

Estratégia Saúde da Família na atenção e prevenção das arboviroses: entre assistência, educação em saúde e combate ao vetor

The Family Health Strategy and treatment and prevention of arboviruses: care, health education and vector control (abstract: p. 18)

Estrategia Salud de la Familia en la atención y prevención de las arbovirosis: entre asistencia, educación y combate al vector (resumen: p. 18)

Talita Farias Correia Macêdo^(a)

<taalicorreia@gmail.com> 

José Patrício Bispo Júnior^(b)

<jpatricio@ufba.br> 

^(a) Faculdade Independente do Nordeste. Vitória da Conquista, BA, Brasil.

^(b) Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia. Rua Hormindo Barros, n. 58. Vitória da Conquista, BA, Brasil. 45029-094.

O objetivo do estudo foi analisar a atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF) na atenção e prevenção às arboviroses em áreas de elevado risco de infecção. Estudo qualitativo realizado em Vitória da Conquista por meio de 22 entrevistas semiestruturadas, observação participante e análise documental. O referencial teórico-metodológico fundamentou-se em uma matriz analítica estruturada em três dimensões: Assistência à saúde; Educação em saúde e mobilização comunitária; e Combate ao vetor. Os resultados demonstraram limitações nas ações assistenciais sob a influência da sobrecarga de atividades e do modelo de atenção adotado. Predominaram práticas educativas conteudistas e verticalizadas, com estratégias de mobilização comunitária campanhista e higienista. Ações de vigilância e controle não foram assumidas rotineiramente pelas equipes estudadas. As limitações identificadas demonstram a necessidade de fortalecimento da ESF como ação estratégica para o enfrentamento do persistente problema das arboviroses.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Arboviroses. Educação em saúde. Sistema Único de Saúde.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) deve constituir-se no elemento central dos sistemas de saúde e componente estratégico na garantia da integralidade do cuidado¹. Na perspectiva da APS integral, como o Sistema Único de Saúde (SUS) pretende ser, enfatiza-se a importância do enfoque populacional e do desenvolvimento de políticas públicas transversais e intersetoriais para enfrentar os determinantes sociais, econômicos, comerciais e ambientais da saúde^{2,3}. Desse modo, deve garantir atenção à saúde para os problemas mais prevalentes nas comunidades, atuar como centro coordenador do cuidado e agir na prevenção de agravos e na melhoria das condições de vida da população¹.

No rol dos problemas de saúde determinados pelo contexto socioeconômico e pelos processos de urbanização, destacam-se as doenças infecciosas e parasitárias (DIP)⁴. Grande parte dos atendimentos realizados na APS, inclusive com posterior necessidade de internamento, são decorrentes de casos de DIP⁵, estando entre elas as arboviroses. Em um estudo que analisou a incidência de DIP associada a indicadores de pobreza em municípios brasileiros, identificou-se que a dengue foi responsável por quase 70% dos adoecimentos entre 2010 e 2017⁴.

As arboviroses representam um grave problema de saúde pública no mundo, em especial, na América Latina⁶. No Brasil, a cocirculação de dengue, Zika e *Chikungunya* representa um importante desafio para o SUS frente à ampla distribuição de casos em todo o país⁷, às dificuldades para o controle vetorial⁸ e aos problemas assistenciais para as pessoas acometidas⁹.

Diante da persistência das arboviroses no Brasil, a principal estratégia adotada tem sido o combate ao mosquito vetor. Os agentes de combate às endemias (ACE) e os agentes comunitários de saúde (ACS), em parceria com a população, são os principais responsáveis por promover as medidas de controle⁸. As ações centram-se em detectar, destruir ou destinar adequadamente reservatórios de água que possam servir de local para o desenvolvimento do *Aedes aegypti*. As atividades educativas também são preconizadas com o intuito de promover a sensibilização e mobilização das comunidades¹⁰.

No entanto, as estratégias usuais de controle das arboviroses não têm alcançado resultados satisfatórios, especialmente diante da complexa realidade social e ambiental das cidades brasileiras¹¹. Os constantes surtos de arboviroses expõem as fragilidades das ações de prevenção e controle; e geram sobrecarga nos sistemas de saúde¹². Conforme ressalta Wermelinger¹¹, é importante que profissionais das equipes de saúde articulem ações entre os setores públicos e estimulem ações educativas e colaborativas com a comunidade. Nesse sentido, o nível primário de atenção constitui-se em um elemento fundamental para atenção e prevenção às arboviroses.

Aspectos como a capilaridade da Estratégia Saúde da Família (ESF), o vínculo com as comunidades e o conhecimento dos fatores sociais e culturais do território favorecem o desenvolvimento de ações socialmente mais adequadas e epidemiologicamente mais efetivas. É atribuição da ESF prestar atendimento às pessoas acometidas pelo vírus da dengue, Zika e *Chikungunya* com ações de diagnóstico precoce e tratamento



adequado¹³; atuar na vigilância e no controle dos criadouros do mosquito^{14,15}; e fomentar conhecimento alinhado às necessidades do sistema de saúde¹⁶.

Apesar da abrangência de ações, das responsabilidades inerentes à APS e da potencialidade do agir, são escassos os estudos que analisam o fazer das equipes de Saúde da Família (eSF) frente aos persistentes problemas da dengue, *Zika* e *Chikungunya*. Diante desse contexto, o presente estudo tem por objetivo analisar a atuação da ESF na atenção e prevenção às arboviroses em áreas de elevado risco de infecção.

