

Controle da dengue: os consensos produzidos por Agentes de Combate às Endemias e Agentes Comunitários de Saúde sobre as ações integradas

Control of dengue: Consensus views of Endemic Disease Control Agents and Community Health Agents on their integrated action

João Paulo de Morais Pessoa ¹
 Ellen Synthia Fernandes de Oliveira ¹
 Ricardo Antônio Gonçalves Teixeira ¹
 Cristiane Lopes Simão Lemos ¹
 Nelson Filice de Barros ²

Abstract *Dengue is one of Brazil's most important public health challenges. Activities for its prevention and control have been based on the strategy of integrated management proposed in health policies, in which the central actors are the Endemic Disease Control Agent (ACE) and the Community Health Agent (ACS). This study analyzes consensus opinions produced by ACSs and ACEs on the actions for incorporating ACEs into the teams of the Family Health Strategy (ESF). It is a qualitative study from a large municipality in Brazil in which dengue is endemic, using a focus group of professionals that is subsequently analyzed using Collective Subject Discourse Analysis, supported by WebQDA. The results indicate consensus positions in relation to the following subjects: I) difficulty in the process of integration of ACSs and ACEs for control of dengue; II) inclusion of ACEs in the primary healthcare of the ESF; and III) absence of monitoring and assessment of the integrated actions. In conclusion, there are needs: to make participants more aware, seeking changes in behavior; to offer an environment of support to those involved with training courses about dengue; and to monitor the process of integration, and evaluate it periodically, creating indicators of quality and quantity.*

Key words *Health education, Dengue, Prevention and control*

Resumo *A dengue é um dos principais desafios de saúde pública no Brasil e as atividades de prevenção e controle dessa patologia vêm sendo baseadas na estratégia de gestão integrada proposta em políticas de saúde, nas quais os atores centrais são o Agente de Combate às Endemias (ACE) e o Agente Comunitário de Saúde (ACS). O estudo objetivou analisar os consensos produzidos pelos ACS e ACE sobre estas ações integradas com a implantação da Portaria de Incorporação dos ACE nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Trata-se de uma pesquisa qualitativa com a realização de grupo focal com profissionais de um município de grande porte e com endemia de dengue do Brasil. O encontro foi gravado e as falas transcritas por meio da Análise do Discurso do Sujeito Coletivo, com apoio do WebQDA. Os resultados apontam consenso em relação a: I) dificuldade no processo de integração do ACS e ACE para o controle da dengue; II) inclusão dos ACE na atenção primária na ESF; III) inexistência de acompanhamento e avaliação das ações integradas. Conclui-se que é necessário sensibilizar os participantes, buscando mudanças de comportamento, oferecer um ambiente de suporte aos envolvidos com cursos de capacitação sobre dengue, acompanhar o processo de integração e avaliar periodicamente criando indicadores de qualidade e quantidade.*

Palavras-chave *Educação em saúde, Dengue, Prevenção e controle*

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Goiás. Av. Universitária 1593, Cidade Universitária. 74605-010 Goiânia GO Brasil. ellen.synthia@gmail.com
² Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas SP Brasil.

Introdução

As epidemias de dengue refletem na economia dos países em virtude da mortalidade e morbidade, que provoca absenteísmo no trabalho e nas escolas, além de repercutir negativamente no setor turístico e provocar colapso dos serviços de saúde, em decorrência da alta demanda por atendimento de pacientes^{1,2}.

Em 2002 o Ministério da Saúde do Brasil lançou o Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), que incorporou os princípios da gestão integrada, fundamentando-se em alguns aspectos essenciais, com destaque para a integração das ações de controle da dengue na atenção básica, na tentativa da melhoria da cobertura, qualidade e regularidade do trabalho de campo no combate ao vetor³. A integração é a base conceitual das Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue, com destaque para as ações em conjunto do Agente de Combate às Endemias (ACE) com o Agente Comunitário de Saúde (ACS)²⁻⁵.

Por meio da Portaria nº 1.007/GM de 2010, o Ministério da Saúde (MS) definiu os critérios de regulamentação da incorporação do ACE na Atenção Primária à Saúde (APS)⁶. De acordo com esse documento, o objetivo da incorporação do ACE é fortalecer nos municípios as ações de vigilância em saúde junto às equipes de Saúde da Família. Embora a Portaria indique mudanças na função dos ACE e ACS, visando potencializar a sua atuação, de acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)⁷, a implementação desta lei pode trazer risco pelo não detalhamento das funções dos profissionais.

Assim, ainda conforme o Conass⁷, a implementação sem o cuidado de planejamento, de articulação e de desenho sobre as práticas, ao invés de incrementar, pode fazer com que o trabalho dos agentes seja minimizado e a sua atuação reduzida simplesmente ao controle de endemias. O objetivo deste artigo foi analisar os consensos produzidos pelos ACS e ACE sobre os desafios de fazer cumprir as ações integradas preconizadas pelo plano nacional de combate à dengue.

