SISFAD), o que até então era de responsabilidade exclusiva dos ACE (São Gabriel do Oeste, 2008).

A existência desses dois municípios sul-mato-grossenses com características populacionais e socioeconômicas semelhantes e com distintas propostas de atuação no controle da dengue no âmbito da ESF permitiu estabelecer como objetivo desse estudo, caracterizar as diferenças no processo de trabalho do ACS, segundo a sua percepção, frente às atividades que desenvolvem no Controle da Dengue e na Estratégia Saúde da Família.

Metodologia

Pesquisa realizada com ACS de Rio Verde de Mato Grosso e de São Gabriel do Oeste, municípios de mesmo porte populacional, com 19.217 e 21.646 habitantes (IBGE, 2011), respectivamente, pertencentes à mesma região econômica e geográfica e que atingiram 100% de cobertura da ESF em suas áreas urbanas em 2002.

A rede de serviços básicos de saúde de Rio Verde de Mato Grosso no momento da pesquisa era constituída de seis Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) na área urbana (congregando 38 ACS) e uma na rural (8 ACS), totalizando 46 ACS. São Gabriel do Oeste

contava com sete UBSF na área urbana (44 ACS) e uma na rural (8 ACS), totalizando 52 ACS.

Foram convidados a participar da pesquisa todos os ACS pertencentes às UBSF urbanas, já que nas microáreas rurais não são realizadas atividades de controle de vetores. Foram excluídos os ACS que, apesar de atuarem na área urbana, não dispunham de mais de seis meses de experiência no momento da pesquisa, pois se considerou necessário um período mínimo de atuação para que se pudessem estudar e comparar as atividades por eles desenvolvidas. Também se excluíram os ausentes no momento da coleta de dados e os que se recusaram a participar. O estudo incluiu, ao final, 30 ACS em São Gabriel do Oeste e 27 em Rio Verde de Mato Grosso.

Os dados foram coletados em novembro de 2009 por meio de entrevistas que seguiram um roteiro constituído de perguntas fechadas. As entrevistas foram previamente agendadas e realizadas em salas reservadas das UBSF no início de cada expediente, momento em que os ACS se reuniam para iniciar as atividades. As questões propostas abordaram características socioeconômicas (sexo, escolaridade), tempo de atuação como ACS, capacitações realizadas para o serviço, atividades realizadas (número e forma de desenvolvimento), acompanhamento de programas prioritários de saúde e de controle de dengue.

Para analisar as repercussões da incorporação das ações de controle da dengue às atividades dos ACS, selecionaram-se dentre as áreas estratégicas da atenção básica (Brasil, 2007), os principais programas relacionados à mulher (gestantes), à criança (imunização) e à hipertensão e diabetes (que constituem os dois principais fatores de risco para doenças cardiovasculares).

Os dados obtidos foram submetidos à análise estatística e as diferenças estatísticas avaliadas pelo teste qui-quadrado (χ^2) e, quando necessário, o teste de Fisher, considerando-se estatisticamente significativas aquelas com valor de p menor ou igual a 0,05. Utilizou-se o *software* Epi-Info, versão 3.4.3.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, através do Protocolo nº 1062/2007, em observância à Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2003).

Resultados

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas dos ACS pesquisados. Houve predomínio do sexo feminino em ambos os municípios. Com relação ao tempo de

atuação como ACS, Em Rio Verde de Mato Grosso encontrou-se um maior percentual de agentes com mais de dois anos de atuação (96,3%) e também maior percentual conjunto daqueles com grau de escolaridade médio e superior (96,3%), em comparação a São Gabriel do Oeste (86,7%).

Tabela 1 - Número e porcentagem de agentes comunitários de saúde segundo características sociodemográficas, Rio Verde de Mato Grosso (RVMT) e São Gabriel do Oeste (SGO) – 2009

Variáveis	RVMT (n=27)		SGO (n=30)		p
	Nº.	%	Nº.	%	
Sexo					
Feminino	25	92,6	25	83,3	⁽¹⁾ 0,427
Masculino	2	7,4	5	16,7	
Tempo de atuação					
6 meses a 1 ano	1	3,7	2	6,7	⁽²⁾ 0,005
Mais de 1 ano a 2 anos	-	-	10	33,3	
Mais de 2 anos a 3 anos	2	7,4	-	-	
Acima de 3 anos	24	88,9	18	60,0	
Grau de escolaridade					
Fundamental completo	1	3,7	4	13,3	⁽²⁾ 0,302
Médio completo	15	55,6	18	60,0	
Superior incompleto e completo	11	40,7	8	26,7	

Nota: se $p \leq 0,05$ – diferença estatisticamente significativa.

⁽¹⁾ Teste de Fisher.

⁽²⁾ Teste Qui-quadrado.

Comparando-se as capacitações dos ACS nos dois municípios (Tabela 2), não houve diferença estatisticamente significativa nas proporções dos que fizeram o Curso Introdutório, embora em São Gabriel do Oeste tal proporção tenha sido menor. Os cursos mais frequentados nesse município foram os de Controle da Dengue (85,7%), de primeira etapa de Técnico ACS (76,2%) e do Programa de Formação de Agentes Locais em Vigilância em Saúde – PROFORMAR (42,9%). Em Rio Verde de Mato Grosso também predominaram essas duas primeiras capacitações, seguidas do Programa do Hipertenso. Observou-se entre os dois municípios diferença estatisticamente significativa entre as capacitações do Programa do Hipertenso e do PROFORMAR.

Tabela 2 – Número e porcentagem de agentes comunitários de saúde segundo as capacitações realizadas, Rio Verde de Mato Grosso (RVMT) e São Gabriel do Oeste (SGO) – 2009

Variáveis	RVMT (n=27)		SGO (n=30)		p
	Nº.	%	Nº.	%	
Curso Introdutório					
Sim	25	92,6	24	80,0	(1) 0,258
Não	2	7,4	6	20,0	
Capacitação					
Sim	27	100,0	21	70,0	(1) 0,002
Não	-	-	9	30,0	
Capacitação realizada (2)					
Programa de Controle da Dengue	26	96,2	18	85,7	(1) 0,305
Técnico ACS (Etapa I)	18	66,7	16	76,2	(3) 0,471
Programa do Hipertenso	14	51,8	5	23,8	(3) 0,049
Programa da Mulher	11	40,7	6	28,6	(3) 0,382
Programa da Diabetes	11	40,7	6	28,6	(3) 0,382
Programa do Idoso	9	33,3	5	23,8	(3) 0,471
Programa da Criança	7	25,9	5	23,8	(3) 0,867
Programa de Hanseníase	5	18,5	3	14,3	(1) 1,000
PROFORMAR	2	7,4	9	42,9	(1) 0,006
Programa de Tuberculose	1	3,7	3	14,3	(1) 0,306
Programa do Adolescente	-	-	1	4,8	(1) 0,438
Outros	1	3,7	3	14,3	(1) 0,306

Nota: se $p \leq 0,05$ – diferença estatisticamente significativa.

(1) Teste de Fisher.

(2) cada agente comunitário poderia ter realizado 1 ou mais capacitações, as porcentagens são relativas aos que fizeram capacitação: RVMT (n=27) e SGO (n=21).

(3) Teste Qui-quadrado.

A realização de supervisões em campo aos ACS, os programas priorizados, o planejamento e o número de visitas domiciliares diárias realizadas estão demonstrados na Tabela 3.

Houve diferença estatisticamente significativa no número de supervisões de campo, apresentando São Gabriel do Oeste um maior percentual (76,7%), que foram realizadas principalmente pelo supervisor de área (73,9%). Em Rio Verde de Mato Grosso, couberam as enfermeiras um maior percentual (66,7%).

Para as visitas domiciliares em São Gabriel do Oeste, a maioria (83,3%) dos ACS realizou planejamentos diários; em Rio Verde de Mato Grosso, as visitas foram planejadas no início da semana ou do mês (44,5%). Não houve diferença estatisticamente significativa no número de visitas diárias entre os municípios, embora um maior percentual de ACS em Rio Verde de Mato Grosso tenha priorizado os programas na visita domiciliar, principalmente os programas de diabetes, mulher/gestante e hipertensão. Em São Gabriel do Oeste, os maiores

percentuais de priorização foram os programas voltados à hipertensão, dengue e diabetes e criança. Houve diferença estatisticamente significativa entre os municípios na priorização do Programa de Controle da Dengue, ao contrário dos programas voltados a diabetes, mulheres/gestantes e hanseníase (este último nem citado pelos ACS de São Gabriel do Oeste).

Tabela 3 - Número e porcentagem de agentes comunitários de saúde segundo as atividades realizadas, Rio Verde de Mato Grosso (RVMT) e São Gabriel do Oeste (SGO) – 2009

Atividades	RVMT (n=27)		SGO (n=30)		p
	Nº.	%	Nº.	%	
Supervisão em campo					
Sim	9	33,3	23	76,7	⁽¹⁾ < 0,001
Não	18	66,7	7	23,3	
Profissional que realiza ⁽²⁾					
Enfermeiro	6	66,7	12	52,2	⁽¹⁾ 0,694
Supervisor de Área	-	-	17	73,9	⁽¹⁾ < 0,001
Coordenador de Endemias	4	44,4	2	8,7	⁽¹⁾ 0,038
Gerente da Unidade	-	-	-	-	-
Outros	2	22,2	-	-	⁽¹⁾ 0,073
Prioriza programa na visita domiciliar					
Sim	26	96,3	16	53,3	⁽¹⁾ < 0,001
Não	1	3,7	14	46,7	
Programa priorizado ⁽³⁾					
Programa de Diabetes	16	61,5	8	50,0	⁽⁴⁾ 0,463
Programa da Mulher/Gestante	15	57,7	6	37,5	⁽⁴⁾ 0,204
Programa de Hipertensão	15	57,7	10	62,5	⁽⁴⁾ 0,758
Programa da Criança	10	38,5	8	50,0	⁽⁴⁾ 0,463
Programa do Idoso	7	26,9	4	25,0	⁽¹⁾ 1,000
Programa de Hanseníase	5	19,2	-	-	⁽¹⁾ 0,138
Programa de Controle da Dengue	4	15,4	9	56,3	⁽¹⁾ 0,014
Outros	4	15,4	-	-	⁽¹⁾ 0,280
Planeja as visitas domiciliares					
Diariamente	10	37,0	25	83,3	⁽¹⁾ < 0,001
No início da semana ou do mês	12	44,5	2	6,7	
Conforme a necessidade do morador	5	18,5	3	10,0	
Número de visitas diárias					
Mais de 8 visitas diárias	22	81,5	23	76,7	⁽¹⁾ 0,648
Até 8 visitas diárias	4	14,8	4	13,3	
Conforme a necessidade do morador	1	3,7	3	10,0	

Nota: se $p \leq 0,05$ – diferença estatisticamente significativa.

⁽¹⁾ Teste de Fisher.

⁽²⁾ cada agente poderia citar 1 ou mais profissionais, as porcentagens são relativas aos que receberam supervisão: RVMT (n=9) e SGO (n=23).

⁽³⁾ cada agente poderia citar 1 ou mais programas, as porcentagens são relativas aos que priorizam os programas: RVMT (n=26) e SGO (n=16).

⁽⁴⁾ Teste Qui-quadrado.

Na análise das atividades realizadas pelos ACS (Tabela 4), não se constatou diferença estatisticamente significativa na priorização de relatórios. No entanto, a análise por tipo de relatório revelou maior percentual de agentes que priorizavam os relatórios dos programas voltados a mulheres/gestantes, hipertensão e diabetes em Rio Verde de Mato Grosso e hipertensão, Ficha de Cadastramento das Famílias (Ficha A) e controle da dengue em São Gabriel do Oeste.

Quanto ao acompanhamento de gestantes, a maioria dos ACS de São Gabriel do Oeste relatou realização adequada de pré-natal, 30% dos agentes solicitavam o cartão da gestante durante as visitas e apenas 16,6% verificavam o preenchimento da Ficha B – Gestante. Somente os ACS de Rio Verde de Mato Grosso relataram realizar visitas domiciliares com maior frequência.

Para o acompanhamento do esquema vacinal, 44,4% dos ACS de Rio Verde de Mato Grosso informou que a equipe da unidade comunica-lhes se uma criança está com o esquema vacinal em atraso, necessitando, portanto ser visitada. A utilização do cartão-espelho e de caderno para anotação dos dados vacinais das crianças foram citados respectivamente por 33,3% e 29,6% dos agentes desse município. Já em São Gabriel do Oeste, o cartão-espelho foi relatado com maior percentual.