Metodologia

Cenário do estudo e territórios investigados

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, realizado no município de Vitória da Conquista, localizado na região sudoeste da Bahia, sendo esta a terceira maior cidade do estado, com população de 370.879 habitantes, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) municipal de 0,678 e Produto Interno Bruto (PIB) per capita de R\$ 23.907,93¹⁷. A APS do município, no período da coleta de dados, contava com cinquenta eSF, com cobertura populacional de 62,21% da APS¹⁸, 536 ACS e 174 ACE¹⁹.

Os territórios de investigação e as respectivas eSF foram selecionadas a partir de agregados de indivíduos em três níveis. O primeiro nível considerou as duas localidades de maior Índice de Infestação Predial (IIP) do município. Para tanto, utilizou-se dados do Levantamento do Índice Rápido para o *Aedes Aegypti* (LIRAA) realizado no período de março a abril de 2022. O segundo nível se deu por *clusters* pertencentes às áreas de abrangência das equipes. Cada *cluster* incorporou até cem domicílios. A partir do mapa de territorialização de cada eSF, foram divididos e aleatoriamente sorteados quatro *clusters* de cada território, perfazendo oito *clusters* selecionados. No terceiro nível, foram sorteados aleatoriamente dois domicílios de cada *cluster*, totalizando 16 domicílios ao todo. Nos domicílios sorteados nos quais não foram encontrados moradores no momento da visita, foi adotado o critério de realizar a entrevista no domicílio vizinho.

Técnicas de obtenção de informações e participantes do estudo

As informações foram obtidas por meio de entrevistas semiestruturadas, observação participante e análise documental.

As entrevistas foram guiadas por roteiro contendo perguntas norteadoras referentes a aspectos socioeconômicos; prevenção e controle das arboviroses; atendimento aos casos de dengue, *Zika* e *Chikungunya*; interação com a vigilância à saúde; educação em saúde; mobilização e participação da comunidade; e desenvolvimento de ações intersetoriais.



Conforme disposto na tabela 1, cinco grupos de participantes integram o estudo, com o total de 22 entrevistados. Além dos profissionais da ESF e dos ACE que atuam diretamente na assistência, atenção e prevenção das arboviroses, foram contemplados outros grupos de participantes, como gestores e usuários.

Tabela 1. Participantes do estudo por segmento

PARTICIPANTES	QUANTIDADE DE ENTREVISTADOS
Gestores	
Secretária de Saúde	1
Coordenadora de Vigilância Epidemiológica	1
Coordenadora do Programa de Controle de Endemias	1
Supervisora geral dos Agentes de Endemias	1
Coordenadora do Núcleo Regional de Endemias	1
Profissionais de saúde	
Médico ESF	1
Enfermeiro EqSF	2
Técnico de enfermagem	1
ACS	5
ACE	4
Usuários	
Usuários	4
Total	22

Fonte: Elaborado pelos autores.

No segmento dos profissionais de saúde, foram entrevistados médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, ACS e os ACE que atuam no território de cada uma das eSF selecionadas. Entre os profissionais de saúde, os critérios de exclusão foram possuir menos de quatro meses de trabalho ou estarem afastados das atividades de campo. O grupo dos gestores em saúde foi composto por *policymakers* diretamente responsáveis pela condução das ações de controle das arboviroses no município. A seleção dos usuários para a entrevista foi realizada considerando dois usuários de cada território selecionado. O critério de inclusão foi possuir mais de 18 anos e como critério de exclusão foi adotado ser morador do bairro há menos de quatro meses.

Para a observação participante, foi realizada visita nos 16 domicílios sorteados e foi utilizado um roteiro que contemplava aspectos referentes a condições socioeconômicas, estruturais e de saúde. Sobre o bairro, foi observada a presença de pavimentação e calçamento, limpeza das vias públicas, existência de terrenos baldios e presença de focos ou criadouros do *Aedes aegypti*. Nos domicílios, observaram-se os aspectos físicos da habitação, presença de focos ou criadouros do *Aedes aegypti*, higiene domiciliar, presença de reservatórios de água e objetos descartados em área aberta. A coleta de dados foi realizada entre março e julho de 2022.

A análise documental se deu a partir de dados sobre a incidência dos casos, índices de infestação predial e ações dos profissionais de saúde. Foram analisados o LIRAA; o Plano Municipal de Combate à Dengue, *Chikungunya* e *Zika*; relatórios da vigilância

à saúde da Secretaria Municipal de Saúde; e os relatórios de gestão do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema do Programa Nacional de Controle da Dengue (SISPNCDD).

Procedimentos analíticos

Para os procedimentos de análise, foi desenvolvida uma matriz analítica composta por três dimensões: (1) Assistência à saúde; (2) Educação em saúde e mobilização comunitária; e (3) Combate ao vetor. A referida matriz foi desenvolvida a partir dos constructos do SUS, da vigilância à saúde e das ações e políticas para a atenção e prevenção das arboviroses na APS^{2,3,10,15,20-24}.

No quadro 1, são apresentadas as dimensões e subdimensões que compõem a matriz analítica.

Quadro 1. Dimensões da atuação das equipes de saúde da família na assistência e prevenção das arboviroses

Dimensão	Subdimensão
Assistência à saúde	Acesso dos acometidos aos serviços assistenciais
	Modelo organizativo de prestação de cuidado
	Atendimentos aos casos e encaminhamentos
	Monitoramento dos casos
Educação em saúde e mobilização comunitária	Práticas e modelos de educação em saúde
	Ações de mobilização comunitária
Combate ao vetor	Ações de combate ao vetor
	Aspectos estruturais e disponibilidade de recursos e materiais

Fonte: Elaborado pelos autores a partir das ações e políticas para a atenção e prevenção das arboviroses na Atenção Primária^{2,3,10,15,20-24}.