Metodologia

Estudo analítico, qualitativo, que adotou, como técnicas de coleta de dados a observação, a análise documental e o grupo focal; e como técnica de análise de dados o método do Discurso do Sujeito Coletivo e a análise temática de conteúdo.

O estudo foi desenvolvido no Distrito Sanitário Noroeste de Goiânia, Goiás, no período de março a agosto de 2012. O Distrito tem como estrutura de atendimento 19 Unidades de Atenção Básica de Saúde da Família (UABSF), três Centros de Atenção Integrada à Saúde (CAIS), uma Maternidade e a presença de 114 ACS e 102 ACE, que atuam em campo desempenhando diversas atividades. Cada UABSF inclui em uma média três Equipes de Saúde da Família.

A Região Noroeste de Goiânia foi o local de estudo desta investigação em face do histórico social, quanto aos aspectos relativos às desigualdades sociais, à violência, aos problemas de assentamentos ilegais e à alta prevalência de agravos de saúde. Além de ter sido eleita pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) como uma região de atenção no que concerne à ESF, pois apresenta cobertura total (100%) desta.

Primeiramente, foi realizada uma observação geral do local de coleta com uma aproximação entre o pesquisador e os profissionais do Distrito Sanitário. Esse procedimento foi efetuado também durante os momentos das visitas às UABSF, servindo para direcionar caminhos mais confiáveis na elaboração das questões desta pesquisa e para entender a dinâmica do grupo selecionado. Esse momento permitiu o primeiro contato com o fenômeno estudado e com suas possíveis variações em um mesmo cenário, principalmente entre as UABSF.

A coleta foi realizada em duas etapas: na primeira, foi feita uma análise temática^{8,9} de dez documentos municipais que tratavam da implantação do processo de integração no município. A segunda ocorreu em paralelo com o desenvolvimento de um grupo focal, a partir da seguinte questão norteadora: *após a implantação da Portaria nº 1.007/2010, houve integração entre o ACE e o ACS nas atividades de prevenção e controle da dengue na ESF, no Distrito Noroeste?* Além disso, investigou-se, tanto em documentos quanto com os agentes, se as funções dos profissionais ACE/ACS estão bem detalhadas e de que forma as informações foram comunicadas pelos gestores.

Foram eleitos como sujeitos de estudo ao menos um ACS ou um ACE das seguintes UABSF do Distrito Sanitário Noroeste: Bairro Floresta, Bairro da Vitória, Boa Vista, Curitiba I, II e III, Estrela Dalva, Morada do Sol, Mutirão, Recanto do Bosque, Brisas da Mata e São Carlos. O convite para a participação no grupo focal foi feito individualmente e a escolha dos participantes ocorreu por indicação de informantes-chave (supervisores de endemias e enfermeiros locais),

obedecendo a composição de seis ACS e seis ACE. Como critério de inclusão no grupo focal foram consideradas características em comum dos participantes, como tempo de atuação, assiduidade em reuniões, compromisso com o trabalho e participação nas ações e atividades do grupo no Distrito. Como critério de exclusão considerou-se participantes não pertencentes ao mesmo círculo de amizade ou trabalho (UABSF), o que, segundo Iervolino e Percilioni⁸, visa evitar que a livre expressão de ideias no grupo seja prejudicada pelo temor do impacto (real ou imaginário) que opiniões possam ter posteriormente.

As informações colhidas por meio do grupo focal foram transcritas e codificadas com o uso do *software* WebQDA⁹ e analisadas com base no método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) de Lefevre e Lefevre¹⁰. Esse método é uma proposta de pesquisa social, visando à organização e tabulação de dados quantitativos e qualitativos de natureza verbal, obtidos mediante depoimentos e discursos¹⁰. Consiste em selecionar, de cada resposta individual, Expressões-Chave (E-Ch), que são trechos que melhor descrevem o conteúdo; com base nestas criam-se as Ideias Centrais (IC), que lhes são a síntese do sentido manifestado. As Ancoragens (AC) também são extraídas das Expressões-Chave, porém são sínteses não dos sentidos do discurso e, sim, das ideologias, valores, crenças. Por fim, com o material das IC e AC constroem-se Discursos do Sujeito Coletivo (DSC), escritos na primeira pessoa do singular. São a reunião das E-Ch presentes nos depoimentos, que têm IC e/ou AC de sentido semelhante ou complementar¹⁰.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Goiás (UFG). Cabe destacar que, além de cumprir os procedimentos éticos previstos pela Resolução nº 466/2012 sobre a autorização para gravar as falas dos participantes e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi também firmado um termo de compromisso entre as colaboradoras, chamado de *setting*, ou contrato de grupo, com a finalidade de assegurar o sigilo ético e facilitar o processo interacional.

Resultados

Participaram deste estudo ACS e ACE dos 12 bairros pertencentes ao Distrito Sanitário Noroeste de Goiânia e os sentidos atribuídos por eles emergiram da análise da transcrição do grupo focal, compondo cinco linhas de consenso (DSC)

constituídas por 100 ECh: DSC_A – 14 ECh; DSC_B – 22 ECh; DSC_C – 12 ECh; DSC_D – 40 ECh; DSC_E – 12 ECh.