Em Rio Verde de Mato Grosso, os agentes que realizavam acompanhamento do tratamento de diabéticos e hipertensos perfizeram maior percentual (59,2%). Já em São Gabriel do Oeste, a maioria (83,3%) relatou oferecer orientações sobre medicamentos prescritos, dieta, controle da pressão arterial e da glicemia capilar.

Tabela 4 - Número e porcentagem de agentes comunitários de saúde segundo priorização na elaboração de relatórios, acompanhamento da gestante, vacina, diabético e hipertenso, Rio Verde de Mato Grosso (RVMT) e São Gabriel do Oeste (SGO) – 2009

Variáveis	RVMT (n=27)		SGO (n=30)		p
	Nº.	%	Nº.	%	
Prioriza relatório					
Sim	23	85,2	20	66,7	(1) 0,189
Não	4	14,8	10	33,3	
Relatório priorizado (2)					
Programa da Mulher/ Gestante	14	60,9	6	30,0	(1) 0,043
Programa de Hipertensão	13	56,5	8	40,0	(1) 0,280
Programa da Diabetes	12	52,2	6	30,0	(1) 0,142
Programa da Criança	1	4,3	2	10,0	(3) 0,590
Relatório Mensal	1	4,3	-	-	(3) 1,000
Ficha A – SIAB	-	-	8	40,0	(3) < 0,001
Ficha de Controle da Dengue	-	-	8	40,0	(3) < 0,001
Cartão SUS	-	-	4	20,0	(3) 0,039
Todos São Importantes	4	17,4	-	-	(3) 0,111
Acompanhamento da gestante (4)					
Verifica se está realizando o Pré-natal adequadamente	17	62,9	22	73,3	(1) 0,578
Solicita o cartão da gestante para acompanhamento e orientações	8	29,6	9	30,0	(1) 0,976
Realiza visita domiciliar com maior frequência	7	25,9	-	-	(3) 0,003
Verifica o preenchimento da Ficha B-Gestante	4	14,8	5	16,6	(3) 1,000
Solicita a presença da enfermeira s/n	1	3,7	-	-	(3) 0,474
Acompanhamento do esquema vacinal (4)					
A equipe da unidade avisa quando a criança está com a vacina atrasada e merece, portanto ser visitada	12	44,4	5	16,6	(1) 0,022
Através do cartão espelho que possui de todas as crianças	9	33,3	25	83,3	(1) < 0,001
Verifica o esquema vacinal apenas no cartão da criança, não possuindo cartão espelho	9	33,3	3	10,0	(1) 0,031
Por meio de um caderno com os dados das crianças e datas de vacinas	8	29,6	-	-	(3) 0,001
A enfermeira possui um arquivo com as fichas vacinais que ela acompanha	5	18,5	4	13,3	(3) 0,722
Não possui uma rotina para acompanhar as vacinas das crianças	-	-	-	-	
Acompanhamento de diabéticos e hipertensos (4)					
Acompanha o tratamento pela Ficha B – Hipertenso e Diabético	16	59,2	10	33,3	(1) 0,050
Orienta sobre os medicamentos prescritos, a dieta, verificação da PA e da glicemia capilar	11	40,7	25	83,3	(1) < 0,001
Realiza visita domiciliar com maior frequência, principalmente dos acamados	3	11,1	2	6,6	(3) 0,660
Convida para as reuniões de hipertensos e diabéticos	2	7,4	-	-	(3) 0,220
Solicita acompanhamento da enfermeira ou da auxiliar de enfermagem nas visitas domiciliares	2	7,4	-	-	(3) 0,220
Acompanha a realização dos exames para controle no domicílio	-	-	-	-	-

Nota: se $p \leq 0,05$ – diferença estatisticamente significativa.

(1) Teste Qui-quadrado.

(2) cada agente poderia citar 1 ou mais tipos de relatório, as porcentagens são relativas aos que priorizam os relatórios: RVMT (n=23) e SGO (n=20).

(3) Teste de Fisher.

(4) cada agente poderia citar 1 ou mais respostas.

Em relação às atividades do Programa Nacional de Controle da Dengue, os ACS de Rio Verde de Mato Grosso relataram que perguntam ao morador sobre a presença de possíveis criadouros sem a necessidade de vistoriar e registram a visita. Em São Gabriel do Oeste, os

ACS disseram que vistoriam os cômodos da casa, acompanhado pelo morador, verificam a existência de focos de criadouros de *aedes aegypti* e mosquitos, realizam a coleta de larvas para posterior exame laboratorial e comunicam ao supervisor imediato a presença de focos no domicílio para possíveis intervenções (Tabela 5).

Os ACS de São Gabriel do Oeste consideraram que existe uma sobrecarga em relação às atividades desenvolvidas, no entanto, mais da metade dos entrevistados já incorporaram as atividades extras na rotina do trabalho e acham que deveriam receber um salário maior (Tabela 5).

Tabela 5 - Número e porcentagem de agentes comunitários de saúde segundo atividades do Programa de Controle da Dengue, Rio Verde de Mato Grosso (RVMT) e São Gabriel do Oeste (SGO) – 2009

Variáveis	RVMT (n=27)		SGO (n=30)		p
	Nº.	%	Nº.	%	
Atividades de Dengue durante a visita domiciliar ⁽¹⁾					
Orienta o morador sobre a forma de evitar e eliminar locais que possam oferecer risco para a formação de criadouros do <i>Aedes aegypti</i>	26	96,2	30	100,0	⁽²⁾ 0,474
Encaminha os casos suspeitos para a Unidade de Saúde	11	40,7	10	33,3	⁽³⁾ 0,563
Atua junto aos domicílios informando os seus moradores sobre a doença – seus sintomas e riscos – e o agente transmissor	9	33,3	12	40,0	⁽³⁾ 0,602
Atende queixa de vizinhos sobre denúncias de possíveis criadouros na microárea	6	22,2	9	30,0	⁽³⁾ 0,506
Pergunta ao morador sobre a presença de possíveis criadouros sem a necessidade de vistoriar e registra a visita	4	14,8	-	-	⁽²⁾ 0,044
Vistoria os cômodos da casa, acompanhado pelo morador, verificando a existência de focos de criadouros de <i>Aedes aegypti</i> e mosquitos	3	11,1	29	96,6	⁽³⁾ <0,001
Comunica ao seu supervisor imediato a presença de focos no domicílio para possíveis intervenções	2	7,4	10	33,3	⁽³⁾ 0,016
Vistoria os cômodos da casa, acompanhado pelo morador, verificando a existência focos de criadouros de <i>Aedes aegypti</i> e mosquitos, realizando a coleta de larvas para posterior exame laboratorial	-	-	25	83,3	⁽³⁾ <0,001
Como o agente se sente em relação às atividades desenvolvidas					
Sobrecarregado	11	40,7	22	73,3	⁽³⁾ 0,006
Não sobrecarregado	16	59,2	6	20,0	⁽³⁾ 0,002
Indiferente	-	-	2	6,7	⁽³⁾ 0,492
Qual sua opinião sobre o ACS trabalhar no Programa da Dengue ⁽¹⁾					
Não é nossa tarefa, pois tem ou deveria ter o agente de endemias pra fazer isso	10	37,0	5	16,6	⁽³⁾ 0,081
Já está incorporado na nossa rotina de trabalho	10	37,0	17	56,6	⁽³⁾ 0,138
Deveríamos receber mais por fazer essa atividade	5	18,5	19	63,3	⁽³⁾ <0,001
Outra opção	8	29,6	1	3,3	⁽²⁾ 0,010

Nota: se $p \leq 0,05$ – diferença estatisticamente significativa.

⁽¹⁾ cada agente poderia citar 1 ou mais respostas.

⁽²⁾ Teste de Fisher.

⁽³⁾ Teste Qui-quadrado.

Discussão

Em ambos os municípios houve predominância de ACS do sexo feminino, situação igualmente encontrada em outros municípios brasileiros (Santos e col., 2011; Ferraz e Aerts, 2005; Santana e col., 2009; Gomes e col., 2009).

Com relação ao tempo de atuação do agente nessa função, mais da metade exercia seu trabalho há mais de três anos, o que evidencia a baixa rotatividade desses profissionais, aspecto positivo, por facilitar a criação de vínculo com as famílias residentes na microárea do agente.

De acordo com a Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002, um dos requisitos para exercer a profissão de ACS é ter concluído o ensino fundamental (Brasil, 2002a). No entanto, os ACS pesquisados dispunham de maior grau de escolaridade (ensino médio ou superior), o que pode estar refletindo a baixa oferta de trabalho mais especializado e de salários mais altos nesses municípios. Semelhantes achados foram citados por Santos e col. (2011) em quatro municípios do Noroeste Paulista, onde 65,8% dos ACS possuíam ensino médio completo, 7,9% ensino médio incompleto e 21,1% ensino superior incompleto. Em estudo realizado por Ferraz e Aerts (2005), em Porto Alegre (RS), foi identificada situação oposta, com a maioria dos agentes dispondo apenas de escolaridade fundamental completa. A boa escolaridade dos ACS pode contribuir para melhor assimilação de novos conhecimentos e facilitar a realização das ações junto às famílias atendidas.

De forma a permitir o início de um processo de educação permanente, o Ministério da Saúde estabeleceu que todos os profissionais que estejam ingressando na ESF, frequentem o Curso Introdutório em prazo máximo de seis meses (Brasil, 2007a; Brasil, 2007b). Os índices de participação dos ACS nesse curso foram satisfatórios em ambos os municípios pesquisados, embora resultados inversos tenham sido constatados no estudo de Santos e col.(2011), em que mais da metade dos agentes entrevistados (52,6%) não havia frequentado o Curso Introdutório.

Com relação ao número de capacitações realizadas, os ACS de Rio Verde de Mato Grosso apresentaram percentuais superiores aos de São Gabriel do Oeste, com destaque para o Programa de Controle da Dengue, que nesse município é compartilhado com o ACE. Essa capacitação teve como propósito implantar uma nova metodologia de trabalho para os ACS, denominada Zoneamento Compartilhado (Mato Grosso do Sul, 2009) e atender à Portaria nº 44/GM, que definiu as atribuições desses agentes na prevenção e no controle da malária e dengue (Brasil, 2002b). O alto percentual de menções de realização do curso em Rio Verde do

Mato Grosso pode estar relacionado ao fato de que a pesquisa de campo foi realizada logo após o oferecimento do curso.

Embora em São Gabriel do Oeste os ACS executem o Programa de Controle da Dengue, 40% não estavam capacitados. Esse baixo percentual pode estar relacionado ao menor tempo de serviço, já que 40% dos ACS atuam a menos de 2 anos nesse município.

As capacitações e a educação permanente dos ACS são fundamentais para que estes atendam às necessidades das famílias, direcionando o olhar e as ações de saúde tanto para as práticas curativas como para as preventivas e de promoção (Gomes e col., 2009).

Outra capacitação realizada por mais da metade dos ACS de ambos os municípios foi à primeira etapa do curso Técnico Agente Comunitário de Saúde, requisito básico para a formação profissional. Essa etapa visou desenvolver o perfil social desse técnico e seu papel no âmbito da equipe multiprofissional da rede básica do SUS (Brasil, 2004).

A presença de enfermeiros nas unidades da ESF permite a realização de supervisões tanto da equipe de enfermagem como dos ACS, atividade essa que lhe é inerente (Brasil, 2007a), e que foi exercida por mais da metade dos enfermeiros em ambos os municípios pesquisados.

Diferentemente, os ACS de São Gabriel do Oeste, que acumulavam os dois programas, receberam supervisões em maior número, não apenas por enfermeiros, mas também por supervisores de área, já que compartilhavam das mesmas bases geográficas, o que favoreceu um melhor acompanhamento em campo.

A realização de visitas domiciliares pelos ACS constitui importante ferramenta para os programas de saúde (Abrahão e Lagrange, 2007). Em Rio Verde de Mato Grosso, houve uma maior priorização dos programas durante as visitas, principalmente aqueles voltados a diabéticos, mulheres/gestantes e hipertensos, o que vem atender às áreas estratégicas de atuação da atenção básica (Brasil, 2007a).