A dimensão Assistência à saúde analisa a atuação da ESF como porta de entrada preferencial² e centro articulador do cuidado³ do paciente acometido por arboviroses; e os mecanismos de acesso dos usuários²² acometidos ou com sintomas de dengue, *Zika* ou *Chikungunya*. Considera o modelo organizativo de prestação de cuidados desenvolvidos pelas equipes; a organização da agenda de trabalho; o reconhecimento sobre a importância do atendimento aos casos suspeitos de arboviroses; e mecanismos e formas de monitoramento das pessoas acometidas.

Na dimensão Educação em saúde e mobilização comunitária, compreende-se a mobilização e o envolvimento comunitário como elementos fundamentais para o controle das arboviroses. Toma-se por referência que a educação em saúde e as estratégias de mobilização comunitária devem ser pautadas na educação libertadora²³ e em formas de educação significativa²⁴ baseadas na construção compartilhada de soluções para os problemas relacionados às arboviroses. Desse modo, identifica as práticas de educação em saúde; e analisa os modelos educativos que embasam o desenvolvimento de tais práticas e a mobilização das comunidades, com ênfase sobre o empoderamento da população para atuar sobre os fatores locais e os determinantes sociais das arboviroses.

A dimensão Combate ao vetor engloba as ações e estratégias desenvolvidas pelas equipes para reduzir a presença de criadouros do *Aedes aegypti* no território^{9,10}. Analisa os tipos de atividades realizadas nas visitas domiciliares e as ações dos profissionais para intervir em áreas de risco de proliferação do mosquito no território. Analisa ainda os aspectos estruturais para o trabalho das equipes e a disponibilidade de recursos materiais para o desenvolvimento do trabalho.

Todas as entrevistas foram gravadas em aparelho de áudio digital e transcritas. As observações foram registradas em roteiro específico e diário de campo. O material obtido nas entrevistas e a observação participante foram categorizados e codificados com base na técnica de Análise de Conteúdo Temática proposta por Gibbs²⁵. Os textos transcritos foram organizados e codificados para identificação dos conteúdos que expressam a mesma ideia e núcleo de sentido. A partir do processo de aglutinação e refinamento dos códigos e excertos, foram definidas as categorias temáticas de acordo com as dimensões da matriz de análise.

Questões éticas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Multidisciplinar da Universidade Federal da Bahia (IMS-UFBA), parecer n. 5.362.249. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Os resultados demonstraram limitações e entraves da ESF na prevenção, na assistência, no monitoramento e na vigilância das arboviroses. A seguir, os resultados serão apresentados conforme as três dimensões da matriz analítica utilizada.

Assistência à saúde

As ESF dedicam pouca atenção às arboviroses. Pela característica sazonal, os profissionais voltam o olhar para essas doenças quando os índices de infestação ou número de casos aumentam no território. Nas Unidades de Saúde da Família (USF), a temática fica em evidência quando se eleva o fluxo de pessoas sintomáticas. A atenção às arboviroses é secundarizada diante de outras atribuições e demandas para as equipes de saúde.



Com exceção dos momentos de surto, as arboviroses não figuram entre as prioridades do trabalho das equipes. A frágil atenção dispensada a esses agravos foi associada à sobrecarga de trabalho decorrente, principalmente, do elevado número de pessoas vinculadas às equipes e da necessidade de atendimento a grupos populacionais prioritários.

Então, a unidade de saúde tem que prestar atendimento à gestante, planejamento familiar, pré-natal, preventivo, consulta de idosos, crianças, mulheres... Então, assim, são muitos serviços. E aqui nós temos uma comunidade muito grande, né?! (Entrevista 5 – Médico)

Em relação ao acesso, observou-se que as USF não se constituem em porta de entrada preferencial para as pessoas suspeitas ou acometidas por arboviroses. Evidenciou-se elevada demanda espontânea diária por múltiplas causas, com limitações do número de pessoas que passarão pela triagem. Diante do não acolhimento da demanda, as pessoas com sintomas buscam atendimento nos serviços especializados como as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ou portas hospitalares. Desse modo, os resultados demonstraram significativas dificuldades de acesso dos usuários com sintomas de dengue, Zika e Chikungunya aos serviços de APS.

A gente tem que ir pra pronto-socorro. No pronto-socorro é que vai detectar. Porque a unidade de saúde ela não tá podendo fazer esses atendimentos de urgência, então tem que ir pra UPA. (Entrevista 4 – Usuário)

Sobre o modelo organizativo de prestação do cuidado, as equipes mantêm a organização dos atendimentos na forma de semana típica por grupos de usuários e um número limitado de vagas para demanda espontânea. Dessa maneira, as consultas de rotina de idosos, gestantes e crianças se configuram como prioridade diante das demandas agudas, como as pessoas com sintomas de arboviroses. Além disso, os usuários são agendados ou atendidos por ordem de chegada, o que os obriga a se deslocar às unidades de saúde e aguardar em filas horas antes do início do atendimento.

Porque, exemplo, minha médica não está aqui agora, mas na nossa rotina ela tem a semana típica dela, e ela não é flexível. Ela tem a semana típica dela [...]. (Entrevista 1 – Enfermeira)

O atendimento aos casos de arboviroses mostrou-se inadequado e não correspondente às necessidades dos usuários, especialmente no que se refere às consultas médicas. Os serviços demonstraram diminuta sensibilidade para o atendimento clínico das pessoas com sintomas desse grupo de doenças. Diante de quadros graves, notou-se existir um fluxo de encaminhamentos para serviços especializados e de maior densidade tecnológica.