DSC_A – Para que a integração funcione é necessário, antes de iniciar o processo, realizar uma capacitação com todos os envolvidos, que também devem trabalhar de forma integrada e serem mais ativos nesse processo

Uma das principais queixas dos agentes, se não a principal, citada em 14 ECh, foi sobre a necessidade de realizar uma capacitação relativa ao processo de integração, não só para os ACE e ACS, como também para seus supervisores e gestores. Um dos participantes afirmou que *Não teve capacitação, simplesmente o supervisor disse que teríamos que trabalhar integrado com os ACS* (05); outro informante do grupo focal declarou que *Deveriam ter começado a integração de cima pra baixo [dos gestores aos agentes], e não por aqui, entre ACS e os ACE, de forma solta, caminhando sozinho* (07); um terceiro profissional expôs que *Para a integração funcionar, os gestores devem chegar com a portaria em mãos, número de protocolo, capacitação, para que um saiba do trabalho do outro, de forma organizada* (06); outro agente vaticinou sobre as dificuldades da integração argumentando que *A gente nem se conhece direito, como podemos contribuir com o serviço do outro* (05); por fim, outro agente enunciou o núcleo fundamental desse consenso com a afirmação de que *Não me sinto parte da equipe* (07).

O consenso sobre a necessidade de capacitação e sensibilização de todos os envolvidos foi construído também com narrativas de problemas causados pela sua falta, de forma que um agente exemplificou afirmando que *Levo as informações para a enfermeira da UABSF e a mesma diz que isso (informações sobre dengue) não é problema meu* (04).

DSC_B – A informalidade, desorganização, falta de comunicação, inexistência de protocolos e indefinição das tarefas de cada um na integração dificultou a atuação de ambos os agentes na prevenção e controle da dengue.

As ideias centrais desse consenso foram referidas em 22 ECh. Embora parciais as argumentações de cada sujeito foram compondo a visão de que a execução da proposta ocorreu de maneira “desorganizada e informal”. Para um agente isso se deu porque *A integração foi feita de forma desorganizada, começando pelos gestores, acumulam nosso serviço* (11) e outro expressou-se nesse sentido afirmando que percebe *Desorganização das atividades após a integração, [porque] as reuniões são marcadas em meu horário de almoço* (05).

Os participantes do grupo focal citaram que as reuniões de apresentação da proposta de incorporação foram confusas, dificultando o entendimento da informação descrita na proposta elaborada pela Secretaria de Saúde, gerando duplicidade das ações a serem realizadas no controle da dengue. Para um ACE *A gente não produzia e o PSF não passava serviço pra gente* (02), já outro agente afirmou que *Em minha unidade, a enfermeira queria que eu participasse de todas as reuniões de hiperdia, gestantes, etc., prejudicando assim minhas atividades de campo, assim fui cobrada pelo meu supervisor, alegando que estávamos participando de muitas reuniões, me proibindo de ir, libertando apenas uma por semana* (07).

DSC_C – A participação do ACS nas atividades de prevenção e controle da dengue colaborou com a produtividade dos ACE, aproximando-os e unindo-os. Com a troca dessas informações ambos estão aprendendo novos saberes.

Esse consenso foi observado a partir de 12 ECh relacionados ao tema. Há expressões de uma verdadeira integração, clareza das funções e atribuições, levando à colaboração entre eles, como no trecho do discurso desse ACS: *Em relação à dengue, aprendi com os ACE, pois não tive formação sobre dengue* (01). Outro ACS corroborou para a construção desse consenso afirmando que *A integração em nossa unidade está dando certo, os ACE participam das reuniões, atividades em escolas, reuniões do hiperdia, reuniões de equipe, temos um caderno de controle para registros de dengue* (03). Além disso, o potencial das trocas foi explicitado também por um ACE, que afirmou que *O aumento da frequência de visitas domiciliares realizadas pelo ACS contribui com nosso trabalho* (07).

DSC_D – Não há uma supervisão que responda sobre a integração, os agentes se recusam a realizar atividades que não fazem parte de suas atribuições legais e trabalharam em horários diferentes

Dos cinco consensos que emergiram da análise do grupo focal este é o que conteve maior número de ECh (40). Pode-se afirmar que este foi o consenso mais potente entre os participantes do grupo focal e as expressões das suas insatisfações são contundentes. Para os agentes, a inexistência de uma supervisão específica para o processo de integração torna possível afirmar *que a integração deixa a desejar, não há um acompanhamento (gestores e supervisores), não tivemos uma reciclagem, o ACS e o ACE não sabem fazer o trabalho um do outro* (05); ou ainda afirmar que *O trabalho da coordenação deveria ser integrado, falando a mesma língua, subordinados à mesma coordenação, trabalhando num mesmo horário* (03). A desin-

formação de alguns supervisores e gestores sobre a integração implantada no local do estudo é algo negativo, de acordo com os agentes, para a consolidação do processo. Esta constatação foi relatada por um dos profissionais que afirmou que *O supervisor nos orientou para não passarmos no ‘Ponto de Apoio’, já vão direto pro “Cais”, para pegar orientação do que fazer. Chegando lá, ninguém sabia exatamente o que fazer* (06).