Já em São Gabriel do Oeste, onde os ACS estavam encarregados do Programa de Controle da Dengue, este foi o segundo mais citado dentre os programas executados nesse município, o que demonstra estar já incorporado à rotina diária desses agentes. Cabe destacar que a dengue deve ser considerada como desafio a ser enfrentado por todos os ACS vinculados às Unidades Básicas de Saúde e que suas ações de combate devem fazer parte da rotina das demais ações desenvolvidas (Brasil, 2009b).

Para maior efetividade, as visitas domiciliares devem ser planejadas de modo a potencializar a utilização do tempo de trabalho, além de respeitar o tempo de que dispõem os moradores visitados (Brasil, 2009c).

Os ACS relataram diferentes propostas de planejamento para a realização das visitas. Em São Gabriel do Oeste planejavam-nas diariamente, o que se deve possivelmente à maior disponibilidade de supervisão; já em Rio Verde de Mato Grosso o planejamento era feito no início da semana ou do mês. Pôde-se constatar, no entanto, que embora os ACS atuem de maneiras distintas, existe uma preocupação da maioria em planejar as visitas domiciliares.

Com relação ao número de visitas, não há um número pré-estabelecido, cabe ao agente realizar no mínimo uma visita mensal a cada família de sua microárea, podendo esse número variar de acordo com as necessidades identificadas (Abrahão e Lagrange, 2007).

Verificou-se que o acúmulo dos dois programas na percepção dos ACS de São Gabriel do Oeste não interferiu na produtividade de suas visitas diárias, que foram feitas em números semelhantes aos de Rio Verde de Mato Grosso, onde os ACS executavam exclusivamente visitas pertinentes à ESF.

Indagou-se também se os ACS priorizavam alguns dos vários relatórios que preenchiam. As respostas foram afirmativas, mas revelaram priorizações diferenciadas. Embora os agentes de Rio Verde de Mato Grosso executassem exclusivamente ações da ESF, a Ficha A não foi citada. Ao contrário, os ACS de São Gabriel do Oeste, que acumulavam dois programas citaram a Ficha A com percentuais iguais aos da Ficha de Controle da Dengue, o que demonstra serem ambos importantes para esse grupo.

A Ficha de Cadastramento das Famílias - Ficha A é um instrumento essencial, pois permite a equipe, por meio de suas informações conhecerem as condições de vida da população adscrita e subsidiar um melhor planejamento das intervenções (Brasil, 2007b).

Entre os grupos prioritários analisados, não foram identificadas diferenças no acompanhamento das gestantes, com exceção do número de visitas domiciliares, que em Rio Verde de Mato Grosso foram realizadas com maior frequência.

No acompanhamento dos esquemas vacinais houve maior participação das equipes de Rio Verde de Mato Grosso, pois comunicavam aos ACS o nome das crianças não vacinadas, a fim de que fossem visitadas. Esta participação foi pouco relatada pelos agentes de São Gabriel do Oeste.

Como recurso para o acompanhamento da situação vacinal, a grande maioria dos ACS de São Gabriel do Oeste utilizava o cartão-espelho, bem menos empregado em Rio Verde de Mato Grosso, possivelmente pelo fato de que os ACS desse município utilizassem também um caderno para registro de dados das crianças e datas das vacinas. Destaca-se que, apesar do acúmulo dos dois programas em São Gabriel do Oeste, não houve prejuízo, segundo a

percepção dos ACS, no acompanhamento dos esquemas vacinais, visto que 83% relataram acompanhá-las por meio do cartão-espelho.

Outra atividade analisada foi o acompanhamento dos hipertensos e diabéticos cadastrados. As Fichas B – Hipertenso e B - Diabético foram utilizadas por mais da metade dos ACS de Rio Verde de Mato Grosso, ao passo que as orientações referentes aos medicamentos prescritos, à dieta e ao controle da pressão arterial e glicemia capilar, foram citadas pela maioria dos de São Gabriel do Oeste. As orientações dos agentes para esses pacientes são fundamentais para o controle da doença e foram as priorizadas pelos ACS de São Gabriel do Oeste.

Com relação ao Programa de Controle da Dengue, dentre as atribuições inerentes aos ACS que foram preconizadas desde 2002, por meio da Portaria nº 44, está à vistoria dos cômodos das moradias (que deve ser acompanhada pelos moradores) para a identificação de criadouros de *Aedes aegypti* e mosquitos ((Brasil, 2002b; Brasil, 2008; Brasil, 2009a). Essa atividade foi citada pela quase totalidade dos ACS de São Gabriel do Oeste, o que demonstra estar o controle da dengue já integrado a sua rotina de trabalho, contrariamente ao verificado entre os ACS de Rio Verde de Mato Grosso que, apesar de capacitados, não faziam vistorias, mas se concentravam principalmente no repasse de informações e orientações.

A sobrecarga de trabalho foi mencionada em maior percentual pelos ACS de São Gabriel do Oeste, apesar de já considerarem as atividades do Programa de Controle da Dengue como de sua responsabilidade. No entanto, destacaram a questão salarial, que por acumularem os dois programas, consideraram serem merecedores de maiores salários.

Para Tomaz (2002), essa sobrecarga é agravada por conta de uma falta de clareza na delimitação das atribuições dos ACS. Na prática, um considerável leque de ações junto às famílias e a comunidade lhes é atribuído, o que inclui a identificação de crianças fora da escola, a limpeza de caixas d'água para combate ao mosquito da dengue e o recebimento das mais variadas reclamações.

Conclusão

Os ACS de ambos os municípios apresentam características sociodemográficas semelhantes. A maioria participou do Curso Introdutório para sua formação. Quanto às capacitações, os ACS de Rio Verde de Mato Grosso mostraram-se mais qualificados que os de São Gabriel do Oeste, inclusive no Programa de Controle da Dengue.

Os ACS de São Gabriel do Oeste receberam um maior percentual de supervisões, o que demonstra que o acúmulo dos programas favoreceu o acompanhamento em campo.

A priorização dos programas de saúde desenvolvidos nas visitas domiciliares foi maior por parte dos ACS de Rio Verde de Mato Grosso, principalmente nas ações voltadas a diabéticos, mulheres/gestantes e hipertensos. Embora esses agentes tenham recebido capacitação na implantação do Zoneamento Compartilhado, o combate à dengue não mereceu destaque em suas respostas, resultado que merece atenção, já que esse programa também faz parte das atribuições da atenção básica.

Apesar das distintas propostas de atuação, pode-se verificar que ambos ACS planejavam suas visitas domiciliares e que, o fato dos de São Gabriel do Oeste acumular os dois programas, não refletiu segundo a percepção de seus agentes, em sua produtividade, pois apresentaram índices semelhantes aos de Rio Verde de Mato Grosso.

Quanto aos relatórios, os ACS de Rio Verde de Mato Grosso que executavam ações da ESF não priorizaram a Ficha A, ainda que seja importante para a manutenção do cadastramento atualizado das famílias. No entanto, os ACS de São Gabriel do Oeste, que acumulam os dois programas, citaram a Ficha A com igual percentual ao da Ficha de Controle da Dengue, o que demonstra serem ambos relevantes.

Para o acompanhamento dos grupos prioritários, os ACS de São Gabriel do Oeste conseguiram acompanhar e orientar seus grupos sem comprometer seu desempenho. Assim como o Programa de Controle da Dengue, cujos resultados referidos foram satisfatórios apesar de se sentirem sobrecarregados e se considerarem merecedores de melhores salários.

A proposta de unificação das ações da Estratégia Saúde da Família com as do Programa de Controle da Dengue, em apenas um agente de saúde, se mostrou viável em São Gabriel do Oeste, não trazendo segundo a percepção dos ACS, prejuízos em suas atividades e proporcionando uma maior racionalidade e clareza da responsabilidade das ações de combate à dengue perante a população.

Referências

ABRAHÃO, A. L.; LAGRANGE, V. A visita domiciliar como uma estratégia de assistência no domicílio. In: MOROSINI, M. V. G. (Org.). *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p.151-171.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2002a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10507.htm>. Acesso em: 23 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 44/GM/MS, de 03 de janeiro de 2002*. Define as atribuições do Agente Comunitário de Saúde – ACS na prevenção e no controle da malária e da dengue, 2002b. Disponível em: <www.funasa.gov.br/>. Acesso em: 10 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. *Normas de pesquisa envolvendo seres humanos*. (Resolução 196/96 e outras). 2. ed. Ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_0559_MP.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional de saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção Primária e Promoção da Saúde*. Coleção Progestores – para entender a gestão do SUS, v.8, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de atenção básica nº 21: vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose*. 2 ed. revisada, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Diretrizes nacionais para a prevenção e controle de epidemias de dengue*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *O agente comunitário de saúde no controle da dengue*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *O trabalho do agente comunitário de saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009c.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Cadernos de Informações de Saúde*. Mato Grosso do Sul, 2011. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm>>. Acesso em: 1 jul. 2011.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.10, n.2, p. 347-355, 2005.

GOMES, K. O. et al. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. *Saude Soc.*, São Paulo, v.18, n.4, p. 744-755, 2009.

MATO GROSSO DO SUL (MS). Secretaria de Estado de Saúde. Diretoria Geral Vigilância em Saúde. Coordenadoria de Controle de Vetores. *Capacitação para agentes do PNCD – EACS/ESF na estratégia do zoneamento compartilhado*. Campo Grande, 2009.

OLIVEIRA, R. G.; NACHIF, M. C. A.; MATHEUS M. L. F. O trabalho do agente comunitário de saúde na percepção da comunidade de Anastácio, Estado do Mato Grosso do Sul. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, Maringá, v.25, n.1, p. 95-101, 2003.

SANTANA, J. C. B. et al. Agente comunitário de saúde: percepções na estratégia da saúde da família. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v.14, n.4, p. 645-652, 2009.

SANTOS, K. T. et al. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? *Ciênc. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.16, suppl.1, p.1023-1028, 2011.

SÃO GABRIEL DO OESTE (MS). Prefeitura Municipal de São Gabriel do Oeste. Lei Complementar nº 052 de 24 de abril de 2008. *Dispõe sobre a regulamentação das atividades*

de Agente Comunitário de Saúde, na forma que especifica e dá outras providências. São Gabriel do Oeste: MS, 2008.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.6, n.10, p. 84-87, 2002.

7. 3 Artigo 3

O Controle da Dengue em duas Áreas Urbanas do Brasil Central: percepção dos moradores¹

Control of Dengue Fever in Two Urban Areas of Central Brazil: perceptions of residents

Luiza Helena de Oliveira Cazola

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste. Docente Colaboradora da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Endereço: Rua Coronel Cacildo Arantes, 365, Chácara Cachoeira, CEP 79040-452, Campo Grande, MS, Brasil.

E-mail: luizacazola@gmail.com

Elenir Rose Jardim Cury Pontes

Professora Adjunta da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Endereço: Rua Edil Vale dos Santos, 34, Giocondo Orsi II, CEP 79022-067, Campo Grande, MS, Brasil.

E-mail: elenirpontes@uol.com.br

Edson Mamoru Tamaki

Professor Associado da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Endereço: Rua Ametista, 46, CEP 79052-170, Campo Grande, MS, Brasil.

E-mail: edson.tamaki@ufms.br

Sônia Maria Oliveira de Andrade

Professora Adjunta da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

¹ Artigo baseado na tese de doutorado de Luiza Helena de Oliveira Cazola, intitulada Atuação do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família e no Programa de Controle da Dengue: as experiências de dois municípios brasileiros de pequeno porte, sob a orientação da Dra. Elenir Rose Jardim Cury Pontes do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Projeto financiado pela FUNDECT/DECIT/CNPq nº10/2008 – Rede Dengue MS.

Endereço: Rua Luiz Freire Benchetrit, 258, Miguel Couto, CEP 79040-140, Campo Grande, MS, Brasil.

E-mail: anart.msi@terra.com.br

Cássia Barbosa Reis

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Doenças Infecciosas e Parasitárias da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul.

Endereço: Rua Bertoldo Miranda de Barros, 1.113, Jardim Florida II, CEP 79822-110, Dourados, MS, Brasil.