Também o monitoramento dos usuários diagnosticados não ocorre como prática frequente. Não se observou mecanismo regular de acompanhamento ou busca ativa para os casos notificados ou em investigação.



Nada. Nenhum retorno. A gente envia o paciente pra lá, pro laboratório pra colher o material. Mas não se tem retorno. Não sei se foi normal, se foi negativo, se foi positivo, se o paciente tá bem, se não tá. (Entrevista 18 – Técnica de enfermagem)

Às vezes, quando o ACS passa na casa, aí ele fica sabendo se o paciente melhorou, se não melhorou. E se for caso de uma coisa mais grave de internamento, o ACS fica sabendo também, mas, assim, eu creio que só nesses quesitos aí, entendeu? Não é de monitoramento do paciente não. (Entrevista 14 – Gestora)

Além disso, muitos usuários não retornam ou não conseguem atendimento na USF após a realização de exames ou consultas em outros serviços, o que dificulta aos profissionais da APS o conhecimento sobre a evolução dos sintomas, até mesmo para encerrar a investigação do caso.

Educação em saúde e mobilização comunitária

Uma das formas de contribuição das eSF para a prevenção e controle das arboviroses ocorre por meio das atividades de educação em saúde, embora predominem práticas educativas conteudistas e verticalizadas. Nas unidades, os profissionais utilizam uma metodologia tradicional de transmissão de conhecimento, com palestras em salas de espera voltadas para a orientação sobre as formas de combate ao vetor e a identificação de sinais e sintomas da doença. Essas informações são transmitidas aos usuários de maneira pontual e pouco atrativa.

A gente também, além disso, a gente leva pra população, além dessas informações, a gente vai levar o conhecimento do como que ela pode fazer caso venha adoecer, em relação a sintomas. (Entrevista 15 – Gestora)

Sobre a mobilização comunitária, as eSF não promovem atividades regulares de envolvimento da população para a vigilância e prevenção das doenças transmitidas por vetores. As ações ocorrem esporadicamente e de maneira reativa, especialmente em situações de surto ou quando detectados elevados índices de infestação predial. As estratégias de mobilização seguem o modelo campanhista, do tipo “apagar incêndio”, com foco em mutirões de limpeza para eliminação de potenciais focos do *Aedes aegypti*. As ações são temporárias, de base higienista e desvinculadas da dinâmica social local.

Em outros momentos, nós fizemos mutirões, nós fizemos mutirões aqui com muita gente. Mas, já faz algum tempo que a própria secretaria não faz esses mutirões convocando os agentes de saúde, as equipes todas. (Entrevista 2 – ACS)



Embora reconheçam a importância das atividades educativas e de mobilização realizadas pelas eSF, a atitude das comunidades frente às mobilizações realizadas, muitas vezes, é de indiferença e desinteresse. Os usuários reforçam as limitações das atividades esporádicas, conteudistas e verticalizadas para um processo de mobilização comunitária capaz de despertar a consciência crítica e promover o empoderamento da população.

A gente tem que aprender e passar pra outras pessoas, não deixar vir só o profissional falar, não. Vamos passando também, qual a necessidade, entendeu?! Como fazer nossos deveres. (Entrevista 7 – Usuário)

As comunidades estudadas apresentam condições adversas de vida, com precária infraestrutura urbana e limitado acesso aos serviços básicos, a exemplo da deficiência no abastecimento de água, descarte irregular de lixo e deficiências no esgotamento sanitário. Apesar das sérias condições de suscetibilidade, as atividades de mobilização comunitária não se fundamentam prioritariamente sobre os determinantes sociais e não se voltam para a discussão de estratégias de superação das desigualdades sociais.

Combate ao vetor

Ações de prevenção e controle não fizeram parte da rotina dos profissionais de saúde, o que mostrou favorecer a proliferação do mosquito. Dois principais fatores contribuíram para a frágil atuação das equipes no combate ao *Aedes aegypti*. O primeiro deles é o direcionamento do trabalho para a atenção às doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, e aos grupos prioritários, como idosos, mulheres e crianças. Assim, a sobrecarga de atribuições decorrentes de outras demandas foi considerada como elemento limitante na atuação das equipes para o combate ao vetor.

Diminuiu o Covid, estamos em surto de arbovirose e eu continuo ouvindo a mesma fala: “nós não temos tempo”, “nós estamos sobrecarregados”, “nós não temos só arboviroses”. Então eu não sei quando é que vai ser prioridade. (Entrevista 3 – Gestora)

O segundo fator é a compreensão que o combate ao vetor é uma atribuição da vigilância à saúde do município, em especial, do setor de combate às endemias. Embora sejam realizadas algumas atividades preventivas pontuais e circunstanciais pelas eSF, os profissionais não se consideram responsáveis diretos pela condição sanitária referente ao *Aedes aegypti* e não possuem estratégias programáticas para o enfrentamento do problema. Tais fatores limitaram as ações de prevenção das arboviroses, o combate aos focos de mosquito e a mobilização dos usuários.

A gente aponta o dedo pra o setor de controle de endemias, aponta o dedo pro paciente, a gente aponta o dedo pra todo mundo. Mas também, falta isso, uma importância maior da nossa parte [...] a gente negligencia também, enquanto profissional, a arbovirose. (Entrevista 1 – Enfermeira)



Especificamente sobre os ACS, foi evidenciado que estes não atuam diretamente no combate aos focos do vetor. Nas visitas domiciliares, são também priorizadas outras questões de saúde, com pouca atenção aos fatores que contribuem para a proliferação do *Aedes aegypti*. Esporadicamente, a atuação se restringe a prestar informações ou realizar recomendações pontuais sobre as arboviroses.

