



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA



TALITA FARIAS CORREIA MACÊDO

**ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA PREVENÇÃO, CONTROLE E ASSISTÊNCIA
ÀS ARBOVIROSES**

Vitória da Conquista - BA

2023

TALITA FARIAS CORREIA MACÊDO

**ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA PREVENÇÃO, CONTROLE E ASSISTÊNCIA
ÀS ARBOVIROSES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde

Orientador: Prof. Dr. José Patrício Bispo Júnior.

Vitória da Conquista - BA

2023

Biblioteca Universitária Campus Anísio Teixeira – SIBI/UFBA

M141

Macêdo, Talita Farias Correia.

Estratégia Saúde da Família na prevenção, controle e assistência às arboviroses. / Talita Farias Correia Macêdo. -- Vitória da Conquista, BA:UFBA, 2023.

120 f. : 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. José Patrício Bispo Júnior.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) - Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde, 2023.

1. Infecções por Arbovirus. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Agente Comunitário de Saúde. 4. Agente de Combate às Endemias. I. Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde. II. Bispo Júnior, José Patrício. III. Título.


Talita Farias Correia Macedo

“Estratégia de saúde da família na prevenção, controle e assistência às arbovirose”

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde. Linha Pesquisa: Políticas, gestão e programas em saúde

Aprovada em 13/12/2023

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
 **JOSE PATRICIO BISPO JUNIOR**
Data: 15/12/2023 09:33:53-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Prof. Dr. José Patricio Bispo Junior (Orientador)
Universidade Federal da Bahia – UFBA

Documento assinado digitalmente
 **POLIANA CARDOSO MARTINS**
Data: 14/12/2023 16:43:46-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Prof.^a Dr.^a Poliana Cardoso Martins (Examinadora Interna)
Universidade Federal da Bahia – UFBA

Documento assinado digitalmente
 **CEZAR AUGUSTO CASOTTI**
Data: 13/12/2023 14:09:23-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Prof. Dr. Cezar Augusto Casotti (Examinador Externo)
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Dedico esta dissertação aos trabalhadores da saúde que enfrentam diariamente as intempéries da prevenção e adoecimento por arboviroses.

AGRADECIMENTOS

“Melhor é o fim das coisas do que o seu princípio...” Eclesiastes 7:8. Ao final desta árdua jornada de aprendizado e conhecimento, apesar do cansaço do percurso, prevalece o sentimento de gratidão. Quero aqui demonstrar meu agradecimento àqueles que estiveram ao meu lado em cada momento. Àqueles que me inspiram a ser e fazer o melhor que posso ser.

Ao meu amigo Jesus, que está sempre comigo, me guarda e me ilumina. Jesus me inspira nos momentos em que faltam as palavras, Ele é amor e compaixão, ele é calma e auxílio a quem mais precisa. Ao Deus forte e poderoso agradeço por me guardar e me trazer até aqui com vida e saúde. Sem Ele nada poderia fazer.

Aos meus pais, Alcir e Florindo, exemplos de vida, superação e força, agradeço por todo apoio que me deram e dão todos os dias. Eu sou extensão deles e eles de mim, são pais que não medem esforços por seus filhos. Em toda minha vida eles fizeram tudo que podiam por mim e meu irmão, pelos meus estudos, para me ver vencer. E nesta etapa do mestrado, com bebê pequeno, eles estavam lá, sendo meu suporte. Não existem palavras que expressem a gratidão que tenho pela vida dos meus pais. Vocês me inspiram a ser forte e corajosa, a não desistir e a ser tudo para os meus.

Ao meu esposo Bruno, companheiro da minha vida, que divide todos os pequenos detalhes e momentos comigo, agradeço o zelo, paciência e principalmente a colaboração em minha pesquisa. Meu esposo não é mero espectador, me aplaudindo de longe, ele é parte ativa desse processo, do trabalho elaborativo ao operacional, da correção, do choro e do riso, ele é meu parceiro. Você me inspira a ser gentil, a ser responsável e coerente em tudo que eu me proponho a fazer. Agradeço a Deus por quem você é em minha vida.

Ao meu orientador, José Patrício, com quem divido a trajetória acadêmica desde a graduação, agradeço por cada saber compartilhado. Agradeço imensamente sua contribuição para minha formação profissional, desde as disciplinas, a condução do tirocínio, até a escrita da dissertação e dos artigos. Pelas muitas horas de reunião e pela paciência em lidar com meus erros. Eu agradeço a leveza da condução desse processo, de iniciar nossas reuniões com os informes, atualizando a vida pessoal e pela sua torcida pelo meu sucesso profissional. Me inspiro em sua maneira de conduzir seus alunos com atenção e zelo, sempre buscando valorizar os pontos positivos, e sua busca pela excelência. Você me inspira não só como docente, mas como ser humano.

Às minhas amigas, colegas de mestrado, meu grupo SOS Mestradas, Daiane, Rebecca, Thamires e Vanessa. Vocês foram realmente um socorro! Seja nos trabalhos em grupo, nas POs

ou nos momentos de dúvida. Pra chorar nos momentos de angústia ou pra trocar memes no Instagram e rir pra deixar a jornada mais leve. Vocês, cada uma com sua história, me inspiram a ser empática, a estar presente e oferecer o ombro mesmo sem o amigo pedir. Obrigada, meninas!

