

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

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

Doutora em Saúde Pública. 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

Doutor em Economia da Saúde. 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

Doutora em Saúde Pública. Professora Adjunta da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

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@uem.br

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 no 10/2008 – Rede Dengue MS.

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 morbi-

mortalidade (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 correspondentes 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 sócioeconômicas 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 Lefève, 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 pres-

são 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?* (Chiara-valloti 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 supercarregado 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, conseqüentemente, 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 Ibitaré (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, deixaria 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 n.º 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 n.º 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 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*, 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.

CHIARAVALLOTI, 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. Ipit nosto esseniam quissed

Recebido em: 29/11/2010

Reapresentado em: 16/05/2011

Aprovado em: 14/06/2011