Assim, como não é propriamente o nosso trabalho, não temos essa visão de chegar lá e ir procurar os focos. Se a gente sentir que alguma coisa tá malcuidada, que tem algum vasinho que esteja com água, o que a gente pede é que seja jogada aquela água fora [...]. (Entrevista 2 – ACS)

A atuação da vigilância em saúde no controle ao *Aedes aegypti* no município mostrou-se fragilizada em decorrência do número insuficiente de ACE. A equipe de endemias adota o trabalho em formato de mutirão, com frentes de trabalho concentradas em localidades específicas. Nesse sentido, não há uma regularidade das visitas dos ACE nos territórios e domicílios. Com a desresponsabilização das eSF e dos ACS na atuação direta de prevenção dos agravos, a proliferação do vetor mostrou-se facilitada.

Questões de infraestrutura dos serviços de APS e a disponibilidade de recursos materiais também influenciaram negativamente o desempenho das eSF no combate e na prevenção das arboviroses. Evidenciaram-se carência de materiais impressos, recursos audiovisuais e até mesmo cadeiras para o desenvolvimento de atividades com as comunidades.

O problema é material, que não tem. Dificuldade de caixa de som, de divulgação. É mais material do que, propriamente, do que poder fazer. (Entrevista 11 – Enfermeiro)

Outro fator estrutural limitante foi a dificuldade de veículos para deslocamento dos profissionais. As eSF são responsáveis por grandes áreas geográficas, com territórios dispersos e, em alguns casos, de difícil acesso. Evidenciou-se disponibilidade restrita e dificuldades de agendamento do carro com a secretaria municipal de saúde. Dessa forma, os médicos e enfermeiros das equipes têm presença esporádica nas residências e desconhecem a realidade do território em relação aos criadouros do *Aedes aegypti*.

Discussão

As equipes estudadas apresentaram frágil desempenho na atenção, na educação em saúde e no controle das arboviroses. Não obstante, os territórios investigados constituíram-se em endêmicos para esses agravos e o tema das arboviroses não recebe a devida atenção por parte das eSF. Isso se revelou na atuação cotidiana dos profissionais da APS e pela inexistência de uma estratégia integrada entre APS, vigilância à saúde e outros segmentos de governo e da sociedade. A não priorização desse problema sanitário se mostrou relacionada a fatores como sobrecarga de atividades; excesso de pessoas vinculadas às equipes; frágil formação para a atuação e mobilização



comunitária; dificuldades de acesso dos usuários; e debilidades na coordenação do cuidado.

No âmbito da APS, a sobrecarga de atividades tem se constituído em um problema que limita o desempenho das equipes. Em diversos cenários, revelam-se incapacidades para atender às diversas demandas por conta do excesso de responsabilidades. Em estudo multicêntrico realizado nas cinco regiões do Brasil²⁶, identificou-se que a elevada demanda, a complexidade das necessidades em saúde e o contingente significativo de usuários implicam na elevação da sobrecarga de trabalho. Essas são responsabilidades institucionais que precisam ser enfrentadas, visto que interferem na dimensão terapêutica e comprometem a qualidade da assistência prestada²⁷.

No presente estudo, as limitações da atuação da APS na atenção às arboviroses mostraram-se relacionadas à necessidade de priorização de determinados grupos etários ou de atenção a portadores de outros agravos. Nesse contexto, a implementação do Programa Previne Brasil, como nova política de financiamento da APS, pode ter contribuído com a secundarização da atenção às arboviroses pelas eSF. De acordo com Rodrigues e Eberhardt²⁸, o Previne Brasil desencadeou significativas mudanças no trabalho das equipes a partir do estabelecimento de metas e indicadores centrados em procedimentos simplistas para grupos populacionais específicos. Assim, induziu-se a uma prática de atenção focalizada, que exclui e não contempla outras necessidades de saúde, como as arboviroses.

Na dimensão da Assistência à saúde, identificaram-se dificuldades para a garantia do acesso dos usuários sintomáticos e o incipiente acompanhamento dos casos na rede de atenção. Tais achados sinalizam a existência de uma APS frágil ao considerar os atributos de primeiro contato e coordenação do cuidado propostos por Starfield²². Uma APS forte caracteriza-se pela capacidade de resolução da maior parte dos problemas de saúde, em tempo oportuno, com acessibilidade e garantia da continuidade.

As dificuldades de acesso, além de gerar sobrecarga desnecessária nos outros níveis de atenção, desencadeiam o efeito de descrença da população na ESF. Ao não conseguirem atendimento para as questões de saúde mais corriqueiras, como os sintomas das arboviroses, os usuários tendem a desconsiderar a APS como serviço de primeiro contato e qualificado para resolver a maior parte dos problemas da comunidade.

Organizar o trabalho das equipes no formato tradicional de semana típica com turnos destinados a grupos prioritários se constituiu em uma barreira organizacional para o acesso ao atendimento dos profissionais de saúde. Freitas et al.⁹ destacam que, frente a arboviroses como a dengue, os serviços de APS devem garantir o acolhimento com classificação de risco, adequado manejo clínico e a oportuna referência em casos de sinais de gravidade. Todavia, na presente investigação, os serviços não apresentaram protocolo específico para o acolhimento e a avaliação das pessoas sintomáticas. Assim, a APS reduz a sua capacidade de resolutividade e mediação dos problemas de saúde relativos às arboviroses com a fragilização do vínculo entre os profissionais e as comunidades.