Outra parte significativa desse consenso foi em relação às atividades que cada profissional deve realizar, pois muitos relatos informam a recusa a realizar certas atividades que julgam estranhas às suas atribuições, como o conjunto de relatos que segue: *Entrar nos quintais, fazer levantamento, muitos discordaram disso, inclusive eu discordei* (03); *Os próprios ACS de minha unidade dizem que não vão fazer o trabalho dos ACE, pois alegam não ter sido contratado para essa função* (06); *Os ACS acharam que iriam fazer o serviço por mim, e eu ganharia aquelas ‘casas’ que eles tinham entrado* (07); *Eu tenho meu trabalho e as ACS a delas* (05).

Por fim, a incompatibilidade de horários também foi destacada como um fator que dificulta o processo de integração. Para um agente isso se dá porque *Os ACS trabalham meio período e eu o dia todo* (04) e outro declarou que se adequou às diferenças de horário afirmando que *Eu já trabalhei até em horário de almoço para poder participar de atividades da ESF* (11).

DSC_E – A integração é a realização de atividades em conjunto, trabalhando na mesma lógica.

Observou-se um consenso em torno da integração em 12 ECh, no qual foi possível verificar a seguinte forma como os agentes compreendem o trabalho integrado: *Quando as atividades conjuntas funcionam, ambos ACS e ACE ganham, passamos uma informação coesa sobre vários aspectos de saúde para o morador e pra isso devemos realizar as visitas sempre em conjunto, e criar vínculo* (05). Embora, como se viu nos DSC anteriores, os agentes tenham relatado que não foram esclarecidos sobre o que seja integração, este consenso demonstra que houve um aproveitamento positivo das ações de integradoras, pois observou-se que os profissionais estão cooperando no trabalho e potencializando as informações em benefício da população.

Discussão

Este estudo evidencia o processo de integração nas ações de prevenção e controle da dengue en-

volvendo ACE e ACS de um Distrito Sanitário de Goiânia, município endêmico no Brasil. No entanto, os consensos produzidos por esses profissionais sobre estas ações frente a implantação da Portaria⁶ de incorporação dos ACE nas equipes da ESF apontam que há questões ainda problemáticas para o seu desenvolvimento. Entre elas, encontrou-se a necessidade de problematizar, cotidianamente, as relações de trabalho desde o planejamento até a incorporação dos ACE na ESF em um processo de educação permanente. Referem ainda aos entraves na efetividade deste processo com dificuldade de integração e de uma inexistência de acompanhamento e avaliação dessas ações.

Para Noronha e Penna¹¹, ações de Vigilância em Saúde devem estar incorporadas no cotidiano das Equipes de Saúde da Família e, também, as equipes de vigilância devem apropriar-se e trabalhar em parceria com as de Atenção Básica (Saúde da Família). Ambas devem atuar em um território integrado, estabelecido a partir de critérios pré-definidos e, assim, realizarem conjuntamente análises da situação de saúde/doença a fim de orientar as ações das equipes. Para tal, as ferramentas indispensáveis são o planejamento e a programação, bem como o monitoramento e a avaliação sistemática, que devem ocorrer de forma articulada. Dessa maneira, se dará a reorganização do processo de trabalho visando à descentralização de ações de vigilância em saúde para Atenção Básica. Para que isso ocorra, é indispensável a qualificação permanente das equipes gestoras.

É indispensável, ainda, a definição, por parte dos gestores, da competência e responsabilidade desses agentes, definindo-se fluxos de trabalho. O ACS e ACE têm papéis fundamentais no desenvolvimento das ações de vigilância e são responsáveis pela saúde da população de sua área de abrangência. A integração das atividades deve potencializar o trabalho, evitando a duplicidade de ações que, embora distintas, se complementam. O ACE deverá ser incorporado nas atividades das equipes da Atenção Básica participando da programação e dos planejamentos, pois a efetiva integração está no processo de trabalho realizado cotidianamente¹².

Chiaravalloti Neto et al.¹³ avaliaram os resultados da integração do Programa Saúde da Família (PSF) e do Programa de Controle da Dengue em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. A pesquisa foi realizada em uma área com PSF e outra sem PSF. Na área com PSF comparativamente com a sem as proporções de entrevistados

que afirmaram ter como fonte de informação o serviço de saúde apresentaram aumento significativo. Nas duas áreas ocorreram mudanças importantes em termos de ganhos de conhecimento e diminuição de recipientes. Os resultados mostraram que a integração entre os dois programas é viável, representa otimização de recursos ao evitar a duplicidade das visitas e possibilita um maior envolvimento da comunidade no controle da dengue.