E-mail: cassia@uems.br

Resumo

Com a implementação da Estratégia Saúde da Família, o controle da dengue, anteriormente realizado por Agente de Controle de Endemias (ACE), também passou a ser tarefa do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Em Rio Verde de Mato Grosso (RVMT), o controle da dengue continuou a ser desenvolvido pelos dois tipos de agentes e, em São Gabriel do Oeste (SGO), município pertencente à mesma microrregião, essa atividade foi incorporada pelo ACS, deixando de existir a figura do ACE. O estudo visou verificar se a qualidade do trabalho do ACS foi afetado na percepção da população desses dois municípios de Mato Grosso do Sul. Realizaram-se grupos focais com moradores dos municípios e, para organização dos conteúdos, utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Em ambos os municípios, a população está satisfeita com o trabalho dos ACS, revelando que em SGO, o acúmulo das atividades de controle da dengue não afetou a qualidade de seu serviço. Em RVMT, a população considera que o trabalho com a dengue é específico do ACE, mas manifesta maior satisfação com a atuação do ACS. Apesar da sobrecarga do ACS, o estudo revela o potencial que a organização de trabalho adotado por SGO tem para a melhoria do controle da dengue no que se refere à atenção básica.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Atenção Básica; Controle de Vetores; Participação Comunitária; Agente Comunitário de Saúde e Agente de Controle da Dengue

Abstract

With the implementation of the Family Health Strategy in Brazil, the control of dengue fever, which had been previously assigned to Endemic Disease Control Agents, has also become the task of Community Health Agents. In Rio Verde de Mato Grosso, dengue control has continued being developed by both types of agents and, in São Gabriel do Oeste, a municipality that belongs to the same micro-region, this activity has been incorporated by the Community Health Agents, which made the Endemic Disease Control Agents cease to exist. The study aimed to verify if the quality of the work of the Community Health Agents has been affected according to the perception of the population in these two municipalities of Mato Grosso do Sul (Central-Western Brazil). Focal groups were held with the municipalities' residents and, to organize the contents, the Discourse of the Collective Subject technique was used. In both municipalities, residents are satisfied with the Community Health Agents' work, which shows that in São Gabriel do Oeste the accumulation of dengue control activities has not affected the quality of their work. In Rio Verde de Mato Grosso, residents consider that the work with dengue is specific to the Endemic Disease Control Agents, but they demonstrate more satisfaction with the performance of the Community Health Agents. In spite of the overload of the Community Health Agents, the study shows the potential that the work organization adopted in São Gabriel do Oeste has to the improvement in dengue control in the level of primary health care.

Keywords: Family Health Strategy; Primary Health Care; Vector Control; Community Participation; Community Health Agent; Dengue Control Agent.

Introdução

No ano 2000, a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA/MS) e a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul firmaram convênio que consolidou a cedência dos servidores federais para o Estado e municípios, assim como a transferência de responsabilidade da coordenação e execução de controle de vetores (Brasil, 2005).

Por meio dessa cedência, configurou-se, nos municípios do Estado, a presença de dois profissionais atuando na atenção básica em uma mesma área geográfica, o Agente de Controle de Endemias - ACE (anteriormente denominado agente de saúde pública), que assume a responsabilidade pelo controle da dengue e o Agente Comunitário de Saúde - ACS, que assume as atividades da Estratégia Saúde da Família - ESF.

Em São Gabriel do Oeste (MS), a partir de 2002, quando o município atinge cobertura populacional de 100% da ESF, a categoria ACE é extinta e o ACS passa a acumular tanto as ações de controle e prevenção da dengue, como as ações prioritárias da atenção básica, eliminando a superposição de agentes existentes anteriormente.

Foram estabelecidas, pelo Ministério da Saúde, em 2006, por meio da Política Nacional de Atenção Básica, as atribuições do ACS referentes às ações de atenção básica. Dentre elas estão: o desenvolvimento de ações de integração entre a equipe de saúde e a população adscrita; atuação junto às famílias cadastradas, realização de atividades educativas, promoção de ações de saúde e de prevenção das doenças (Brasil, 2007a).

É necessário também que o ACS demonstre ter um bom relacionamento com a população local (aceitação), saiba trabalhar as questões relacionadas a preconceitos, sigilo e ética profissional, tenha facilidade de comunicação, consiga integrar-se à equipe interdisciplinar no processo de Vigilância à Saúde, tenha capacidade de organizar-se, planejar e priorizar ações de modo a realizar a cobertura sistemática da área (uma visita domiciliar por família/mês) e acompanhar os grupos de risco – individuais e coletivos – notificando a equipe, mediante problemas identificados, além de integrar-se à realização do diagnóstico local para controle do perfil de morbimortalidade (Martines e Chaves, 2007).

Ainda em 2006, diante do crescente aumento no número de casos de dengue e sua rápida disseminação no País, e da evidência da possibilidade de novas epidemias dessa enfermidade, bem como o aumento de Febre Hemorrágica da Dengue (FHD), o Ministério da Saúde, com o objetivo de mudar esse cenário, criou o Programa Nacional de Controle da Dengue (Brasil, 2002a).

Dentre os seus componentes, estão contempladas as ações de combate ao vetor que propõe a unificação da base geográfica de trabalho entre as vigilâncias epidemiológicas, entomológica, operações de campo e PACS/ESF (nas áreas cobertas pelos programas), visando manter um índice de infestação inferior a 1%. Outro destaque é dado à consolidação da interação do PACS/ESF nas ações de prevenção e controle da dengue, de forma a promover mudanças de hábito na comunidade que contribuam para manter o ambiente doméstico livre do *Aedes aegypti* (Brasil, 2002a).

Em 5 de outubro de 2006, através da Lei nº11.350, o Ministério da Saúde (Brasil, 2006) estabelece que o Agente Comunitário de Saúde, além de desenvolver as atividades específicas da atenção básica, deve também orientar a população sobre medidas de prevenção e controle da dengue, vindo a consolidar as atividades já determinadas pela Portaria nº 44/GM de 3 de janeiro de 2002 (Brasil, 2002b).

Para o Ministério da Saúde (Brasil, 2009), o ACS deve atuar de forma articulada com a equipe de controle de endemias, pois ACS e ACE são corresponsáveis em suas bases territoriais.

Dentre as atribuições estabelecidas ao ACS no controle da dengue, está: encaminhar casos suspeitos às unidades de saúde; informar aos moradores sobre sintomas, medidas de prevenção, agente transmissor e notificação da doença; vistoriar o domicílio e/ou peridomicílio, acompanhado pelo morador, para identificar criadouros do mosquito transmissor da dengue; realizar remoção, destruição ou vedação de objetos que possam se transformar em criadouros, retirando mecanicamente, se necessário, as formas imaturas do mosquito; promover reuniões com a comunidade, com o objetivo de mobilizá-la para as ações de prevenção e controle da dengue, bem como conscientizar a população quanto à importância de que todos os domicílios em uma área infestada pelo *Aedes aegypti* sejam trabalhados (Brasil, 2009).

O ACE, além de realizar ações educativas e vistorias nas residências, deve também vistoriar imóveis comerciais e terrenos baldios, realizar a pesquisa larvária em imóveis para levantamento de índices e descobrimento de focos, bem como em armadilhas e em pontos estratégicos, executar a aplicação focal e residual, como medida complementar ao controle mecânico, aplicando os larvicidas indicados e, quando necessário, a destruição de criadouros de difícil acesso para os ACS (Brasil, 2009).

Como forma de incentivar a integração das ações de vigilância em saúde e da atenção básica em bases territoriais comuns a esses profissionais, o Ministério da Saúde cria, em maio de 2010, incentivo financeiro para aqueles municípios que aderirem à incorporação do ACE em suas equipes de saúde da família. Essa incorporação pressupõe a reorganização do processo de trabalho, com definições de papéis e responsabilidades, cabendo a supervisão do ACE a um profissional de nível superior pertencente à ESF (Brasil, 2010).

Nesse contexto, a importância da decisão tomada em São Gabriel do Oeste reside no fato de que elas aprofundam os princípios de descentralização e integralidade do SUS, pois unifica as ações básicas de saúde do controle da dengue no ACS, centralizando nesse profissional o papel de principal elo de contato entre a população e o sistema de saúde e amplia o seu campo de atuação, incorporando mais um aspecto dos cuidados de saúde primários que até esse momento estava sendo compartilhado com o ACE.

Em função da inserção do ACS na comunidade, a expectativa é que essa integração se reflita em uma maior agilidade e eficiência da vigilância epidemiológica e maior eficácia nas ações de educação e promoção da saúde.

O ponto crítico da luta contra a dengue tem sido evitar a formação de criadouros do vetor responsável por sua transmissão nos espaços privados e, em particular, nos espaços domésticos onde os serviços de saúde não têm autonomia de atuação. É necessário ocorrer mudanças de comportamento da população de forma que sejam adotados hábitos que evitem a presença e a reprodução do *Aedes aegypti*, mudanças essas que estão estreitamente ligadas à percepção que a população tem sobre o problema.

O acúmulo das atividades de combate e prevenção da dengue nas atividades do ACS da ESF em São Gabriel do Oeste se encaminha nesse sentido, o que permite levantar algumas dúvidas e questionamentos: Será que o modelo tradicional que se constitui com a presença dos dois profissionais em cada programa consegue, segundo a percepção da população, um melhor desempenho? A população percebe diferenças na atuação de cada profissional? Com qual ela está mais satisfeita?

Na mesma microrregião de São Gabriel do Oeste encontra-se o município de Rio Verde de Mato Grosso, que possui características socioeconômicas semelhantes e que adota o modelo tradicional de organização da luta contra a dengue, com a existência do ACS e do ACE atuando na mesma área geográfica.

Visando buscar respostas aos questionamentos feitos sobre a nova proposta de atuação do ACS no combate a essa doença, adotada em São Gabriel do Oeste, realizou-se este estudo que tem por objetivo levantar aspectos sobre a percepção da população frente à atuação dos ACS na ESF e no PNCD desenvolvidos nesse município e no de Rio Verde de Mato Grosso.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo de caráter exploratório, com abordagem qualitativa, realizado em dois municípios de pequeno porte, Rio Verde de Mato Grosso e São Gabriel do Oeste, em Mato Grosso do Sul/MS.

Os municípios estão localizados na microrregião do Alto Taquari, estando Rio Verde de Mato Grosso distante 194 km da capital do Estado e, São Gabriel do Oeste, 133 km. Segundo estimativa do IBGE (2009), os municípios apresentam 19.217 hab. e 21.646 hab., respectivamente.

Rio Verde de Mato Grosso tem seis Unidades de Saúde da Família na área urbana e uma na rural, com 46 agentes comunitários de saúde. São Gabriel do Oeste possui sete Unidades de Saúde da Família na área urbana e uma na rural, com 52 agentes comunitários de saúde.

Alguns critérios foram considerados para a seleção desses municípios: por serem vizinhos e possuírem populações equivalentes; a implantação da ESF com cobertura de 100% da população urbana deu-se em ambos a partir de 2002; Rio Verde de Mato Grosso possui ACS executando ações estratégicas da atenção básica e ACE, executando ações de controle da dengue; São Gabriel do Oeste, desde a implantação da ESF, desenvolve, através das ações de seus ACS, ambos os programas, ou seja, executam tanto as ações estratégicas da atenção básica, como as de controle da dengue.

Para que se pudesse investigar a presença ou não de vínculo do ACS e ACE com os moradores, foram considerados como variáveis o tempo de moradia, a busca pelos serviços das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) e a identificação nominal dos profissionais.

Foram convidados a participar da pesquisa, moradores da área urbana de cada município, de forma não probabilística. O número de participantes foi definido no processo de coleta dos dados, sendo encerrada quando os objetivos foram atingidos por meio de saturação (Fontanella e col., 2008).

Os dados foram coletados durante o mês de dezembro de 2009, sendo utilizada como técnica o grupo focal (Dias, 2000). As reuniões ocorreram nas próprias UBSF, sendo realizados quatro grupos focais em São Gabriel do Oeste com 28 pessoas, e em Rio Verde de Mato Grosso três grupos focais, com 19 pessoas, considerando cada grupo focal como uma unidade de análise.

O roteiro de coleta de dados foi composto de duas partes: a primeira com identificação dos componentes dos grupos e a segunda com três questões norteadoras: Como vocês percebem o trabalho desenvolvido pelos Agentes Comunitários de Saúde? Como é para vocês o trabalho dos agentes no controle da dengue? Comparando o trabalho do Agente Comunitário de Saúde com o do Agente de Controle de Endemias (Agente de Saúde Pública), dentre os dois, qual você acha que atende de forma mais satisfatória? Por quê? (questão apenas para Rio Verde de Mato Grosso). Aos moradores que aceitaram participar, foram apresentados os objetivos do estudo e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As discussões foram gravadas e, posteriormente, transcritas literalmente.