A todos os meus familiares, em especial meu irmão, Ícaro, minha tia Cecília, minha prima Kika pelo apoio e incentivo, pela torcida e energias positivas.

Às alunas do Permanecer, Lívia, Júlia e Gabriela, meu agradecimento pela contribuição fundamental, principalmente nas transcrições e correções das entrevistas, e por todos os momentos compartilhados.

Agradeço às colegas de trabalho, Layla, Larissa, Rebeca, Carol, Renata e Thainara, que compartilham tantos momentos diários e emprestam os ouvidos às minhas queixas e alegrias do mestrado. Obrigada pelo apoio, meninas!

À minha amiga Rebeca, que me auxilia desde a escrita do projeto no processo seletivo, e hoje é uma parceira e colega de trabalho a quem tenho imensa admiração, obrigada!

Agradeço às minhas alunas, Érica, Beatriz, Giulia, Franciele, Maria Luiza, Maria Gabriella e Ludmila, por acreditarem no projeto e darem continuidade a esse trabalho.

Agradeço ainda aos colegas de turma do mestrado. Nossa turma sofreu as dificuldades da pandemia, passou pelas aulas remotas, semestre suplementar, mas ainda assim, foram possíveis momentos de trocas e parcerias.

Ao PPGSC e aos professores muito obrigada por cada troca, pelo saber compartilhado. Tenho muito orgulho de fazer parte de um programa de excelência, e por todos os mestres que nos acolhem e ensinam valores acadêmicos e, sobretudo, para a vida.

Aos membros da banca, professora Poliana e professor Cezar Augusto, obrigada por se disponibilizarem e pelas valorosas contribuições ao trabalho.

À CAPES pela bolsa de Mestrado.

Aos profissionais de saúde e usuários, em especial aos ACS e ACE, e às enfermeiras Jéssica, Gabriela e Tatiana, que disponibilizaram seu tempo para as entrevistas e visitas domiciliares.

Por fim, ao meu filho, Eduardo, agradeço pela sua compreensão. Mesmo tão pequenino, sem nem mesmo entender, você contribui para esse momento tão importante pra mim. Obrigada por me esperar voltar pra você quando eu precisei me ausentar. Você me inspira a ser uma pessoa melhor, pra você e para quem precisar de mim. Você me dá forças pra continuar em busca dos meus sonhos.

“Ou é o começo do fim ou é o fim.”

Vital Farias

RESUMO

A presente dissertação teve por objetivo analisar o trabalho desenvolvido pela Estratégia Saúde da Família para a prevenção e controle das arboviroses, bem como para o desenvolvimento de ações assistenciais às pessoas acometidas por Dengue, Zika e Chikungunya. Trata-se de uma pesquisa qualitativa desenvolvida no município de Vitória da Conquista, a partir de 22 entrevistas semiestruturadas, observação participante nos territórios e análise documental. O referencial teórico-metodológico fundamentou-se em matrizes analíticas desenvolvidas a partir dos constructos do Sistema Único de Saúde (SUS), da Vigilância à Saúde e das ações e políticas para a atenção e prevenção das arboviroses na Atenção Primária à Saúde (APS). Os resultados e a discussão foram apresentados por meio de dois artigos científicos. O primeiro artigo teve como objetivo analisar a atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF) na atenção e prevenção às arboviroses em áreas de elevado risco de infecção. Os resultados demonstraram limitações às 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. O segundo artigo objetivou analisar a atuação e a articulação do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE) na prevenção e controle das arboviroses. Os resultados evidenciaram que ACS e ACE apresentam atuação fragmentada e desarticulada. Identificou-se uma clara distinção de atribuições entre os agentes. A atuação do ACE caracteriza-se pelo controle químico dos vetores. Os ACS não se sentem responsáveis pela vigilância ativa das arboviroses. Evidenciou-se frágil coordenação para o trabalho colaborativo. Não há mecanismos regulares para a atuação coordenada ou compartilhamento de informações e de tarefas. As relações dos agentes com a comunidade são marcadas por contextos de desconfiança e diminuta mobilização comunitária. Foram identificadas fragilidades no processo formativo e ausência de uma política de educação permanente. Em conclusão ressalta-se que o estudo identificou consistentes limitações da ESF na prevenção, controle e assistência das arboviroses. É necessário que a ESF exerça maior protagonismo na vigilância dos territórios e assuma efetiva responsabilidade sobre a situação da dengue, zika e chikungunya. Sugere-se a necessidade de aprimoramento dos mecanismos de governança e do fortalecimento das estratégias de mobilização comunitária.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Arboviroses; Educação em Saúde; Sistema Único de Saúde (SUS); Agente Comunitário de Saúde; Agente de Combate às Endemias.