Outro estudo evidencia uma limitação da integração entre ACS e ACE no município de Morros Avida na organização do processo de trabalho. Refere-se à definição de base territorial de atuação e à lógica de trabalho no território, distintas em relação à unidade base. No município, o ACS trabalha em uma microárea, vinculado a uma equipe de saúde da família, e sua unidade de atuação são as pessoas/famílias (no máximo 750 pessoas/ACS). O ACE trabalha com diferentes lógicas de atuação; não existe uma preconização uniformizada, predomina uma forma segmentada, por agravo. Além da unidade base diferente, os ACS percorrem suas microáreas em função de ruas e os ACE seguindo os quarteirões. Em Morros Avida, as equipes estão em um período de adaptação e tentativa de unificação na forma de percurso do território¹⁴.

A incompatibilidade de horários também é destacada nos DSCs como um fator que dificulta o processo de integração, é caracterizada pelos contextos diferentes na realização de atividades como a participação em reuniões, visitas domiciliares, metas de produtividade. Sentem falta de espaços de diálogo para trocarem experiências quanto ao modo de proceder, reduzir suas incertezas, dúvidas e qualificar o processo de trabalho no que tange às ações de controle da dengue.

A falta desta integração pode trazer consequências negativas aos vínculos entre as equipes e os usuários, ou mesmo comprometer, pessoalmente, os profissionais envolvidos. Interferir na produtividade dos mesmos, e segundo eles *levou ao aumento do número de casos de dengue na região. O 'acréscimo' dessas 'novas' funções que vieram após a incorporação do ACE na ESF, como alegam todos os 12 agentes, os levaram a gastar muito tempo em reuniões na ESF, e demais funções junto à comunidade, o que sugere que é necessária uma ampliação da equipe. Principalmente porque a dengue ainda impõe grandes desafios aos profissionais de saúde por sua magnitude e pela crescente ocorrência de casos graves da doença. No Brasil, a doença tornou-se um grande desafio para a saúde pública, com nove milhões de casos*

prováveis e mais de 700 mil internações de 2002 a 2015¹⁵. Na ausência de tecnologias que permitam um efetivo controle da doença, as atividades integradas desempenhadas pela ESF, a vigilância e a educação em saúde são de extrema relevância na sua prevenção.

Nesse aspecto, pelos poucos DSCS dos profissionais pesquisados sobre as ações integradas para o controle da dengue com a implantação da Portaria⁶, evidenciam que, embora existam falhas no planejamento, principalmente no que tange à capacitação destes profissionais para um trabalho em conjunto, existe um potencial de integração. Com os participantes afirmando que essa possibilidade de aproximação entre eles e a equipe da ESF em reuniões da ESF os levam a aprender e a trocarem conhecimentos, potencializando, portanto, as ações de prevenção e controle da dengue graças ao trabalho em conjunto.

Mesmo não sendo contemplado com o credenciamento na Portaria 1.007/2010, Goiânia, município endêmico do Brasil, manteve a incorporação do ACE às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a integração do seu trabalho ao do ACS¹⁶.

Este processo de implantação da Portaria⁶ em Goiânia foi desenvolvido em um plano de ação de três etapas¹⁶. A primeira, aconteceu em agosto de 2010, sob a responsabilidade do gerente da Coordenação da Estratégia Saúde da Família (COESF) e da Gerência de Controle da Dengue (GCD). Na sequência, foi estabelecida a apresentação da proposta de incorporação do ACE na ESF por meio de reuniões com os representantes dos Distritos Sanitários, diretores, supervisores e Equipes de Saúde da Família. Os representantes do Distrito ficaram encarregados de sensibilizar os ACE/ACS e elaborar os instrumentos de monitoramento do processo. A etapa final previa a elaboração e a discussão dos protocolos, definição dos fluxos de atuação e dos papéis de cada envolvido, inclusive médicos e enfermeiros, além da implementação, monitoramento e avaliação, por meio de instrumentos de informação, sob a coordenação do grupo técnico formado no início do processo de incorporação.

Esta última etapa gerou confusão nas funções e conflitos nas atribuições dos profissionais participantes sobre sua integração nas ações de prevenção e controle da dengue. O trabalho das duas categorias de profissionais, no processo de incorporação do ACE na ESF, deve ser sinérgico. Para Mendes⁴, a integração significa cooperação e coordenação dos profissionais dos serviços assistenciais com foco na criação de um verdadeiro

sistema de saúde. Este autor alerta, porém, que, na prática, isso ainda não se consolidou no Brasil e afirma que são poucas as iniciativas para o monitoramento e a avaliação sistemática de seus efeitos em boa parte do país. Segundo Hartz e Contandriopoulos⁵, para concretizar a gestão integrada são necessários investimentos nos aspectos do envolvimento cognitivo e afetivo dos profissionais implicados. Tais investimentos são também cruciais nos processos de implantação de programas, como o aqui analisado neste estudo.