A organização dos dados foi realizada por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (Lefèvre e Lefèvre, 2005), cuja operacionalização ocorreu em três etapas: na primeira selecionaram-se as Expressões – Chave (EC) a partir dos discursos obtidos em cada grupo, ou seja, dos segmentos contínuos ou descontínuos que revelam o foco principal do seu conteúdo; a segunda etapa caracterizou-se pela identificação da Ideia Central (IC) de cada

uma das expressões-chave. Este momento constituiu-se na síntese do conteúdo das referidas expressões; na terceira etapa, foram reunidas as expressões-chave referentes às ideias centrais, em um discurso síntese, que retrata o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, através do Protocolo nº 1.062/2007, em observância aos pressupostos da Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2003).

Resultados e Discussão

O tempo de moradia dos pesquisados revelou que a maioria morava há mais de um ano na atual residência (97,74% em Rio Verde de Mato Grosso e 85,72% em São Gabriel do Oeste) e 100% dos que residem em Rio Verde de Mato Grosso e 84,72% em São Gabriel do Oeste, buscavam atendimentos nas UBSF.

Em Rio Verde de Mato Grosso, 94,74% dos participantes da pesquisa souberam identificar o ACS, mas quando indagados sobre o ACE, mais da metade, ou seja, 68,42% não souberam informar o seu nome. Em relação a São Gabriel do Oeste, onde existe exclusivamente o ACS, 85,72% dos pesquisados souberam relatar os nomes adequadamente.

Dentre os 68,42% dos pesquisados que não souberam relatar o nome do ACE em Rio Verde de Mato Grosso, apontaram como um dos motivos, a rotatividade desse profissional da área, o que pode prejudicar a possibilidade de vínculo com o morador.

Essa mesma dificuldade foi identificada em um estudo realizado em Catanduva (SP), em que apesar das mulheres relatarem serem receptivas aos agentes de controle de vetores durante as visitas domiciliares, foi destacada: a ausência de vínculo entre serviço e usuário dado pelo rodízio desses agentes, prejudicando o andamento do trabalho (Chiaravalloti e col., 2002).

Em outro estudo realizado em São José do Rio Preto, constatou-se que as moradoras são contrárias ao rodízio dos agentes em suas casas, alegando ser por uma questão de segurança: “eu gosto de ver sempre a mesma pessoa, e se algum dia houver alguma falsificação de agente, com uniforme; agora há muita troca, e isso daí acaba também prejudicando” (Chiaravalloti e col., 2007).

A percepção da população quanto às diferentes propostas de atuação do ACS nos municípios pesquisados permitiu revelar cinco Ideias Centrais (IC).

A primeira IC destaca a qualidade do trabalho do ACS, na qual o discurso do sujeito coletivo reflete satisfação em relação à atuação do ACS em ambos os municípios, sem

diferenças na abordagem durante as visitas domiciliares e sim, semelhanças, quanto à postura educada, esclarecedora e prestativa.

DSC (1) - Município de São Gabriel do Oeste:

Na minha opinião ela é ótima. Ela chega na minha casa, olha tudo o que tem para olhar, conversa. Pergunta se está tudo bem, se não tem nenhum problema, é tudo bem feitinho. Ao menos o agente que passa em casa é esclarecido, fala, pergunta, sabe explicar a hora que a pessoa tem que tomar o remédio. Quando a pessoa é analfabeta desenha o sol, a lua, para não ficar com dúvida. E assim o trabalho deles está muito bem desenvolvido, com muito respeito deles, muita educação, para mim é satisfatório.

DSC (2) – Município de Rio Verde de Mato Grosso:

Eu acho bom, é ótimo, porque ela não deixa de comunicar alguma coisa quando muda na unidade sabe, gosto porque ela sempre vem e traz as coisas novas, quando alguém precisa pode procurar que ela resolve, é muito atenciosa, muito corajosa, muito prestativa e responsável também.

O fato de o ACS de São Gabriel do Oeste acumular as atividades da ESF e do controle da dengue sugere uma otimização das ações.

A segunda IC, atuação do ACS na ESF, evidencia em ambos os discursos um sujeito coletivo questionador, conhecedor das atribuições do ACS, mas que desejaria incorporar outras atividades durante as visitas domiciliares, como a verificação da pressão arterial e a marcação de consultas médicas, evitando o deslocamento do usuário até a unidade de saúde, o que revela a falta de entendimento do trabalho do ACS.

DSC (1) – Município de São Gabriel do Oeste:

Ela faz realmente o papel de agente. Eu acho que tem que ter esse vínculo. É ele se importar, chegar, conversar, perguntar e orientar a gente sobre vacina, quintal, fazem busca ativa dos cachorros. Aí no caso se a pessoa é diabética e se tem pessoa de pressão alta eles vão lá e conferem tudo. Se acabou o remédio eles passam lá, eles avisam que tem reunião, que está acabando o remédio, quando é gestante também, quando troca de médico, quando não tem médico, tudo aqui eles avisam nas casas. Eles vão quase toda semana em casa, olha se tem água, se não tem nas vasilhas, sempre que estão passando eles estão instruindo o que deve fazer, os sintomas, tudo para você procurar um médico. Quando as pessoas estão precisando de uma consulta urgente, podiam marcar ou fazer alguma coisa, mas essa parte não tem, você tem que se virar!

DSC (2) – Município de Rio Verde de Mato Grosso:

Às vezes a pessoa trabalha, mas eles tentam até achar a gente em casa. Eu acho importante o trabalho da agente de saúde, vai nos outros postos pegar remédio para a gente, já avisam que não precisa ir lá porque não tem médico hoje, pega a receita, pede ambulância. A minha agente é muito prestativa, ela leva a enfermeira chefe ou o doutor para medir a pressão, cuida da saúde da gente, pergunta se está tudo bem, sempre deixa recadinho quando não tem ninguém em casa. Ela está fazendo um bom trabalho porque segue o meu tratamento desde que eu mudei para cá. Eu tenho asma, sou diabética, ela está direto passando lá em casa para ver se eu estou tomando os remédios. Eu acho que o trabalho do agente de saúde é o acompanhamento da família, acompanhar os hipertensos, diabéticos, ver se estão tomando os remédios certinho, dar informação para o idoso. Eu acho que deveria fazer um treinamento para as agentes de saúde aprender a medir uma pressão e cada um deveria conseguir um aparelhinho, para carregar na hora de fazer as visitas nas famílias. Aí se desloca longe para ir medir uma pressão, tem que aguardar não sei quantos minutos, as pessoas estão ocupadas, eu acho que isso aí seria muito legal para os agentes.

Essas mesmas distorções quanto à falta de entendimento do trabalho do ACS foram verificadas em um estudo realizado em um município do Rio Grande do Sul, no qual a população referiu desejar que o ACS fizesse o papel de enfermeiro, como verificar a pressão e aplicar injeção (Menegolla e col., 2003).

Essa atitude indica que a população não conhece o que compete ao Agente Comunitário de Saúde. Por isso, verifica-se a necessidade de que a população seja constantemente esclarecida sobre as atribuições do ACS, assim como, de todos os profissionais que integram a equipe da ESF, para que a população possa expressar o grau de satisfação em relação à oferta de ações em saúde.

Dentre as atribuições do ACS corretamente identificadas durante as visitas domiciliares, está o seu papel de orientador perante a comunidade, pois esclarecem sobre a rotina do serviço da unidade de saúde e, também, desenvolvem ações básicas a grupos específicos como: diabéticos, hipertensos, gestantes, idosos e doenças como dengue e leishmaniose. Para o Ministério da Saúde (Brasil, 2007a), cabe ao ACS orientar a comunidade quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis e, também, promover ações de promoção da saúde, prevenção das doenças e agravos, e de vigilância à saúde, tanto durante as visitas domiciliares, como por meio de ações educativas individuais ou coletivas, mantendo a equipe sempre informada.

A terceira IC, atuação do ACS no controle da dengue, revela, em ambos os discursos, que o ACS executa um papel de interlocutor para o morador junto ao vizinho que apresenta precariedade na higienização do seu quintal, intermediando e evitando possíveis conflitos.

DSC (1) – Município de São Gabriel do Oeste:

O agente de saúde tem que focar a conscientização, ele fala só sobre dengue. Eles olham se a gente não tem vasilha com água e olham o quintal. Eu sempre gostei muito de planta dentro de casa, com água e nunca imaginava que poderia gerar o mosquito da dengue. Ela vem uma vez no mês e investiga o quintal todinho, se a gente está bem. No caso essas visitas são muito importantes para a população porque eles estão analisando o quintal, em casos de dengue, quando chove, lixo no quintal. O agente de saúde é importante também para ajudar sobre a dengue, eles têm sim um trabalho muito importante porque eles vão nas oficinas passar veneno, o pneu que fica jogado, junta água, eles vão colocar remédio. A região que precisa mais eles vão lá e fazem o perifocal. Sempre isso no final de semana eles estão fazendo. Passando veneno, remédio. Porque daí durante a semana eles fazem a visita e sabem onde mais precisa. Também não cabe ao agente de saúde sair catando lixo. A gente não vai falar para o vizinho cuidar, mas a gente pode falar para o agente.

DSC (2) – Município de Rio Verde de Mato Grosso:

Ele explica direitinho para a gente, em relação à sujeira, às vasilhas que a gente deixa ali que junta água, coisas mínimas que a gente nem imagina, vai no quintal da gente reparar alguma coisa, plantinha com água. E a gente já sabe que não pode deixar. A gente cuida muito bem do nosso quintal, mas tem quintal sujo e a gente fica com vergonha de chegar até o vizinho. A gente vai até ela, ela tem mais jeito de falar. A dengue é quando está mais perto mesmo da chuva, ontem mesmo elas passaram, entregando folheto, explicando, falando. Nos outros dias assim ela faz mais perguntas, vê como é que está a saúde, diabetes, saúde da família. Ela resolve tudo para a gente, orienta para fazer o exame, eu sempre limpo a minha casa porque eles orientam, eles olham o nosso quintal. Se tem alguma coisa, eles falam para a gente.

No DSC (1), verifica-se que, em Gabriel do Oeste, o ACS está cumprindo um novo papel, pois as suas atividades referentes ao controle da dengue extrapolam as preconizadas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2009). Além de realizarem vistorias e orientações aos moradores quanto aos cuidados com os quintais, plantas e lixos, o que também está presente no DSC (2), executa fiscalização a pontos estratégicos como borracharias e borrifação com larvicida. Essa situação se justifica, devido ao fato de o ACS acumular as atividades da ESF e do PNCD, não existindo a figura do ACE.

No DSC (2), destaca-se um sujeito conhecedor das atribuições do ACS, que mesmo desenvolvendo ações do PNCD, entende que não é papel do ACS colher lixo.

O equívoco que envolve a coleta de lixo por parte dos agentes também foi verificado em estudo realizado em São José do Rio Preto (SP), exemplificado pela pergunta de um morador: *Ah, quando que você vai passar na minha casa pra pegar o lixo?* (Chiaravalloti e col., 2007).

É preciso envolver a população para que ela se sinta corresponsável pelo controle e prevenção da dengue e que não exija apenas ações do setor público de saúde.

A quarta IC faz referência à integração das ações do ACS no município de São Gabriel do Oeste, com a presença exclusiva do ACS em um mesmo território, que segundo o discurso do coletivo, apresenta vantagens e desvantagens.

DSC (1) - Vantagens da integração das ações no município de São Gabriel do Oeste:

Eu acho que é melhor. Então acho que uma pessoa só ela vai uma vez na sua casa. Porque põe dois, às vezes, vai um na frente, outro atrás, fazer igual o outro e você não entende direito. Porque às vezes vai, explica de um jeito, aí vai um outro, explica de outro jeito. Aí você confunde. Ele pode cuidar de todas as coisas e conhecer melhor a família. Eu acho melhor o agente de saúde fazer os dois trabalhos, apesar que eu acho que é super-carregado pra eles, mas vale a pena se ele fizer o trabalho de uma só vez. Tem o tempo certo para a dengue acontecer, que é a época de chuva. Então, assim, deveria ser contratada uma equipe nesse período a mais se estivesse de férias. Se ele não estivesse de férias, estaria fazendo a borrifação para o mosquito da dengue.