Em relação à dimensão Educação em saúde e mobilização comunitária, os resultados demonstraram a desvalorização das práticas educativas como mecanismo formador da consciência cidadã e recurso potencializador do empoderamento comunitário. Conforme destacam Lima et al.²⁹, é necessário ampliar, disseminar e potencializar experiências de educação em saúde nas quais há interação entre diferentes coletivos para assim cada ator tomar consciência do seu papel na construção das práticas de atenção à saúde.

No formato de educação em saúde comportamentalista e prescritora, o usuário é considerado como inculto ou passivo ao receber a mensagem transmitida pelo portador do conhecimento. Esse formato desconsidera as condições econômicas e sociais que submetem a população a muitos outros riscos além das arboviroses. O modo tradicional de fazer educação em saúde pode refletir fragilidades na formação dos profissionais.

Tradicionalmente, a formação em saúde no Brasil se constituiu em um processo desarticulado da realidade e de sobrevalorização do saber técnico-científico³⁰. Na formação universitária, são priorizados recursos pedagógicos conteudistas e o ensino de procedimentos intervencionistas, o que deixa pouca margem para que os futuros profissionais se atenham aos determinantes sociais que permeiam a vida dos indivíduos e das coletividades³⁰. Além disso, as iniciativas de educação permanente não contemplam adequadamente as estratégias de transformação das práticas em saúde a partir do próprio processo de trabalho³¹.

Estratégias de comunicação não podem se desenvolver de forma apartada da experiência e da vida social³². Os territórios estudados apresentaram precariedade dos serviços estruturais e sanitários básicos. Assim, as práticas de educação e de mobilização social não podem deixar de considerar os determinantes sociais como as causas prioritárias para a persistência das arboviroses.

Destaca-se nos resultados que as formas de mobilização comunitária empreendidas despertam pouco interesse da população. Intervenções que utilizam apenas a distribuição de materiais educativos³³ ou que muitas vezes culpabilizam a população pelo insucesso das atividades educativas³⁴ são pouco efetivas para motivar o público a se mobilizar. Ações de controle vetorial demonstram resultados mais frágeis sem a mobilização das comunidades. Em um estudo de revisão sistemática que avaliou os efeitos das intervenções para o controle de *Aedes aegypti*³⁵, identificou-se que as estratégias de mobilização comunitária são consistentemente mais efetivas do que intervenções técnicas de controle químico ou biológico.

A análise da dimensão Combate ao vetor evidenciou o diminuto envolvimento das eSF no controle do *Aedes aegypti*. A prática dos profissionais não contemplou ações cotidianas direcionadas a identificar e evitar a presença de criadouros nos domicílios, peridomicílios ou áreas de acúmulo de resíduos no território. De maneira similar às ações assistenciais, a amplitude de atribuições foi elencada como impeditivo para a atuação direta a fim de evitar a proliferação do mosquito.

Nos territórios investigados, as eSF não consideram que possuem responsabilidade compartilhada no combate ao vetor. Como agravante, as eSF e os ACS não assumiram a responsabilidade no controle do *Aedes* mesmo diante da fragilidade do setor de

combate às endemias. De maneira similar, Souza et al.³⁶ constataram que os ACS não se sentem responsáveis pela situação da dengue nas comunidades. Em um estudo realizado em Goiânia, foram identificadas dificuldades relativas à integração do trabalho entre ACS e ACE, sobretudo por falta de capacitação dos agentes, pouca clareza das atribuições e sobrecarga de serviço de ambos²¹.

Problemas estruturais mostraram também influenciar nas ações de combate ao vetor. As condições de trabalho dos profissionais limitaram o desenvolvimento de ações por falta de recursos básicos, como materiais educativos ou transporte para o deslocamento no território. A precariedade das condições de trabalho na APS é evidenciada em diversos cenários^{26,27}. Sobre o controle do *Aedes aegypti*, Tápia-Lopez et al.³⁷ indicam que a efetividade e continuidade das ações em países da América Latina são afetadas pela falta de recursos materiais e de pessoal capacitado. A fragilidade da governança e a priorização de outros temas da saúde levam à descontinuidade dos programas de combate em todo o continente.

O estudo apresenta algumas limitações. Uma delas diz respeito à impossibilidade de extrapolação dos resultados. A matriz de análise aplicada e os resultados encontrados podem contribuir para outros municípios aprimorarem a atenção às arboviroses; no entanto, devem ser consideradas as peculiaridades socioculturais e de organização da APS de cada localidade. Outra limitação refere-se à possibilidade do viés de desejabilidade social. Por desejabilidade social, entende-se a tendência dos participantes do estudo em negar opiniões e comportamentos socialmente indesejáveis e reivindicar outros socialmente desejáveis³⁸. Para minimizar esse tipo de viés, foi dada especial atenção à elaboração dos roteiros, treinamento da entrevistadora e comparação das entrevistas com as informações da observação participante e análise documental.

Considerações finais

O controle das arboviroses é uma tarefa complexa e a proliferação do *Aedes aegypti* é determinada por múltiplos fatores, envolvendo dimensões sociais, econômicas, ambientais e relativas ao sistema de saúde. A atuação isolada em qualquer dessas dimensões não será capaz de apresentar resultados consistentes e duradouros. Nesse contexto, a responsabilidade que cabe à APS é atuar em conjunto com outras instâncias dos sistemas de saúde, outros órgãos de governo, comunidades e outros segmentos da sociedade.