Para isso, é necessário que haja uma avaliação inicial e final do grupo, levando em consideração indicadores, como opiniões, dificuldades, potencialidades, além de outros aspectos e que é impossível consolidar a integração das atividades de prevenção e controle da dengue no Distrito Sanitário Noroeste, se não houver o envolvimento de todos os profissionais de saúde do local.

Segundo o Ministério da Saúde, a gestão dos recursos humanos é uma das dificuldades para a implantação de políticas no SUS. É válido lembrar que é responsabilidade da esfera municipal manter as equipes para o desenvolvimento das atividades de assistência aos pacientes, vigilância epidemiológica e combate ao vetor¹⁷. Silva et al.¹⁸ salientam que a falta de profissional com perfil adequado, bem como a existência de problemas de gestão e a organização da Atenção à Saúde, são alguns dos principais obstáculos para a melhoria da qualidade desta e para a efetividade do sistema.

A queixa dos participantes deste estudo, em geral, diz respeito à falta de esclarecimento sobre a proposta de integração e da inexistência de momentos de aproximação, convívio e sensibilização. Conforme O'Donnell¹⁹, a sensibilização é uma oportunidade ideal para avaliar a mudança dos agentes diante do processo analisado. Esse momento desenvolve o poder de autonomia e a opção de tomar decisões importantes.

Para atender à perspectiva de sensibilização, é fundamental estabelecer o processo de Educação Permanente em Saúde (EPS) no local de trabalho e planejá-lo de acordo com a Política Nacional de EPS^{16,20}. Estudo realizado com ACS da ESF de um município do interior carioca também destacou a questão da EPS para o controle da Dengue²¹. Na percepção dos ACS, há uma ênfase em treinamentos apenas com repasse de informações e há falta de espaços de trocas de ideia e diálogo “para trocarem experiências quanto ao modo de proceder, reduzir suas incertezas, dúvidas e qualificar o processo de trabalho no que tange à vigilância da dengue”²¹.

Nesse mesmo estudo, os pesquisadores destacam que os ACS reconheceram que a proximidade e os vínculos com as famílias pelas quais são responsáveis, a possibilidade de identificar os problemas de saúde e situações de risco, além do desenvolvimento contínuo de ações educativas e intersectoriais, contribuíam para o enfrentamento da dengue pelas equipes de ESF²¹. Contudo, consideraram que o papel da atividade específica de controle ao vetor na rotina da ESF ainda é visto como uma prática dissociada das intervenções gerais de promoção e prevenção à saúde. De fato, realizar pedagogicamente a integração no trabalho significa que todos os profissionais trabalhem de acordo com o seu próprio nível de desenvolvimento em cooperação com os outros profissionais^{4,22}.

Embora seja evidente neste estudo local o desafio e o esforço de estabelecer ações integradas no controle da dengue, na percepção dos ACE e ACS, o cenário atual aponta para a necessidade de mudança nas estratégias empregadas no Brasil.

Um estudo mostra que as medidas recomendadas pelo PNCD não foram suficientes para conter a disseminação do vírus tipo 4, detectado na cidade de Boa Vista, em Roraima, em 2010. Foi analisada uma situação em que todas as ações foram realizadas de acordo com o protocolo do MS, que segue as recomendações da Organização Panamericana da Saúde e da Organização Mundial da Saúde. Mesmo assim, o impacto sobre a infestação de mosquitos *Aedes aegypti* foi pequeno²³.

Este é um exemplo contundente de que é preciso refletir sobre quais são as melhores práticas de controle. Estes mesmos autores ainda citam o exemplo de Cingapura, onde a mobilização popular conseguiu reduzir os casos de dengue durante uma epidemia entre 2004 e 2005. Apesar das grandes diferenças geográficas e culturais entre o país da Ásia e o Brasil, a efetividade da ação aponta para um elemento importante na opinião dos cientistas: o engajamento da população²⁴.

Esta integração dos ACE e ACS demonstrada no nosso estudo seria mais uma possibilidade dentre outras para estas ações de educação popular. Além de estabelecer ações intersectoriais, também há o papel do Estado em fornecer serviços públicos, como saneamento básico e coleta de lixo, que são fundamentais no controle da dengue. Chama a atenção também para a limitação dos recursos financeiros disponíveis em saúde no país, principalmente no que tange ao seu emprego em vários agravos simultaneamente²⁵.

Nesse contexto cabe aos municípios buscar compreender melhor sua realidade acerca das doenças para viabilizar os recursos disponíveis

de maneira mais eficiente, refletindo também na melhor formulação das estratégias e ações de saúde que priorizem mais a qualificação dos profissionais e o envolvimento de toda a população e principalmente das esferas políticas.

O estudo realizado apresentou limitações importantes quanto ao tempo destinado a processos burocráticos provenientes da realização de pesquisas no setor público de Goiânia. A busca por assinaturas, autorizações, avaliação e pareceres ocupou boa parte do tempo dos pesquisadores que poderia ser gasto com a coleta e o processo analítico do estudo.