ABSTRACT

The present dissertation aimed to analyze the work developed by the Family Health Strategy for the prevention and control of arbovirus diseases, as well as for the development of care actions for individuals affected by Dengue, Zika, and Chikungunya. It is a qualitative research conducted in Vitória da Conquista, based on 22 semi-structured interviews, participant observation in the territories, and document analysis. The theoretical-methodological framework was based on analytical matrices developed from the constructs of the Unified Health System (SUS), Health Surveillance, and actions and policies for the care and prevention of arbovirus diseases in Primary Health Care (APS). The results and discussion were presented through two scientific articles. The first article aimed to analyze the performance of the Family Health Strategy (ESF) in the care and prevention of arbovirus diseases in high-risk infection areas. The results showed limitations to care actions under the influence of activity overload and the adopted care model. Content-oriented and verticalized educational practices predominated, with community mobilization strategies being campaign-oriented and hygienist. The studied teams did not routinely assume surveillance and control actions. The second article aimed to analyze the performance and coordination of the work of Community Health Agents (ACS) and Endemic Disease Control Agents (ACE) in the prevention and control of arbovirus diseases. The results showed that ACS and ACE have fragmented and uncoordinated performance. There was a clear distinction of roles between the agents. The chemical control of vectors characterizes ACE performance. ACS does not feel responsible for active surveillance of arbovirus diseases. A weak coordination for collaborative work was evident. There are no regular mechanisms for coordinated action or sharing of information and tasks. Contexts of distrust and limited community mobilization mark the agents' relationships with the community. Weaknesses in the training process and the absence of a continuing education policy were identified. The study identified consistent limitations of the Family Health Strategy in preventing, controlling, and caring for arbovirus diseases. The APS must play a greater role in the surveillance of territories and take effective responsibility for the situation of dengue, zika, and chikungunya. There is a need to improve governance mechanisms and strengthen community mobilization strategies.

Keywords: Family Health; Primary Health Care; Arbovirus Infections; Health Education; Unified Health System; Community Health Workers; Endemic Diseases.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – (Artigo 2) Matriz de análise dos fatores que influenciam na atuação e integração de ACS e ACE para prevenção e controle das arboviroses.....	66
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Matriz de análise do controle e prevenção das arboviroses no contexto da APS.....	40
Quadro 1. (Artigo 1) Dimensões da atuação das equipes de saúde da família na assistência e prevenção das arboviroses.....	48
Quadro 1. (Artigo 2) Dimensões da atuação de ACS e ACE no controle e prevenção das arboviroses.....	65

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas de Vitória da Conquista, Bahia, 2021.....	35
Tabela 2 - Participantes do estudo por segmento.....	38
Tabela 1 – (Artigo 1) Participantes do estudo por segmento.....	46
Tabela 1 – (Artigo 2) Participantes do estudo por segmento.....	63

LISTA DE ABREVIATURAS

ACE – Agentes de Combate às Endemias

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

APS – Atenção Primária em Saúde

CI – Coeficiente de Incidência

CEMAE – Centro Municipal de Atenção Especializada

eSF – Equipes de Saúde da Família

ESF – Estratégia Saúde da Família

HGVC – Hospital Geral de Vitória da Conquista

IIP – Índice de Infestação Predial

LIRAA – Levantamento Rápido do Índice de Infestação do *A. aegypti*

PNAB – Política Nacional da Atenção Básica

PNCD – Programa Nacional de Controle da Dengue

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SAMU 192 – Serviço Móvel de Urgência

SE – Semana Epidemiológica

SUS – Sistema Único de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

APROXIMAÇÃO COM O OBJETO DE ESTUDO	17
1. INTRODUÇÃO.....	19
2. OBJETIVOS DO ESTUDO	24
3. REVISÃO DA LITERATURA	25
3.1. Arboviroses no contexto da Estratégia Saúde da Família	25
3.2. O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde na Vigilância das Arboviroses.....	27
3.3. Integração do agente de combate às endemias na Estratégia Saúde da Família.....	28
3.4. Educação em saúde, participação e mobilização comunitária frente às arboviroses.....	31
4. METODOLOGIA.....	35
4.1. Caracterização do Estudo	35
4.2. Campo de Estudo.....	35
4.3. Fontes de informação e técnicas de obtenção de dados.....	36
4.4. Participantes do estudo e procedimentos de coleta de dados	37
4.5. Análise dos dados e informações.....	39
4.6. Questões éticas	41
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
5.1 Artigo 1. Estratégia Saúde da Família na atenção e prevenção das arboviroses: entre assistência, educação em saúde e combate ao vetor ¹	43
5.2 Artigo 2. Atuação de Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias na prevenção e controle das arboviroses: análise sobre a articulação e integração do trabalho	60
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
REFERENCIAS	83
APÊNDICES	89
ANEXOS.....	114

APROXIMAÇÃO COM O OBJETO DE ESTUDO

Apresento aqui uma breve consideração sobre minha aproximação com o objeto de estudo. No que tange ao tema das arboviroses, anterior a proposta do meu orientador José Patrício para pesquisar sobre esse tema, o meu contato com o objeto se deu na minha experiência profissional. Em 2018, atuei em uma unidade de saúde da zona rural de um município próximo à Vitória da Conquista. Para trabalhar lá, precisei me mudar e residir naquela localidade. Esta experiência foi um divisor de águas para minha vida pessoal e profissional. E dentro de tantas mazelas sofridas por aquela comunidade, as arboviroses estavam presentes. Nos anos em que ali trabalhei, lidei com pacientes diagnosticados, com a notificação dos casos, mas principalmente com as atividades de educação em saúde na unidade e nas escolas na região. Ao iniciar o mestrado, em 2020, durante a disciplina Metodologia Qualitativa em Saúde, com o professor Adriano Maia, nos foi proposto explicar de maneira criativa exatamente sobre essa aproximação com o objeto de estudo. Apesar de não ser especialista, nem tampouco escritora, arrisquei escrever um cordel a respeito do tema e da pesquisa qualitativa. A partir dessa pequena produção literária, apresento como o pesquisar as arboviroses me atravessou.