DSC (2) - Desvantagens da Integração das ações no município de São Gabriel do Oeste:

O agente comunitário de saúde cuida de tudo, cuida da dengue, olha os quintais e cuida da saúde geral. Por eles terem que fazer o focal e o PSF não sobra muito tempo. Ter uma pessoa pra cuidar a saúde e outro pra cuidar as outras coisas, sobrecarrega muito o agente. Ele vai deixar a desejar nas visitas. Quando é tempo de fechar o ciclo correm, não param, fica mais difícil, eles ficam loucos os coitados. Pode até dar conta, mas é puxado porque tem de cuidar tudo. Até passar veneno eles passam, eu acho que deveria ser separado, porque às vezes está cuidando do mosquito da dengue, que pode afetar a saúde das pessoas, mas a pessoa está doente e o agente não está indo lá ver se ela está bem, eu acho que as duas coisas não dão.

Quanto às vantagens apontadas no DSC (1), o fato de o ACS acumular os dois programas facilita ao morador receber um número menor de visitas e, consequentemente, evita duplicidades; as orientações podem tornar-se repetitivas e confusas e, a existência apenas do ACS contribui para que ele conheça melhor o morador. No entanto, o sujeito

coletivo entende que pode sobrecarregar o ACS, e que, em período de férias, poderia haver substituição do profissional por outro, não deixando a microárea descoberta.

No DSC (2), a desvantagem referida com relação à atuação do ACS no PNCD está na realização da borrifação com larvicida em vários bairros, o que faz com que ele deixe de realizar suas visitas domiciliares, prejudicando a identificação de moradores que talvez necessitem de sua atenção.

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2008), cabe aos gestores municipais e equipes de saúde definirem claramente quais as competências, papéis e responsabilidades de cada um desses agentes, de acordo com a realidade de cada um, estabelecendo fluxos de trabalho. Ambos os profissionais, ACS e ACE, são corresponsáveis pelo controle da dengue e devem trabalhar de maneira integrada.

Um exemplo de possível integração foi desenvolvido em São José do Rio Preto (SP), através da inserção do ACS de equipes de Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), na prevenção e controle da dengue, conforme as diretrizes da Portaria Ministerial nº 44 (Chiaravalloti e col., 2006).

Os autores avaliaram duas áreas, uma com e outra sem a ESF, vindo a concluir que a integração dos dois programas é viável e representou otimização de recursos ao evitar a duplicidade das visitas, isto é, onde atuam os ACS, o controle de vetores pode atuar de forma complementar, além de possibilitar um maior envolvimento da comunidade no controle da dengue (Chiaravalloti e col., 2006).

Ainda nesse estudo, verificou-se que a atuação do ACS no controle da dengue abriu novas possibilidades, pois este lida diretamente com as questões de saúde das famílias, o que facilita o repasse de orientações sobre prevenção aos moradores. Observou-se também, maior adesão dessas atividades desenvolvidas por esse agente. A atuação do ACS trouxe novos elementos à discussão sobre o papel do ACE e de sua relação com a população e dessa com o serviço (Chiaravalloti e col., 2006).

Outra experiência bem sucedida com a utilização do ACS no controle da dengue foi desenvolvida no município de Ibité (MG), onde a Secretaria Municipal de Saúde decidiu integrar o trabalho dos ACS com as ações desenvolvidas pelos ACE, com o objetivo de integrar e otimizar o trabalho dos recursos humanos disponíveis e de realizar o Levantamento de Índice de Infestação Predial (IIP), que é a proporção de casa com *Aedes aegypti* em relação ao total de casas pesquisadas (Brasil, 2007b).

Como resultado desse trabalho, houve queda para o período de 2000 a 2003 no número de casos de dengue, passando de 84 casos em 2000, para dois casos em 2003 (Brasil, 2007b).

A quinta IC realiza uma comparação da atuação do ACE com o ACS no município de Rio Verde de Mato Grosso, pois nesse município é verificada a presença dos dois profissionais em um mesmo território.

DSC (1) - Atuação do Agente de Controle de Endemias no município de Rio Verde de Mato Grosso

Eles são muito bons, mas só falam de dengue, não falam de outras coisas, só passam olhando, o tempo é pouco, não dá muita conversa, não ligam, não tomam providência. O agente de endemias é tanto da saúde da gente como do lugar que a gente vive, revistam todo o quintal e aquilo que ele acha que não é correto ele fala pra você. Parece que é aquela obrigação fazer visita na casa. Tem uns que nem pergunta, vem, acha tudo, não te fala nada. Então para a dengue o melhor é o pessoal do controle de endemias, porque é o serviço deles.

DSC (2) - Atuação do Agente Comunitário de Saúde no município de Rio Verde de Mato Grosso

A agente de saúde é mais competente nessa parte. É mais atenciosa, tem mais tempo, conversa mais, dá mais explicação, passa mais informação, toma providências, pergunta se estou bem, me orienta sobre dengue, entrega por escrito as coisas. É pra mim como se fosse parte da família, tem aquele tempinho pra nos ouvir. Mesmo que não passe na casa, você pode vir no posto, é constante, é quase diariamente, trabalha na comunidade. O agente de saúde é para a saúde da gente mesma, ela não vai lá olhar o quintal, vem fala com a gente sobre saúde, o que tem que fazer, é mais conscientização.

O DSC (1) revela um sujeito coletivo não muito satisfeito com a atuação do ACE, porque este se limita a falar apenas sobre dengue, e não se preocupa em atuar em outras atividades, relaciona-se pouco com o morador e trabalha por mera obrigação. Mas, para o sujeito coletivo, também é evidente que atuar com dengue é serviço específico desse profissional.

Para o DSC (2), é explícito que a satisfação do sujeito coletivo com o ACS é maior, apontando ser ele mais competente, atencioso, pois resolve os problemas, e houve a confirmação da presença de vínculo com o morador. Orientações relacionadas à dengue também foram referidas, mas restritas em orientações e não vistoria do quintal para busca de possíveis criadouros.

Parece ser de entendimento do coletivo que, ao comparar a atuação dos dois trabalhadores, o tema dengue é específico para o ACE, pois este é o serviço de sua função, enquanto que para o ACS o foco é o tema saúde, o que vai muito além do que realizar as atividades de controle e prevenção da dengue.

Conclusões

Os resultados demonstraram que há menor vínculo com o ACE, visto que os moradores não souberam relatar nominalmente esse profissional, o que não foi verificado em relação ao ACS.

Com relação à qualidade do trabalho do ACS, o sujeito coletivo manifestou-se satisfeito, pois não percebeu diferenças em ambos os processos de trabalho. Apesar de o ACS desempenhar atividades dos programas da ESF e do PNCD, não significou ser esse acúmulo um fator limitante para o seu bom desempenho.

Quanto às atribuições do ACS na ESF, em ambos os discursos coletivos foi relatado que ele realiza atividades educativas junto à comunidade, mas algumas distorções foram evidenciadas, como o fato de lhe ser solicitado que verificasse pressão arterial e a marcação de consultas médicas, atividades essas que não fazem parte de suas atribuições. É importante orientar a população, de forma continuada, sobre as reais atribuições do ACS, a fim de evitar possíveis conflitos durante a atuação desse profissional.

Das atribuições do ACS referentes ao controle da dengue, os discursos apontaram semelhanças, quando evidenciaram que o ACS realiza papel de interlocutor entre morador e vizinho. Importante destacar que em São Gabriel do Oeste foi descaracterizada a imagem do ACS como catador de lixo, visto que ao olhar da população, não lhe é atribuída essa atividade e, também reconheceram que o ACS assume as atividades de controle da dengue, inerentes ao ACE.

Segundo os discursos, a presença exclusiva do ACS em um mesmo território apresentaria vantagens e desvantagens. As vantagens apontadas foram: diminuição no número de visitas e da duplicidade; a presença de apenas um profissional evitaria orientações repetitivas, com minimização de dúvidas e confusões; maior possibilidade de vínculo com o morador. Quanto às desvantagens, o ACS, ao executar algumas atividades específicas do PNCD, como a borrifação com larvicida, deixa de realizar visitas domiciliares, e esta ausência poderia prejudicar os moradores de sua microárea.

Ao comparar a atuação dos dois profissionais em Rio Verde de Mato Grosso, observa-se que o sujeito coletivo apresentou um maior grau de satisfação com o desempenho do ACS e, que considera o programa da dengue como competência específica do ACE. É importante esclarecer a população que dengue é um problema de todos, e que os profissionais devem atuar de forma articulada em suas bases territoriais, com a mobilização dos moradores a se sentirem corresponsáveis no combate à dengue.

Em São Gabriel do Oeste, segundo a percepção dos entrevistados, houve maior satisfação com o desempenho potencializado dos ACS, o que possibilitou ao gestor local aumentar a produtividade desse profissional.

A existência de um único agente atuando nas várias atividades do nível da atenção básica, inclusive no controle da dengue, como ocorre em São Gabriel do Oeste, constitui uma importante alternativa de organização de trabalho a ser considerada nesse nível de atenção, como indicam os resultados do presente estudo, considerando que o grau de satisfação da população nesse município, é maior do que em Rio Verde de Mato Grosso, onde há a existência de dois agentes para o controle da dengue.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Programa nacional de controle da dengue*. Brasília: DF, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. [Portaria n. 44/GM/MS, de 03 de janeiro de 2002](#). Define as atribuições do Agente Comunitário de Saúde – ACS na prevenção e no controle da malária e da dengue, 2002b. Disponível em: <www.funasa.gov.br/>. Acesso em: 10 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. *Normas de pesquisa envolvendo seres humanos*. (Resolução 196/96 e outras). 2. ed. Ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_0559_MP.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2010.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Coordenação Regional de Mato Grosso do Sul. *Caderno de legislação do servidor público*. Campo Grande: [s.n.], 2005.

BRASIL. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5.º do art. 198 da Constituição. Dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2.º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 9 jun. 2006. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/legislacao.php>>. Acesso em: 13 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Parceria entre atenção básica e vigilância epidemiológica no controle da dengue. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, Brasília, DF, ano VIII, n. 16, p. 50-55. 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de atenção básica nº 21: vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose*. 2 ed. revisada, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. *O agente comunitário de saúde no controle da dengue*. Brasília: DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.007, de 4 de maio de 2010. Define critérios para regulamentar a incorporação do agente de controle de endemias na atenção primária à saúde, 2010. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/103937-1007>>. Acesso em: 13 jan. 2010.

CHIARAVALLOTI, V. B. *et al.* Avaliação sobre adesão às práticas preventivas do dengue: o caso de Catanduva, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1321-1329, 2002.

CHIARAVALLOTI, F. N. *et al.* Controle do dengue em uma área urbana do Brasil: avaliação do impacto do programa saúde da família com relação ao programa tradicional de controle. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 987-997, 2006.

CHIARAVALLLOTI, F. N. *et al.* O programa de controle do dengue em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil: dificuldades para a atuação dos agentes e adesão da população. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1656-1664, 2007.

DIAS, C. A. Grupo Focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. *Revista Informação & Sociedade: Estudos*, Paraíba, v. 10, n.2, p. 1-12, 2000.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cadernos de Informações de Saúde Mato Grosso do Sul, 2009. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/ms.htm>>. Acesso em: 14 jan. 2010.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE A. M. C. *O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)*. 2 ed. Caxias do Sul: EDUCS, 2005.

MARTINES W. R. V.; CHAVES E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 426-433, 2007.

MENEGOLLA, V. L.; POLLETO, D. S.; KRAHL, M. O agente comunitário de saúde no desenvolvimento de seu trabalho. *Boletim da Saúde*, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 81-93, 2003.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre os fundamentos da ESF está a presença do vínculo das equipes com a comunidade, e o ACS possui papel fundamental como facilitador desse processo. Para a população de São Gabriel do Oeste, a presença de um único agente em uma mesma base territorial favoreceu a presença desse vínculo, expressada pela maioria que conhecia nominalmente o seu ACS. Também para a população de Rio Verde de Mato Grosso esse vínculo foi evidenciado junto a seus ACS, pois os consideraram mais competentes, atenciosos e solucionadores dos problemas identificados. Já em relação aos ACE, coube-lhes exclusivamente a responsabilidade em desenvolver ações do programa de controle da dengue e, devido a sua rotatividade, não conseguiram estabelecer vínculo com sua população.

O fato do ACS de São Gabriel do Oeste acumular as atividades dos dois programas, na percepção da população, não comprometeu a qualidade da sua atuação, pois ela se declarou satisfeita não somente com a forma de abordagem de suas visitas domiciliares, mas também, com a postura educada, esclarecedora e prestativa.

Também não foram evidenciadas diferenças na percepção da população em relação à atuação do ACS na ESF, ambas conheciam as atribuições de seus ACS, apesar de desejarem incorporar a eles outras atividades, como verificação da PA e marcação de consultas. Tais discursos apontam para a necessidade de que a população deva ser sempre esclarecida sobre as reais atribuições dos ACS, independentemente do modo de atuação proposto em seu município.