A atuação da APS é fundamental para a vigilância dos territórios, a mobilização das comunidades e a assistência aos acometidos. Nesse sentido, o fortalecimento da APS se constitui como ação estratégica para a prevenção e o controle desses agravos. É importante repensar a prática cotidiana das eSF, com incentivo perene às ações promocionais e de educação em saúde, de modo a superar a convocação apenas em momentos de surto de arboviroses e estreitar as relações entre gestores e profissionais de saúde. Para tanto, é necessário fortalecer as condições estruturais da ESF; a formação dos profissionais; a qualificação da governança e da organização do trabalho; e a integração com as comunidades.



Contribuição dos autores

Talita Farias Correia Macêdo contribuiu na concepção e no planejamento do estudo; na coleta, análise e interpretação dos dados; e na redação e aprovação da versão final do manuscrito. José Patrício Bispo Júnior contribuiu na concepção e no planejamento do estudo; na análise e interpretação dos dados; e na redação e aprovação da versão final do manuscrito.

Financiamento

Bolsa de mestrado da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) para Talita Farias Correia Macêdo. O estudo também contou com o apoio da CAPES – Código de Financiamento 001.

Conflito de interesse

Os autores não têm conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Editor

Antonio Pithon Cyrino

Editor associado

Charles Dalcanale Tesser

Submetido em

24/04/24

Aprovado em

05/08/24



Referências

1. Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, Medina MG, Martins CL, Almeida PF, et al. A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. *Cad Saude Publica*. 2019;35(Supl 2).
2. Giovanella L, Mendonça MHM, Buss PM, Fleury S, Gadelha CAG, Galvão LAC, et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cad Saude Publica*. 2019;35(3).
3. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saude Debate*. 2018;42(Spec No 1):244-60.
4. Souza HP, Oliveira WTGH, Santos JPC, Toledo JP, Ferreira IPS, Esashika SNGS, et al. Doenças infecciosas e parasitárias no Brasil de 2010 a 2017: aspectos para vigilância em saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44.
5. Cavalcante DM, Oliveira MRF, Rehem TCMSB. Internações por condições sensíveis à atenção primária: estudo de validação do SIH/SUS em hospital do Distrito Federal, Brasil, 2012. *Cad Saude Publica*. 2016;32(3).
6. Souza JHM, Barros TB, Almeida PP, Vieira SCA, Melo FF, Silva RAA, et al. Dynamics of transmission of urban arbovirus Dengue, Zika and Chikungunya in Southwestern Region of Bahia, Brazil. *An Acad Bras Cienc*. 2021;93(3).
7. Bezerra JMT, Sousa SC, Tauil PL, Carneiro M, Barbosa DS. Entry of dengue virus serotypes and their geographic distribution in Brazilian federative units: a systematic review. *Rev Bras Epidemiol*. 2021;24.
8. Zara ALSA, Santos SM, Fernandes-Oliveira ES, Carvalho RG, Coelho GE. Estratégias de controle do *Aedes aegypti*: uma revisão. *Epidemiol Serv Saude*. 2016;25(2):391-404.
9. Freitas DA, Souza-Santos R, Wakimoto MD. Acesso aos serviços de saúde por pacientes com suspeita de dengue na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2019;24(4):1507-16.
10. Oliveira KKF, Caprara A. Face social do controle do *Aedes*: em um bairro periférico de Fortaleza, Brasil, as mulheres tomam a palavra. *Cienc Saude Colet*. 2019;24(8):2983-92.
11. Wermelinger ED. Interdisciplinaridade na estratégia de controle dos vetores urbanos das arboviroses: uma dimensão necessária para o Brasil. *Cad Saude Publica*. 2022;38(1).
12. Queiroz JTM, Silva PN, Heller L. Novos pressupostos para o saneamento no controle de arboviroses no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2020;36(4).
13. Reis CB, Andrade SMO, Cunha RV. Aliados do *A. aegypti*: fatores contribuintes para a ocorrência do dengue segundo as representações sociais dos profissionais das equipes de saúde da família. *Cienc Saude Colet*. 2013;18(2):517-26.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais para a prevenção e controle de epidemias de dengue. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União*. 22 Set 2017.
16. Vieira-Meyer APGF, Freire RWJ, Dias MSA, Silva FJG Jr, Pinto AGA, Forte FDS. Estratégia de Saúde da Família: ressonâncias na atenção, gestão, educação e promoção da Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2022;26(Supl 1). doi: 10.1590/interface.220555.