O desenvolvimento de futuras pesquisas e avaliações sobre o processo de trabalho não só dos ACE e ACS, mas de todos os envolvidos diretamente no combate ao *Aedes* no município de Goiânia e região, poderá contribuir com o aperfeiçoamento desse serviço, evitando lacunas e aumentando a eficácia, inclusive da integração dos profissionais.

Considerações finais

Ainda que custe estabelecer relações de integração entre os agentes, indagando sobre sua “real” existência em face do “modelo ideal”, instituído oficialmente, constatou-se a presença de diferentes contextos na relação idealização/realização desde a implantação da incorporação do ACE na ESF no Distrito Noroeste.

Esse tipo de questionamento deve ser feito antes que se interrogue sobre efetividade e eficiência do modelo de integração legalmente previsto, ou seja, se a proposta responde melhor aos objetivos referentes à qualidade e integralidade desejadas. Cabe indagar, também, qual seria o custo de outras modalidades de intervenção, como uma dinâmica de agentes em permanente renegociação de seus papéis, favorecendo novas soluções para velhos problemas em um contexto de mudanças e compromissos mútuos, como é o caso da dengue.

Embora os participantes desta pesquisa acreditem na integração como uma força para aperfeiçoar a prevenção e o controle da dengue, oito deles, em seus discursos, manifestaram o não reconhecimento de qualquer efeito positivo no controle da dengue por intermédio da implantação desse processo.

Com este estudo percebeu-se que quando há uma articulação sistemática da vigilância epidemiológica e entomológica na atenção básica, com as atividades funcionando de modo integrado,

potencializa-se o trabalho e evita-se a duplicidade das ações, o que foi observado em outros DSC, especialmente no tocante ao trabalho desenvolvido pelos ACS e pelos ACE³.

Mesmo diante das dificuldades relatadas, notou-se que o potencial da integração foi evidenciado pelo DSC_C, assegurando que essa possibilidade de aproximação entre eles (ACE/ACS) e a equipe da ESF, em reuniões nesta, leva-os a aprender e a trocar conhecimentos, potencializando as ações de prevenção e controle de dengue, graças ao trabalho em conjunto. Ainda que se tenha afirmado anteriormente que tal integração não resultaria em êxitos, foram ressaltados pontos relevantes para a melhoria do serviço de saúde.

O DSC_A ressalta a necessidade de capacitação e momentos mais intensos de aproximação e familiaridade entre esses agentes e também entre seus supervisores. Verificou-se, ainda, que a integração é vivenciada com mais intensidade pelos ACE, até porque são eles os incorporados em outro contexto, ou seja, incluídos na atenção primária, em especial na ESF. Tendo em vista que a maneira como foram sensibilizados e informados sobre o processo de integração não ocorreu de modo eficaz, é necessário que haja um processo de EPS que favoreça a realização das atividades integradas.

Tais aspectos podem ser favoráveis à integração, caso haja acertos e coerência com o planejado pelas secretarias de saúde. O que se percebe é que neste grupo específico, o acolhimento feito da ESF ao ACE, além do acompanhamento de seus supervisores, favoreceu uma opinião posi-

tiva e as atitudes desses agentes. Assim, convém destacar que, após a incorporação do ACE na ESF, houve algumas melhoras significativas no que se espera do processo de incorporação, indícios de uma verdadeira integração, principalmente entre ACE/ACS.

É importante salientar que a identificação dos fatores que dificultam ou potencializam o processo de incorporação pode ser o primeiro passo para facilitar o mecanismo de cooperação e coordenação entre profissionais e serviços de saúde⁵. Em relação aos obstáculos percebidos pelos agentes para a integração nas ações e atividades de prevenção e controle da dengue, podem-se destacar como principais fatores: a falta de capacitação dos agentes, a falta de informação dos moradores sobre as atribuições dos agentes, a incompatibilidade do horário de trabalho desses agentes e a sobrecarga de serviço de ambos.

Outro problema relatado é a ausência regular de alguns ACE nas reuniões, decorrente de horários e atividades diárias que impossibilitam o comparecimento. Também a não participação de seus supervisores, que deveriam acompanhar e apoiar a realização das atividades de prevenção e controle da dengue no processo de integração.

Nesta pesquisa, não se observou a implementação da terceira etapa estabelecida na Portaria, em que se propõe a elaboração de ferramentas de avaliação, como forma de refletir sobre os objetivos estabelecidos, e o alcance destes, com a otimização dos recursos humanos, bem como potencializar a ação dos profissionais no controle da dengue.

Colaboradores

JPM Pessoa, ESF Oliveira e RAG Teixeira: concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos resultados e redação e revisão crítica do conteúdo intelectual. CLS Lopes: redação e revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação da versão final do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e declaram serem responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

Agradecimentos

Aos agentes e demais profissionais do Distrito Sanitário Noroeste de Goiânia-GO, Brasil e ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Núcleo de Estudo em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás pelo apoio técnico durante a execução do estudo.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás (FAPEG) pelo financiamento do estudo.