Caminhos do pesquisar sobre as arboviroses

Eu me chamo Talita	Finalmente consegui o primeiro emprego
Nasci na capital Salvador	Na zona rural, um lugar afastado
Mas ainda bem pequena	Perto de Minas Gerais
Me mudei pro interior	Longe da família, amigos e do namorado
Hoje moro em Conquista	Trabalhava muito
Lugar que tenho imenso amor	Cortava um dobrado
Desde muito nova	Foi ali que percebi
Sempre quis ser Enfermeira	O quanto sou privilegiada
Formei aos vinte e três	Branca, cristã e da cidade
Por um tempo fiquei de bobeira	Descobri a empreitada
Sem trabalhar por dois anos	De quem vive longe de tudo
Todo dia era sexta-feira	De uma gente desamparada

A doença não escolhe classe
Isso é bem verdade
Mas também ninguém escolhe
Viver com desigualdade
Mesmo fazendo o possível
Não se impede a enfermidade

Hoje aos vinte e oito
Estou cursando mestrado
Decidi estudar aquela gente
Aquele povo maltratado
Que precisa de assistência
Que precisa ser cuidado

Eu vi uma dona de casa
Limpar bem o seu quintal
Mas onde descartar o lixo
Sem coleta semanal?
Dá lugar pro mosquito da dengue
Fazer seu trabalho, afinal

E quando a chuva vem
É preciso a água armazenar
Às vezes a caixa d'água é tampada
Às vezes esquece-se de tampar
E quase sem perceber
O mosquito de novo encontra lugar

Arboviroses e determinantes sociais
Foi o que escolhi pesquisar
Numa abordagem qualitativa
Pela riqueza do falar
Saber do profissional e do paciente
O que se tem pra compartilhar

Compreensiva, subjetiva e reflexiva
É ciência a pesquisa qualitativa!
Humanística, inter-relacional e empática
A todos os participantes cativa
Conecta pesquisadores e atores
Fundamental na Saúde Coletiva

Seu objetivo é compreender
O sujeito e suas representações
Entender pelo diálogo aberto
Seus sentimentos e suas ações
O encontro com sua história
Suas crenças e opiniões

Depois de aqui refletir
E a pesquisa qualitativa valorizar
Mais ainda eu entendi
O quê e por que quero estudar
Entender as demandas sociais
E a quem mais precisa ajudar

1. INTRODUÇÃO

Os arbovírus (Arthropod-borne VIRUS) têm sido motivo de grande preocupação em todo o mundo (Donalisio; Freitas; Von Zuben, 2017). A emergência da Dengue (DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4), Chikungunya (CHIKV) e Zika (ZIKV) tem se revelado um grande desafio para os serviços de vigilância e controle em diversos países. A expansão dessas arboviroses, cujos agentes etiológicos são transmitidos por mosquitos do gênero *aedes* (*Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*), em áreas urbanas é uma importante questão para a saúde pública (Siqueira et al., 2022).

O vírus da dengue continua impondo a carga de doença global mais elevada. É o arbovírus que causa o maior número de casos na Região das Américas, com epidemias que ocorrem de forma cíclica a cada 3 a 5 anos. (OPAS, 2019; OPAS/OMS, 2023). Desse modo, no Brasil, a dengue é a doença de maior importância epidemiológica, observada de forma praticamente contínua no país desde a década de 1980, com a identificação dos 4 sorotipos virais em circulação e cursa com picos sazonais e ciclos epidêmicos (Luna; Silva Junior, 2013; Teixeira et al., 2009). Outro aspecto importante é o aumento proporcional de casos de dengue abaixo de 15 anos de idade, com elevação das formas graves da doença e, por decorrência, das hospitalizações e dos óbitos. Em algumas regiões do país, essas formas graves têm atingido com maior intensidade grupos etários mais jovens (Waldman; Sato, 2016).

Na Bahia, até a 43ª semana epidemiológica (SE) de 2023, foram notificados 74.205 casos suspeitos de Dengue, com Coeficiente de Incidência (CI) acumulada de 313,5 casos/100.000 habitantes. Na comparação com o mesmo período do ano 2022, há um aumento de 37,1% nos casos da doença no estado. Em relação à Chikungunya, foram notificados 21.533 casos, o que corresponde a CI de 100,9 casos/100.000 habitantes. Há 01 óbito confirmado pela doença no período. Houve 3.997 casos notificados de Zika no período, o que corresponde a CI de 11,5 casos/100.000 habitantes. No período em análise há incremento de 68,6% em relação ao mesmo período do ano anterior (Bahia, 2023).