Comparando a atuação do ACS e do ACE em Rio Verde de Mato Grosso, a população mostrou-se mais satisfeita com o ACS, pois declarou ser ele mais atencioso e empenhado em solucionar os problemas identificados, ser mais competente e, assim como em SGO, declarou a presença de maior vínculo. Quanto ao ACE, o estabelecimento de vínculo foi menor, sua atuação restringiu-se a desenvolver as ações do programa da dengue e este não se preocupou em realizar outras atividades.

Com relação à atuação do ACS no controle da dengue, foi percebida pela população de São Gabriel do Oeste uma participação efetiva dele nesse programa, apesar de vantagens e desvantagens terem sido apontadas. Como vantagens foram citadas que um único agente permite evitar revezamentos durante a realização das visitas domiciliares, que ora é feita por um ACS, ora por um ACE, tornando-as repetitivas e em duplicidades e, que também, facilita a criação do vínculo. A desvantagem citada é que o deslocamento dos ACS para a realização da

borrifação com larvicidas em outras localidades faz com que deixem de cumprir suas visitas domiciliares, prejudicando o atendimento às famílias de suas microáreas.

Esses deslocamentos dos ACS poderiam ser evitados com a criação de outra equipe treinada especificamente para essa finalidade, já que requer um maior nível de complexidade para a sua execução. Dessa forma, ações seriam hierarquizadas de acordo com sua complexidade, ficando sob responsabilidade do ACS, aquelas que estejam em seu primeiro nível de atenção.

Outro benefício identificado com a presença de um único ACS em São Gabriel do Oeste foi o fato de terem recebido, segundo suas respostas, um maior número de supervisões em campo, que foram realizadas tanto pelos enfermeiros, como pelos supervisores de áreas, já que compartilhavam de uma mesma base territorial.

A priorização dos programas para a realização das visitas foi distinta, pois segundo os ACS de São Gabriel do Oeste, as atividades do programa de controle da dengue já estavam incorporadas às suas rotinas de trabalho. Apesar dos ACS de Rio Verde de Mato Grosso terem realizado o treinamento sobre a proposta de Zoneamento Compartilhado da SES/MS, concentravam suas atividades principalmente no repasse de informações e orientações, não realizando vistorias nos domicílios em busca de possíveis criadouros do *Aedes aegypti*.

A população de São Gabriel do Oeste percebeu que a incorporação das atividades de controle da dengue nas atribuições do ACS gerou para eles uma sobrecarga de trabalho. Essa sobrecarga também foi referida pelos ACS embora tenham declarado que as atividades de controle da dengue já estavam incorporadas à sua rotina de trabalho.

Em relação às repercussões que essa incorporação produziu no programa da dengue, observou-se que o IIP, indicador selecionado do PNCD, se manteve acima de 1% em quase todos os anos do período estudado nos dois municípios. No entanto, em Rio Verde de Mato Grosso, esse indicador apresentou resultados superiores aos de São Gabriel do Oeste, apesar de seus ACE realizarem apenas as ações de controle da dengue.

Na percepção dos ACS de São Gabriel do Oeste essa incorporação de atividades não diminuiu a sua produtividade, pois eles declararam realizar um número de visitas domiciliares semelhante ao que os ACS de Rio Verde de Mato Grosso declararam.

Apesar de considerarem que tiveram um bom desempenho, essa situação não se confirmou ao se observar o comportamento da média mensal de visitas domiciliares que se apresentou decrescente no período estudado revelando uma piora efetiva no desempenho dos ACS de São Gabriel do Oeste nesse quesito.

É possível creditar ao volume de trabalho desenvolvido pelos ACS essa percepção de bom desempenho, pois, além do acúmulo das atividades do controle da dengue nos domicílios das famílias, eles também passaram a realizar visitas a imóveis comerciais, terrenos baldios e pontos estratégicos que são registrados exclusivamente no Boletim Diário do Programa de Controle da Dengue do SISFAD.

A proposta de integração das ações dos ACS em uma única base territorial, também deveria ser estendida para a integração dos Sistemas de Informação utilizados, já que o SIAB contabiliza o número de visitas domiciliares realizadas às famílias cadastradas e o SISFAD, registra o número de imóveis inspecionados por bairros, podendo uma microárea abarcar segmentos de diferentes bairros. Essa integração iria também contribuir para a redução do volume de trabalho do ACS através da diminuição no número de boletins a serem preenchidos durante as atividades realizadas.

Quanto ao índice de pendência do PNCD, esse se apresentou em quase todo o período elevado para o município de São Gabriel do Oeste, o que reflete que seus ACS não estão conseguindo atingir o número de visitas estabelecidas em suas microáreas, seja por esse acúmulo ou, também, pela dificuldade de acesso aos seus imóveis. Cabe ressaltar, no entanto, que apesar do município de Rio Verde de Mato Grosso contar com um agente especializado na luta contra a dengue, os seus resultados não são significativamente melhores que os de São Gabriel do Oeste. Essa situação pode estar se invertendo, pois no último ano estudado o IP de São Gabriel do Oeste já foi inferior ao de Rio Verde de Mato Grosso.

Para os indicadores analisados da ESF: proporção de crianças menores de um ano com esquemas vacinais em dia e proporção de hipertensos acompanhados de São Gabriel do Oeste pode-se constatar uma piora do desempenho desse município tanto em relação à Rio Verde de Mato Grosso como à média do estado e, em particular, na proporção de hipertensos acompanhados.

Essa queda dos índices de São Gabriel do Oeste não foi sentida pelos seus ACS, visto que a maioria citou acompanhar os esquemas vacinais de suas crianças por meio do cartão-espelho, assim como realizar orientações aos diabéticos e hipertensos de como utilizar corretamente os medicamentos prescritos, dieta e controle da pressão arterial.

Uma possibilidade para que as ações dos ACS de São Gabriel do Oeste fossem desenvolvidas com maior efetividade e, consequentemente, apresentassem resultados mais satisfatórios e com menor sobrecarga de trabalho, seria a diminuição de suas áreas territoriais, ou seja, que as microáreas fossem estabelecidas levando em consideração a carga adicional de atividades do controle da dengue na ESF, o número famílias cadastradas e também o

número de imóveis comerciais, terrenos baldios e pontos estratégicos a serem vistoriados no âmbito do PNCD.

A partir dos resultados obtidos nesse estudo é possível concluir que a proposta de atuação dos ACS de São Gabriel do Oeste, se mostrou viável com a integração das ações de atenção primária em um único agente, no entanto, também foi possível constatar, a necessidade de se efetuar ajustes para evitar os prejuízos decorrentes da sobrecarga de trabalho ocorrido com a incorporação das atividades do PNCD nas atividades dos ACS.

REFERÊNCIAS

Almeida PF, Giovanella L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. Cad Saúde Publ. 2008; 24(8):1727-1742.

Barbosa PR, Carvalho AI, Ribeiro JM. Modelos de atenção à saúde: conceitos básicos, aspectos históricos e desafios para práticas inovadoras, 2004. [acesso em 2010 Jan 24]. Disponível em: <http://www.fiocruz.br>.

Brasil. Ministério da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Funasa. Plano de Erradicação do Aedes aegypti. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa de saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 2001a.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do programa saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 2001b.

Brasil. Ministério da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Funasa. Plano de Intensificação das Ações de Controle da Dengue. Brasília: Ministério da Saúde; 2001c.

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Dengue - instruções para pessoal de campo ao vetor: manual de normas técnicas. Brasília, 2001d.

Brasil. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 11 jul. 2002a [Acesso em 23 mar. 2010]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10507.htm

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Programa nacional de controle da dengue (PNCD). Brasília: Ministério da Saúde; 2002b.

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Roteiro para capacitação de agentes do PACS/PSF nas ações de controle da dengue. Brasília, 2002c.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Normas de pesquisa envolvendo seres humanos Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996. 2. ed. Ampl. Brasília (DF) 2003. [acesso em 14 jan. 2010]. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_0559_MP.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 6 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

Brasil. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 9 jun. 2006. [Acesso em 23 mar. 2010]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislação/lei11350_05_10_06.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de atenção básica. Política nacional de atenção básica. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007a.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção primária e promoção da saúde. Brasília: CONASS; 2007b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em saúde e atenção básica aliadas para qualidade de vida. Revista Brasileira Saúde da Família 16; 2007c.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: 10 anos em Mato Grosso do Sul. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Dengue: histórico. 2011a. [acesso em 2010 Jan 24]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31123

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Nota técnica nº 12. 2011b. [acesso em 2010 Jan 17]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nt_para_denv4_18_01_11.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Dengue. Balanço dengue. 2011c. [acesso em 2011 Nov 8]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/informe_dengue_2011_37_39.pdf.

Chiaravalloti Neto F, Barbosa AAC, Cesarino MB, Favaro EA, Mondini A, Ferraz AA, et al . Controle do dengue em uma área urbana do Brasil: avaliação do impacto do programa saúde da família com relação ao programa tradicional de controle. Cad Saude Publ. 2006; 22(5): 987-997.

Dias CA. Grupo Focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. Informação & Sociedade: Estudos. 2000; 10(2): 141-58.

Driessnack M, Souza VD, Mendes IAC. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: parte 2: desenhos de pesquisa qualitativa. Rev Lat Am Enfermagem. 2007; 15(4): 684-688.

Faria HP, Coelho IB, Werneck MAF, Santos MA. Modelo Assistencial e atenção básica à saúde. 2 ed. Belo Horizonte: Editora Coopmed; 2010.

Gubler DJ. The arboviruses: ecology and epidemiology. In: Monath, TP. Boca Raton. Flórida (USA); 1988.

Langer BC, Guimarães AC. Ações integradas atenção básica e vigilâncias em São Gabriel do Oeste/MS. In: dez anos de saúde da família Mato Grosso do Sul; 2008 jun.25-26; Campo Grande, Mato Grosso do Sul.

Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa(desdobramentos). 2 ed. Caxias do Sul: Educs; 2005.

Mato Grosso do Sul. Decreto Nº 11.684, de 8 de setembro de 2004. Dispõe sobre a composição das Equipes do Programa de Saúde da Família e altera os valores de incentivo financeiro estadual para o Programa de Saúde da Família. Diário Oficial [do] Estado de Mato Grosso do Sul. 16 set. 2004. [Acesso em 23 mar. 2010]. Disponível em: http://www.saude.ms.gov.br/index.php?templat=vis&site=116&id_comp=669&id_reg=2545&voltar=lista&site_reg=116&id_comp_orig=669

Mato Grosso do Sul. Secretaria de Estado de Saúde. Diretoria Geral Vigilância em Saúde. Coordenadoria de Controle de Vetores. Capacitação para agentes do PNCD: EACS/ESF na estratégia do zoneamento compartilhado. Campo Grande, 2009.

Mato Grosso do Sul. Decreto Nº 13.2909, de 2 de junho de 2011. Dá nova redação ao caput do art. 5º- A do Decreto nº 10.500, de 28 de setembro de 2001, que dispõe sobre o repasse de recursos do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde. Diário Oficial [do] Estado de Mato Grosso do Sul. 2 jun. 2011. [Acesso em 10 jun. 2011]. Disponível em: http://www.saude.ms.gov.br/index.php?templat=vis&site=116&id_comp=669&id_reg=2545&voltar=lista&site_reg=116&id_comp_orig=669

Nogueira RMR, Miagostovich MP, Lampe E, Schatzmayr HG. Isolation of dengue vírus type 2 in Rio de Janeiro. Mem. Inst. Oswaldo Cruz. 1990; 85(2): 253.

Nogueira RMR, Miagostovich MP, Filippis AMB, Pereira MAS, Schatzmayr HG. Dengue vírus type 3 in Rio de Janeiro, Brazil. Mem. Inst. Oswaldo Cruz. 2001; 96 (7): 925-926.

Osanaí CH, Travassos da Rosa APA, Tang AT, et al. Surto de Dengue em Boa Vista, Roraima. Rev.Inst. Med. trop. de São Paulo. 1983; 25: 53-54.

Pedro A. O dengue em Nictheroy. *Brazil-Médico*. 1923; 37:173-177.

Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad Saude Publ*. 2004; 20(2): 438-446.

Rio Verde de Mato Grosso (MS). Secretaria Municipal de Saúde. Plano municipal de saúde, 2006.