17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Características sociodemográficas do município de Vitória da Conquista, Bahia. Rio de Janeiro: IBGE; 2022 [citado 6 Ago 2024]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/vitoria-da-conquista.html>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Cobertura da Atenção Primária à Saúde no município de Vitória da Conquista, Bahia [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [citado 6 Ago 2023]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/>
19. Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista. Quantitativo de agentes de combate às endemias no município de Vitória da Conquista, Bahia [Internet]. Vitória da Conquista: Portal da Transparência; 2022 [citado 2 Fev 2023]. Disponível em: <https://vitoriadaconquista-ba.portaltp.com.br/consultas/pessoal/servidores.aspx>
20. Oliveira FLB, Millions RM, Costa MV, Almeida JJ Jr, Silva DGKC. Estudo comparativo da atuação do enfermeiro no controle de dengue e febre chikungunya. *Saude Soc.* 2016;25(4):1031-8.
21. Pessoa JPM, Oliveira ESF, Teixeira RAG, Lemos CLS, Barros NF. Controle da dengue: os consensos produzidos por Agentes de Combate às Endemias e Agentes Comunitários de Saúde sobre as ações integradas. *Cienc Saude Colet.* 2016;21(8):2329-38.
22. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
23. Freire P. Pedagogia do oprimido. 84a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2019.
24. Figueiredo MFS, Rodrigues Neto JF, Leite MTS. Educação em saúde no contexto da Saúde da Família na perspectiva do usuário. *Interface (Botucatu).* 2012;16(41):315-29. doi: 10.1590/S1414-32832012000200003.
25. Gibbs G. Análise de dados qualitativos. Porto Alegre: Artmed; 2009.
26. Biff D, Pires DEP, Forte ECN, Trindade LL, Machado RR, Amadigi FR, et al. Cargas de trabalho de enfermeiros: luzes e sombras na Estratégia Saúde da Família. *Cienc Saude Colet.* 2020;25(1):147-58.
27. Bispo JP Jr, Moreira DC. Núcleos de apoio à saúde da família: concepções, implicações e desafios para o apoio matricial. *Trab Educ Saude.* 2018;16(2):683-702.
28. Rodrigues EC, Eberhardt LD. Programa Previne Brasil: análise do processo de implementação em um município da região Sul. *Saude Debate.* 2024;48(140).
29. Lima VV, Ribeiro ECO, Padilha RQ, Mourthé CA Jr. Desafios na educação de profissionais de Saúde: uma abordagem interdisciplinar e interprofissional. *Interface (Botucatu).* 2018;22(Supl 2):1549-62. doi: 10.1590/1807-57622017.0722.
30. Rodrigues AP, Dalbello-Araújo M, Lazarini WS. Integração ensino-serviço: a experiência como estratégia formativa em saúde. *Interface (Botucatu).* 2024;28. doi: 10.1590/interface.230381.
31. Fornereto APN, Sousa DF, Martini LC. Educação Permanente em Saúde como estratégia para trabalho colaborativo na Rede de Atenção Psicossocial. *Interface (Botucatu).* 2023;27. doi: 10.1590/interface.220221.
32. Mafra RLM, Antunes E. Comunicação, estratégias e controle da dengue: a compreensão de um cenário público de experiência. *Saude Soc.* 2015;24(3):977-90.
33. Dias ÍKR, Martins RMG, Sobreira CLS, Rocha RMGS, Lopes MSV. Ações educativas de enfrentamento ao *Aedes aegypti*: revisão integrativa. *Cienc Saude Colet.* 2022;27(1):231-42.



34. Alves JA, Andrade NF, Lorenzo CFG, Mendonça AVM, Sousa MF. Percepção da comunidade sobre suas ações preventivas contra dengue, zika e chikungunya nas cinco regiões do Brasil. *Physis*. 2022;32(3).
35. Alvarado-Castro V, Paredes-Solís S, Nava-Aguilera E, Morales-Pérez A, Alarcón-Morales L, Balderas-Vargas NA, et al. Assessing the effects of interventions for *Aedes aegypti* control: Systematic review and meta-analysis of cluster randomised controlled trials. *BMC Public Health*. 2017;17(Suppl 1):384.
36. Souza KR, Santos MLR, Guimarães ICS, Ribeiro GDS, Silva LK. Saberes e práticas sobre controle do *Aedes aegypti* por diferentes sujeitos sociais na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2018;34(5).
37. Tapia-López E, Bardach A, Ciapponi A, Alcaraz A, García-Perdomo HA, Ruvinsky S, et al. Experiencias, barreras y facilitadores en la implementación de intervenciones de control del *Aedes aegypti* en América Latina y Caribe: estudio cualitativo. *Cad Saude Publica*. 2019;35(5).
38. Bispo JP Jr. Viés de desajabilidade social na pesquisa qualitativa em saúde. *Rev Saude Publica*. 2022;56:101.



The aim of this study was to assess the performance of the Family Health Strategy (FHS) in the treatment and prevention of arboviruses in areas with high risk of infection. We conducted a qualitative study in Vitória da Conquista based on 22 semi-structured interviews, participant observation and document analysis. We used an analytical framework consisting of the following three dimensions: health care; health education and community mobilization; and vector control. The results reveal limitations of care actions influenced by excessive workload and the care model adopted. Educational practices were predominantly content-based and vertical but included campaign- and hygiene-based community mobilization strategies. Surveillance and control actions were not routinely developed by the teams studied. The limitations identified by this study demonstrate the need to strengthen the FHS as a key strategy for addressing the persistent problem of arboviruses.

Keywords: Family Health Strategy. Primary Health Care. Arboviruses. Health education. Brazilian National Health System.

El objetivo del estudio fue analizar la actuación de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) en la atención y prevención de las arbovirosis en áreas de elevado riesgo de infección. Estudio cualitativo realizado en Vitória da Conquista por medio de 22 entrevistas semiestructuradas, observación participante y análisis documental. El referencial teórico-metodológico tuvo como fundamento una matriz analítica estructurada en tres dimensiones: Asistencia a la salud, Educación en salud y movilización comunitaria y Combate al vector. Los resultados demostraron limitaciones a las acciones asistenciales bajo la influencia de la sobrecarga de actividades y del modelo de atención adoptado. Predominaron prácticas educativas de creación de contenido y verticalizadas, con estrategias de movilización comunitaria campañista e higienista. Los equipos estudiados no asumieron rutinariamente acciones de vigilancia y control. Las limitaciones identificadas demuestran la necesidad de fortalecimiento de la ESF como acción estratégica para el enfrentamiento del persistente problema de las arbovirosis.

Palabras clave: Estrategia Salud de la Familia. Atención Primaria de la Salud. Arbovirosis. Educación en salud. Sistema Brasileño de Salud.