Em relação ao vetor, a principal espécie que transmite arboviroses no Brasil, o *Aedes aegypti*, é um mosquito doméstico, antropofílico, com atividade hematofágica diurna. Seus criadouros preferenciais são recipientes artificiais, tanto aqueles abandonados a céu aberto, que servem como reservatório de água de chuva, como os utilizados para armazenar água para uso doméstico. Os ovos têm uma alta capacidade de resistir à dessecação, mantendo-se viáveis na ausência de água por até 450 dias (Tauil, 2002; Zara et al., 2016). A abundância do *aedes* é parcialmente regulada pela precipitação, que fornece criadouros e estimula a eclosão dos ovos. A elevação das temperaturas aumenta a frequência da alimentação (picadas) e diminui o tempo

que leva para os mosquitos estarem aptos a transmitir os vírus causadores das arboviroses (Alam; Tuno, 2019; Roseghini et al., 2011).

O Brasil possui amplas extensões de território com clima altamente favorável à proliferação de *aedes*. A transmissão, embora mais intensa no verão, pode ocorrer durante todo o ano, em especial nas regiões de clima quente e úmido. Além disso, dezenas de metrópoles com alta densidade populacional e grandes contingentes vivendo em aglomerados com precárias condições sociais, econômicas e de infraestrutura mantêm condições favoráveis à proliferação do vetor e torna o controle das arboviroses uma ação de difícil execução. Variáveis sanitárias, unicamente, não explicam a heterogeneidade das doenças, pois seus determinantes são múltiplos em aspectos e fatores variados, entretanto são elementos essenciais para explicar a ocorrência das arboviroses (Luna; Silva Junior, 2013; Queiroz; Silva; Heller, 2020; Sommerfeld; Kroeger, 2012; Teixeira et al., 2009).

Destarte, a persistência de casos de arboviroses está intimamente relacionada com os determinantes de ordem socioeconômica. A dengue, por exemplo, pode ser considerada um subproduto da urbanização acelerada e sem planejamento, característica dos centros urbanos de países em desenvolvimento. Outros fatores determinantes das arboviroses são as migrações, viagens aéreas, deterioração dos sistemas de saúde, inexistência de vacina ou tratamento etiológico, grande fluxo populacional entre localidades e altos índices pluviométricos e de infestação pelo vetor (Almeida; Cota; Rodrigues, 2020; Gonçalves et al., 2015; Lima Neto et al., 2016).

O Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), implantado em 2002 e ainda vigente, tem o objetivo de reduzir a infestação pelo *Aedes aegypti*, bem como reduzir a incidência e letalidade da dengue. O PNCD possui 10 componentes, dentre esses destacam-se: a Vigilância epidemiológica (Vigilância de casos, Vigilância laboratorial, Vigilância em áreas de fronteira, Vigilância entomológica), o combate ao vetor e as ações integradas de educação em saúde, comunicação e mobilização social (Brasil, 2002b). Para que os objetivos do PNCD aconteçam, os componentes de ação devem ser implantados de maneira sustentável e permanente, com ações desenvolvidas de maneira intra e intersetorial (Brasil, 2008).

Ainda com o objetivo de refrear epidemias de dengue, em 2009, o Ministério da Saúde apresentou as Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue (Brasil, 2009) e em 2015 o Plano de Contingência Nacional para Epidemias de Dengue (Brasil, 2015). Tais documentos visam orientar a revisão dos planos estaduais e municipais de controle da dengue e incorporam aprendizados resultantes da vigilância, acompanhamento e assistência a pacientes, ações de controle de vetores e da comunicação social. Para a operacionalização das

ações de enfrentamento, ressalta-se a necessidade de organização da rede de serviços de saúde, com o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS). Destacam ainda que as ações de vigilância em saúde devem estar estrategicamente inseridas nos serviços de atenção primária, como ferramenta norteadora para subsidiar a tomada de decisão do gestor local.

No contexto da APS, a Estratégia Saúde da Família (ESF) conduziu à mudança do modelo assistencial brasileiro. Assim, o sistema de saúde conseguiu estender o seu alcance, saindo dos limites das unidades de saúde para chegar onde as pessoas vivem, até no interior dos seus domicílios. A porta de entrada preferencial para o atendimento de pessoas com suspeita de arboviroses no serviço público de saúde é a ESF, embora todos os serviços de saúde devam estar preparados para o atendimento oportuno e com qualidade ao paciente, o adequado manejo clínico e o referenciamento de casos graves. Assim, é imprescindível a existência de serviços de atenção primária com acessibilidade adequada (Cazola; Tamaki; Pontes, 2014; Freitas; Souza-Santos; Wakimoto, 2019).

As equipes de Saúde da Família (eSF) devem atuar na implementação de medidas preventivas e educativas de combate ao *aedes*. Além disso, desempenha o papel de organizadora e estruturadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS), destaca-se por atuar na realização de ações individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção e diagnóstico das arboviroses. O diagnóstico precoce das arboviroses implica no processo de tomada de decisões e na implementação de ações curativas, a fim de evitar complicações (Franco et al., 2022; Ivancko et al., 2021).