Referências

1. Martelli CMT, Siqueira-Júnior JB, Parente MPPD, Zara ALSA, Oliveira CS, Braga C, Pimenta-Júnior FG, Cortes F, Lopez JG, Bahia LR, Mendes COM, Rosa MQM, Siqueira-Filha NT, Constenla D, Souza WV. Economic impact of dengue: multicenter study across four Brazilian regions. *PLoS Negl Trop Dis* 2015; 9(9):e0004042.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Diretrizes nacionais para a prevenção e controle de epidemias de dengue*. Brasília: MS; 2009. Série A. Normas e Manuais Técnicos.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Programa Nacional de Controle da Dengue*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 2002.
4. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
5. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Opinião. Cad Saude Pública* 2004; 20(Supl. 2):S331-S336.
6. Brasil. Portaria nº 1.007/GM, de 4 de maio de 2010. Define critérios para regulamentar a incorporação do Agente de Combate às Endemias - ACE, ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, na atenção primária à saúde para fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de Saúde da Família. *Diário Oficial da União* 2010; 5 maio.
7. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). *Incorporação dos Agentes de Combate às Endemias nas equipes do Programa de Saúde da Família*. Brasília: Conass; 2010. Nota Técnica - 04/2010.
8. Iervolino SA, Pelicioni MCF. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2001; 35(2):115-121.
9. Costa AP, Linhares R, Neri de Souza FN. Possibilidades de análise qualitativa no webQDA e colaboração entre pesquisadores em educação em comunicação. *Actas do 3º Simpósio de Educação e Comunicação*; Universidade Tiradentes, Aracaju-Brasil 2012; p. 276-286.
10. Lefevre F, Lefevre AMC. *Depoimentos e Discursos: uma proposta de análise em pesquisa social*. Brasília: LiberLivro; 2005.
11. Noronha JC, Penna GO. Entrevista. *Rev Bras Saúde Fam* 2007; 8(16):4-5.
12. Libanio KR. *A construção da integralidade nas práticas em saúde: o processo de implantação das ações de vigilância da dengue na estratégia de Saúde da Família do município de Pirai-RJ, 2011* [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2011.
13. Chiaravalloti Neto F, Fiorin AM, Conversani DT, Cesarino MB, Barbosa AAC, Dibo MR, Morais MS, Baglini V, Ferraz AA, Rosa RS, Battaglia M, Cardoso Júnior RP. Controle do vetor do dengue e participação da comunidade, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2003; 19(6):1739-1749.
14. Fraga LS, Monteiro S. A gente é um passador de informação: práticas educativas de agentes de combate a endemias no serviço de controle de zoonoses em Belo Horizonte, MG. *Saude Soc* 2014; 23(3):993-1006.

15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico: monitoramento dos casos de dengue e febre de chikungunya até a Semana Epidemiológica (SE) 20, 2015. [Internet] Vol. 46, Nº 15. 7 p. [acessado 2016 fev 15]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/junho/30/Monitoramento-dos-casos-de-dengue-e-febre-de-chikungunya-20.pdf>
16. Goiânia. Prefeitura Municipal de Goiânia. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Assessoria de Planejamento. *Plano Municipal de Saúde: Gestão 2010-2013*. Goiânia: SMS; 2009.
17. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *A implantação da Unidade de Saúde da Família*. Brasília: MS; 2000.
18. Silva JAM, Ogata MN, Machado MLT. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. *Rev Eletr Enferm* [periódico na Internet] 2007 [acessado 2015 jan 13]; 9(2):389-401. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a08.htm>
19. O'Donnell MP. *How to design workplace health promotion programs*. 5th ed. Cleveland: American Journal of Health Promotion; 2000.
20. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: MS; 2009. Série B. Textos Básicos de Saúde.
21. Libanio KR, Favoreto CAO, Pinheiro R. Análise da integração da Vigilância Ambiental no controle da dengue com a Estratégia Saúde da Família: impacto nos saberes e práticas dos agentes comunitários de saúde. *Physis* 2014; 24(1):147-163.
22. Steinemann CF. The vocational integration of the handicapped. In: Steinemann CF. *Job possibilities and quality of life for handicapped people in Europe*. Karlsruhe: EASE; 1994. p. 6-13.
23. Maciel-de-Freitas R, Valle D. Challenges encountered using standard vector control measures for dengue in Boa Vista, Brazil. *Bull World Health Org* 2014; 92(9):685-689.
24. Pereira CAR, Barata MML, Hoelz MPC, Medeiros VNLO, Marincola FCV, Costa Neto C, Marinho DP, Oliveira TVS, Trigo AGM, Medeiros TK. Avaliação econômica dos casos de dengue atribuídos ao desastre de 2011 em Nova Friburgo (RJ), Brasil. *Cien Saude Colet* 2014; 19(9):3693-3704.
25. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Guia de Vigilância em Saúde*. Brasília: MS; 2014.

Artigo apresentado em 02/02/2016

Aprovado em 01/03/2016

Versão final apresentada em 03/03/2016