San Martín JL, Prado M. Percepción del riesgo y estrategias de comunicación social sobre el dengue en las Américas. *Rev Panam Salud Publica*. 2004; 15(2): 135-139.

San Martín JL, Brathwaite - Dick O. La estrategia de gestión integrada para la prevención y el control del dengue en la región de las Américas. *Rev Panam Salud Publica*. 2007; 21(1): 55-62.

Santana JCB, Vasconcelos A, Martins CV, Soares JM, Dutra BS. Agente comunitário de saúde: percepções na estratégia da saúde da família. *Cogitare Enferm*. 2009; 14(4): 645-652.

Santos S L. Avaliação das ações de controle da dengue: aspectos críticos e percepção da População. [Tese]. Recife: Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz; 2003.

São Gabriel do Oeste. Prefeitura Municipal São Gabriel do Oeste. Lei Complementar n.º 052 de 24 de abril de 2008. Dispõe sobre a regulamentação das atividades de Agente Comunitário de Saúde, na forma que especifica e dá outras providências. São Gabriel do Oeste (MS), 2008.

Schatzmayer HG, Nogueira RMR, Travassos da Rosa APA. An Outbreak of Dengue virus at Rio de Janeiro-1986. *Mem. Inst. Oswaldo Cruz*. 1986; 81(2): 245-246.

Silva JA, Dalmaso ASW. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002.

Silva Junior JB, Pimenta Junior FG. Epidemiologia da dengue. In: Souza LJ. Dengue: diagnóstico, tratamento e prevenção. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio; 2008. p. 11 – 35.

Tauil PL. Aspectos críticos do controle do dengue no Brasil. Cad Saude Publ. 2002; 18(3): 867-871.

Teixeira MGLC. Dengue e espaços intra-urbanos: dinâmica de transmissão viral e efetividade das ações de combate vetorial. [Tese]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia; 2000.

Vianna ALD, Dal Poz MR. A reforma sanitária do sistema de saúde no Brasil e Programa de Saúde da Família. Physis. 1998; 8(2):11-48.

Webster DP, Farrar J, Rowland JS. Progress towards a dengue vaccine. Lancet Infect Dis. 2009; 9(11): 678-687.

World Health Organization (WHO). The focus group manual. Geneva: WHO. 2007. [Acesso em 10 ago. 2009]. Disponível em:

<http://www.unu.edu/unupress/food2/UIN03E/uin03e00.htm#Contents>

World Health Organization (WHO). Dengue: guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control. Geneva, 2009.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE COLETA DE DADOS

INSTRUMENTO DE COLETA

1. Gênero

☐ F

☐ M

2. Há quanto tempo atua como ACS?

a. ☐ 6 meses - 1 ano

b. ☐ 1 - 2 anos

c. ☐ 2 - 3 anos

d. ☐ acima de 3 anos

3. Grau de Escolaridade

a. ☐ ensino fundamental incompleto

b. ☐ ensino fundamental completo

c. ☐ ensino médio incompleto

d. ☐ ensino médio completo

e. ☐ ensino superior incompleto

f. ☐ ensino superior completo

4. Realizou o Curso Introdutório obrigatório para as equipes da ESF?

☐ Sim

☐ Não

5. Você realizou capacitações?

☐ Sim

☐ Não

6. Em caso afirmativo, quais? (pode ser assinalada mais de uma resposta).

a. ☐ Técnico ACS

b. ☐ PROFORMAR - Programa de Formação de Agentes Locais em Vigilância em Saúde

c. ☐ Programa da Criança

d. ☐ Programa da Mulher

e. ☐ Programa de Controle da Dengue

f. ☐ Programa do Idoso

g. ☐ Programa do Hipertenso

h. ☐ Programa da Diabetes

i. ☐ Programa de Hanseníase

j. ☐ Programa de Tuberculose

k. ☐ Programa do Adolescente

l. ☐ Outros: _____

7. Você recebe supervisões em campo? (pode ser assinalada mais de uma resposta).

☐ Sim

☐ Não

8. Em caso afirmativo, de quem?

a. ☐ do Enfermeiro

b. ☐ do Gerente da Unidade

- c. ☐ do Coordenador de Endemias
- d. ☐ do Supervisor de Área
- e. ☐ outros:

9. Para a realização da VD, existe alguma prioridade dentre os programas de saúde que vc desenvolve? (pode ser assinalada mais de uma resposta).

- ☐ Sim ☐ Não

10. Em caso afirmativo, qual?

- a. ☐ Programa da Criança
- b. ☐ Programa da Mulher (Gestantes)
- c. ☐ Programa do Hipertenso
- d. ☐ Programa do Idoso
- e. ☐ Programa de Controle da Dengue
- f. ☐ Programa da Diabetes
- g. ☐ Programa de Hanseníase
- h. ☐ Outros: _____

11. Você planeja as visitas domiciliares:

- a. ☐ no início do mês
- b. ☐ no início da semana
- c. ☐ diariamente
- d. ☐ não costuma realizar planejamento prévio
- e. ☐ conforme a necessidade do morador

12. Quantas visitas domiciliares vc realiza diariamente?

- a. ☐ até 8 visitas diárias
- b. ☐ mais de 8 VD
- c. ☐ não tenho uma previsão certa de quantas faço
- d. ☐ faça de acordo com os problemas que identifico
- e. ☐ outro _____

13. Com relação aos relatórios, existe alguma prioridade dentro dos programas que vc desenvolve?

- ☐ Sim ☐ Não

14. Em caso afirmativo, qual? (pode ser assinalada mais de uma resposta).

- a. ☐ Programas de Hipertensão
- b. ☐ Programas de Diabetes
- c. ☐ Programa da Mulher/ Gestante
- d. ☐ Todos são importantes
- e. ☐ Programa da Criança
- f. ☐ Relatório Mensal
- g. ☐ Cartão SUS
- h. ☐ Ficha A – SIAB (Cadastramento da Família)
- i. ☐ Ficha de Controle da Dengue

15. O acompanhamento com as gestantes de sua microárea, como vc o faz?

(pode ser assinalada mais de uma resposta).

- a. () Verifica se está realizando o Pré-natal adequadamente(exames, vacinas, data da última menstruação, realização de US, consulta médica, alimentação)
- b. () Verifica o preenchimento da Ficha B-Gestante
- c. () Realiza VD com maior frequência
- d. () Solicita a presença da enfermeira s/n
- e. () Solicita o cartão da gestante para acompanhamento e orientações

16. Como você acompanha o esquema vacinal das crianças de sua microárea?
(poderão ser assinalada mais de uma resposta).

- a. () através do cartão espelho que possui de todas as crianças
- b. () verifica o esquema vacinal apenas no cartão da criança, não possuindo cartão espelho
- c. () a equipe da unidade avisa quando a criança está com a vacina atrasada e merece portanto ser visitada
- d. () não possui uma rotina para acompanhar as vacinas das crianças
- e. () a enfermeira possui um arquivo com as fichas vacinais que ela acompanha.
- f. () por meio de um caderno com os dados das crianças e datas de vacinas

17. E no caso do pacientes com diabetes e hipertensão, como é realizado o acompanhamento deles? (poderão ser assinaladas mais de uma alternativa).

- a. () Realiza VD com maior frequência, principalmente dos acamados
- b. () Convida para as reuniões de hipertensos e diabéticos
- c. () acompanha a realização dos exames para controle no domicílio s/n
- d. () acompanha o tratamento pela Ficha B – Hipertenso e Diabético
- e. () orienta sobre os medicamentos prescritos, a dieta, verificação da PA e da glicemia capilar
- f. () solicita acompanhamento da enfermeira ou da auxiliar de enfermagem nas VD s/n

18. Quais atividades você desenvolve com relação à Dengue durante a VD? (poderão ser assinaladas mais de uma alternativa).

- a. () vistoria os cômodos da casa, acompanhado pelo morador, verificando a existência focos de criadouros de aedes aegypti e mosquitos
- b. () vistoria os cômodos da casa, acompanhado pelo morador, verificando a existência focos de criadouros de aedes aegypti e mosquitos, realizando a coleta de larvas para posterior exame laboratorial
- c. () orienta o morador sobre a forma de evitar e eliminar locais que possam oferecer risco para a formação de criadouros do Aedes aegypti;
- d. () comunica ao seu supervisor imediato a presença de focos no domicílio para possíveis intervenções
- e. () atua junto aos domicílios informando os seus moradores sobre a doença – seus sintomas e riscos – e o agente transmissor;
- f. () encaminha os casos suspeitos para a Unidade de Saúde;
- g. () pergunta ao morador sobre a presença de possíveis criadouros sem a necessidade de vistoriar e registra a visita.
- h. () atende queixa de vizinhos sobre denúncias de possíveis criadouros na microárea.

19. Com relação às atividades desenvolvidas, como você se sente?

- a. () sobrecarregado
- b. () não sobrecarregado
- c. () indiferente

20. Qual sua opinião sobre o ACS trabalhar no Programa da Dengue ? (pode ser assinalada mais de uma resposta).

- a. ☐ Não é nossa tarefa, pois tem ou deveria ter o agente de endemias pra fazer isso
- b. ☐ deveríamos receber mais por fazer essa atividade
- c. ☐ já está incorporado na nossa rotina de trabalho
- d. ☐ outra opção _____

APÊNDICE B – ROTEIRO DE COLETA DE DADOS

1 – Leitura e assinatura do TCLE

2 – Coleta de dados de identificação da população

2.1 Há quanto tempo reside nesse endereço:

a. () há menos de 6 meses

b. () de 6 meses a 1 ano

c. () há mais de 1 ano

2.2 A (o) Sra.(o) costuma buscar atendimento na UBSF de seu bairro?

a. () Sim

b. () Não

3. A (o) Sra.(o) saberia me dizer o nome do Agente Comunitário de Saúde e do Agente de Controle de Endemias que realiza as visitas em seu bairro? (no município de São Gabriel do Oeste foi solicitada a identificação do acs).

Agente Comunitário de Saúde

a. () Sim Nome _____

b. () Não

Agente de Controle de Endemias

c. () Sim Nome _____

d. () Não

Questões Norteadoras

4. Como vocês percebem o trabalho desenvolvido pelos Agentes Comunitários de Saúde?

5. E como é pra vocês o trabalho dos agentes no controle da dengue?

6. Comparando o trabalho do Agente Comunitário de Saúde com o do Agente de Endemias (Agente de Saúde Pública), dentre os dois, qual você acha que atende de forma mais satisfatória? Por que? (questão apenas para Rio Verde de Mato Grosso).

ANEXO A - CARTÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

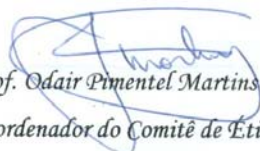


Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Comitê de Ética em Pesquisa /CEP/UFMS



Carta de Aprovação

A minha assinatura neste documento, atesta que o protocolo nº 1062 da Pesquisadora Luiza Helena de Oliveira Cazola intitulado "Avaliação das Ações Estratégicas da atenção básica e de controle da Dengue realizadas por Agentes Comunitários de Saúde, nos Municípios de São Gabriel do Oeste e Rio Verde de Mato Grosso/MS", e o seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram revisados por este comitê e aprovados em reunião ordinária no dia 20 de dezembro de 2007, encontrando-se de acordo com as resoluções normativas do Ministério da Saúde.


Prof. Odair Pimentel Martins
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS

Campo Grande, 20 de dezembro de 2007.

Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
<http://www.propp.ufms.br/bioetica/cep/>
bioetica@propp.ufms.br
fone 0XX67 345-7187

ANEXO B - CARTA DE APROVAÇÃO DA REVISTA

São Paulo, 14 de junho de 2011.

Prezada Autora

Comunicamos que o artigo de sua autoria, intitulado ***“A PERCEPÇÃO DO CONTROLE DA DENGUE EM DUAS ÁREAS URBANAS NO BRASIL CENTRAL: POSSIBILIDADES DISTINTAS DE ATUAÇÃO.”*** foi aprovado quanto ao seu mérito científico para publicação na Saúde e Sociedade, sem data definida para publicação.

A Conclusão do processo editorial de seu artigo dependerá da avaliação técnico-editorial com vistas a detectar dúvidas de formatação, referências bibliográficas, figuras e/ou tabelas. Comunicação nesse sentido lhe será enviada oportunamente.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Helena Ribeiro

Profa. Dra. Cleide Lavieri Martins

Editoras

Ilma. Sra.

Profa. Luiza Helena Cazola