Em relação às ações preventivas, a Educação em Saúde é uma ferramenta recomendada na atenção às arboviroses e cada vez mais se torna necessária dentro de um contexto sanitário. É a partir da educação que é possível construir os fundamentos de uma sociedade sustentável, necessários para o fortalecimento dos cuidados individuais e coletivos com o meio ambiente, indispensáveis para a manutenção de menor risco de reprodução do mosquito (Dias et al., 2022).

Apesar das atividades de educação acontecerem na ESF, observa-se que as práticas de comunicação e educação realizadas para o controle das arboviroses não se diferenciam daquelas hegemônicas no campo da Saúde Pública no país. Caracterizam-se por possuir uma modelagem centralizada, vertical e unidirecional. Espera-se com as práticas realizadas que o público reaja ao emissor com mudanças de hábitos e comportamentos. As atividades educativas propostas pela saúde da família precisam contemplar as particularidades pessoais, culturais e sociais, a partir do diálogo e da interação face a face entre os interlocutores (Rangel-S, 2008; Silva et al., 2011).

Ainda no contexto da saúde da família, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE), em parceria com a população, devem promover ações de vigilância e educação em saúde, além do controle mecânico e químico do vetor, cujas ações são centradas em detectar, destruir ou proteger adequadamente os reservatórios naturais ou artificiais de água que possam servir de depósito para os ovos do *aedes*. Ainda que ACS e ACE realizem esse trabalho, e apesar dos investimentos em programas de controle das arboviroses, tais ações têm-se mostrado pouco efetivas na redução do Índice de Infestação Predial (IIP) do *aedes* e, por conseguinte, na diminuição da incidência das doenças por ele transmitidas (Souza et al., 2018; Zara et al., 2016).

O trabalho conjunto e complementar entre os ACS e ACE, em uma base territorial comum, é estratégico e desejável para identificar e intervir oportunamente nos problemas de saúde-doença da comunidade, facilitar o acesso da população às ações e serviços de saúde e prevenir as arboviroses. Apesar disso, em muitas realidades os ACE têm mantido atuação vinculada à estrutura de Vigilância Epidemiológica dos municípios, coordenados por profissionais que não compõem diretamente a APS. Um dos desafios postos para o efetivo controle das arboviroses é a integração do trabalho dos ACS e ACE, reconhecendo-se as especificidades, mas, sobretudo, os aspectos comuns em sua prática profissional (Brasil, 2019; García et al., 2022).

Historicamente, as ações de controle das arboviroses centram-se em campanhas educativas difusas e no uso de larvicidas pelos ACE nas comunidades. Todavia, essas estratégias têm se mostrado insuficientes. As doenças causadas pelo *aedes* constituem-se em problema complexo, vivenciadas por todo corpo social. Requer um enfoque sistêmico para seu controle, que considere os elementos biológicos, comportamentais, ecológicos, políticos e econômicos que envolvem as arboviroses (Oliveira; Caprara, 2019).

Os determinantes biológicos, socioeconômicos e ambientais estão associados à disseminação da maioria das arboviroses e a situação exige estratégias de caráter intersetorial que transcendem as ações exclusivas de controle químico do vetor. É necessário observar cada território com suas singularidades e localizar o mais precisamente possível onde e como estão acontecendo os agravos, quais serviços a população necessita, locais de potencial risco sanitário e ambiental e as áreas onde se concentram situações sociais vulneráveis. É de grande importância explorar a adoção de metodologias participativas para alcançar a motivação e a mobilização comunitária, pela qual os sujeitos sejam capazes de reivindicar e assumir processos que passem pelo diagnóstico, planejamento, execução e avaliação das ações desenvolvidas (Gonçalves et al., 2015; Lima Neto et al., 2016; Queiroz; Silva; Heller, 2020).

Diante dessa realidade, é imprescindível a realização de estudos empíricos que além de caracterizar a magnitude das doenças causadas pelos arbovírus, possibilitem aprofundar o conhecimento sobre o manejo desses agravos. Desse modo, conhecimentos mais abrangentes sobre as arboviroses poderão orientar a estruturação de políticas públicas de saúde e de outras áreas e contribuir para amenizar os índices endêmicos persistentes.

Assim, ressalta-se a relevância científica e social da presente investigação. No âmbito científico, os conhecimentos produzidos com o estudo contribuirão para o aprofundamento do debate na literatura nacional e internacional referente a atuação da Estratégia Saúde da Família e da Vigilância à Saúde no combate a Dengue, Zika e Chikungunya. Na perspectiva social, os achados poderão auxiliar o poder público e as comunidades para melhor compreensão e para o desenvolvimento de ações sociais e políticas que afetam a qualidade de vida das comunidades.

Diante deste contexto, apresentam-se as seguintes questões de investigação: Como se desenvolve o trabalho das Equipes de Saúde da Família e da Vigilância à Saúde para a prevenção e controle das arboviroses? Como as Equipes de Saúde da Família organizam o trabalho para o desenvolvimento das ações assistenciais às pessoas acometidas por Dengue, Zika e Chikungunya?

2. OBJETIVOS DO ESTUDO

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o trabalho desenvolvido pela Estratégia Saúde da Família para a prevenção e controle das arboviroses, bem como para o desenvolvimento de ações assistenciais às pessoas acometidas por Dengue, Zika e Chikungunya.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar a atuação das Equipes de Saúde da Família na prevenção, controle e assistência às arboviroses;
- Analisar as práticas e a integração do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias no controle e prevenção das arboviroses.
- Identificar as estratégias de mobilização comunitária e as práticas de Educação em Saúde para a prevenção e controle das arboviroses.

3. REVISÃO DA LITERATURA

De maneira a melhor sistematizar a atuação da Saúde da Família e da Vigilância à Saúde nas ações de promoção, prevenção e atenção às arboviroses, a revisão da literatura foi estruturada em quatro blocos: Arboviroses no contexto da Estratégia Saúde da Família; O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde na Vigilância das Arboviroses; Integração do Agente de Combate às Endemias na Estratégia Saúde da Família; e Participação e Mobilização comunitária frente às arboviroses.

3.1. Arboviroses no contexto da Estratégia Saúde da Família

A APS é considerada a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, responsável pela coordenação do cuidado e pela realização do primeiro atendimento da maioria dos casos de arboviroses, assim como o seguimento diário e domiciliar dos pacientes. As eSF devem promover capacitação dos profissionais de saúde para classificação de risco, diagnóstico, manejo clínico e assistência ao paciente com dengue e outras arboviroses para a realização de ações de prevenção e controle junto à comunidade (Brasil, 2009; Gomes et al., 2015).

A proximidade da APS com o território facilita a intervenção sobre os riscos nele existentes, ajudando a compreender melhor a situação de saúde desta população. O vínculo entre os trabalhadores de saúde e a comunidade permite relações mais dialógicas e menos prescritivas, facilitando ações educativas e de promoção da saúde (Silva et al., 2021).

O acesso universal aos serviços de saúde é um dos princípios que sustentam o Sistema Único de Saúde (SUS) desde a sua criação a partir da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90. Contudo, existem barreiras impostas aos usuários, como as chamadas peregrinações em busca de atendimento e filas para marcação de consultas, além de dificuldades na garantia da resolutividade e continuidade da assistência. A organização dos serviços de saúde é fundamental no enfrentamento de epidemias de dengue e outros agravos, especialmente no sentido de garantir o acesso oportuno aos primeiros cuidados e a referência dos pacientes de acordo com o monitoramento dos sinais de alarme para a gravidade (Freitas; Souza-Santos; Wakimoto, 2019; Souza et al., 2022).

A vigilância em saúde deve estar inserida cotidianamente na prática das equipes de saúde de APS. As eSF, a partir das ferramentas da vigilância, desenvolvem habilidades de planejamento, de maneira a organizar ações programadas e de atenção à demanda espontânea, que garantam o acesso da população em diferentes atividades e ações de saúde e, desta maneira, gradativamente impacta sobre os principais indicadores de saúde, mudando a qualidade de vida daquela comunidade (Brasil, 2008).

Estudo realizado em municípios do interior de Minas Gerais evidenciou que os setores da APS e da Vigilância à Saúde pareciam atuar de modo independente e com pouco envolvimento entre as partes. Foram observadas lacunas de conhecimento sobre a Vigilância à Saúde entre profissionais da APS, e pouca integração entre estas duas áreas (Silva et al., 2020). Teixeira et al. (2018), apontam que a interação entre a vigilância à saúde e a APS é fundamental para a integralidade do cuidado e para reduzir a demanda por média e alta complexidade.

Um agravante à atenção integral às arboviroses é a sobrecarga de trabalho. O trabalho dos profissionais das eSF é revestido de dificuldades, diante de cenários que se repetem como demanda espontânea alta, recursos humanos escassos, sobrecarga de atividades e educação permanente reduzida. Na organização do processo de trabalho em saúde, têm-se ressaltado os espaços de produção de bens e serviços para os usuários, assim como espaços de valorização do potencial de cada profissional envolvido. Situações adversas são vivenciadas no dia a dia, e o que se planeja não corresponde exatamente ao que se faz, porque há outras implicações que dependem da subjetividade, da singularidade de cada pessoa, no que tange às responsabilidades do paciente ou do profissional, do coletivo, dos acordos e pactos realizados entre os profissionais e a comunidade (Braghetto et al., 2019; Gomes et al., 2015).

Apesar dessas dificuldades, para que as ações de Vigilância à Saúde para controle das arboviroses sejam incorporadas no cotidiano das eSF, constituem-se com ferramentas indispensáveis o planejamento, a programação, o monitoramento e a avaliação sistemática, que devem ocorrer de forma articulada. Dessa maneira, se dará a reorganização do processo de trabalho com o intuito de descentralização de ações de vigilância em saúde para a APS. Para que isso ocorra, é indispensável a qualificação permanente das equipes gestoras. Os ACS e ACE têm papéis fundamentais no desenvolvimento das ações de vigilância e são corresponsáveis pela saúde da população de sua área de abrangência (Pessoa et al., 2016).

A efetividade da vigilância das arboviroses na APS depende do diagnóstico rápido em locais onde existe o vetor competente e a população é suscetível. O reconhecimento precoce da transmissão local, seguido de rápido e efetivo controle de vetores e outras medidas de saúde pública são a única medida para impedir a ocorrência de surtos explosivos. É necessário planejar ações para aumentar a sensibilidade da vigilância pelo melhor reconhecimento da doença, disponibilizar testes diagnósticos rápidos e validados e melhorar a comunicação e o fluxo de resultados e notificações entre os laboratórios comerciais e estaduais e órgãos de saúde pública. Além disso, destaca-se também a importância de se compartilhar informações com os cidadãos e incentivar os programas de mobilização social, que podem ampliar as medidas de prevenção e minimizar o risco de disseminação dos vírus (Honório et al., 2015).

3.2. O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde na Vigilância das Arboviroses

Os ACS são profissionais fundamentais para o incentivo à promoção da saúde no cotidiano das famílias de sua área de atuação. O trabalho dos ACS se dá num campo de disputas políticas, cognitivas e simbólicas entre diferentes formas de conhecimentos, de usos e de apropriação de informações. Desenvolvem ações que vão desde a adscrição das pessoas da microárea à orientação de famílias sobre o uso do sistema de saúde, ações educativas e enfrentamento de vulnerabilidades. Estão inclusas no processo de trabalho dos ACS atividades voltadas para o controle da dengue e outras arboviroses, nas ações de educação em saúde e mobilização social (David; Marteleto, 2012; García et al., 2022; Guanaes-Lorenzi; Pinheiro, 2016; Reis; Andrade; Cunha, 2013).

Em relação ao trabalho dos ACS no combate às arboviroses, a Portaria nº 44, de 03 de janeiro de 2002, estabelece como atribuições do ACS na prevenção e no controle da dengue, entre outras ações, informar o morador sobre a importância da verificação da existência de larvas ou mosquitos transmissores da dengue na casa ou redondezas e vistoriar os cômodos da casa, acompanhado pelo morador, para identificar locais de existência de larvas ou mosquito transmissor da dengue (Brasil, 2002a).

Em setembro de 2017, a Portaria nº 2.436 instituiu uma nova revisão da Política Nacional da Atenção Básica e provocou mudanças no cotidiano de trabalho das equipes, no perfil de atuação do ACS e na produção do cuidado à saúde da população. A PNAB de 2017 institui como atribuições comuns do ACS e ACE informar e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores (Brasil, 2017; Silva et al., 2020).

Destarte, as atribuições dos ACS se organizam em torno de um conceito ampliado de saúde. Suas atividades estão voltadas para a interação com a comunidade e no desenvolvimento de uma atenção integral nos serviços e práticas na ESF. Portanto, a definição de suas atribuições está centrada nas pessoas, suas famílias e comunidades, assim como na organização de ações de educação e promoção. Entretanto, no tocante às arboviroses, há questões ainda problemáticas para o desenvolvimento integrado das ações de vigilância e de educação/promoção à saúde realizada pelos ACS. Entre elas, a necessidade de adaptação dos procedimentos de vigilância do vetor às técnicas, materiais e quantidade de tarefas preconizadas para os ACS (Libanio et al., 2014).

A proximidade e os vínculos que os ACS possuem com as famílias pelas quais são responsáveis leva em conta a realidade local, aumenta o grau de confiança entre as partes e

estimula a comunidade a exercer a cidadania e, desta forma, produzir efeitos positivos na redução do risco de transmissão de arboviroses. Contudo, a atividade específica de controle do vetor na rotina dos ACS ainda é visto como uma prática dissociada das intervenções gerais de promoção à saúde (Chiaravalloti Neto et al., 2006; Pessoa et al., 2016).

As atribuições dos ACS, em cada contexto, precisam ser balizadas por recomendações aceitáveis e apropriadas para os usuários que demandará as necessidades locais, pela própria categoria, pensando nas implicações práticas e organizacionais como treinamento, suporte e local de trabalho (Glenton; Javadi; Perry, 2021). É importante levar em consideração a existência e atribuições dos outros profissionais de saúde antes de definir o enquadramento da responsabilidade do ACS, a fim de integrar adequadamente os programas de ACS no sistema de saúde (Schneider; Lehmann, 2016).

Assim, as ações desempenhadas pelos ACS para abordar questões sociais e de saúde têm contribuído para resultados importantes como por exemplo, a redução de internações sensíveis à APS (Méllo; Santos; Albuquerque, 2023). É indispensável, entretanto, a definição por parte dos gestores da competência e responsabilidade desses agentes, definindo-se fluxos de trabalho. O ACS tem importância destacada no desenvolvimento das ações de vigilância e são corresponsáveis pela saúde da população de sua área de abrangência. A integração das atividades deve potencializar o trabalho entre ACS e ACE, além de possibilitar um maior envolvimento da comunidade no controle da dengue (Chiaravalloti Neto et al., 2006; Pessoa et al., 2016).

3.3. Integração do agente de combate às endemias na Estratégia Saúde da Família

Os ACE são profissionais que atuam no desenvolvimento de ações que auxiliam e complementam as atividades das várias áreas da vigilância em saúde nos municípios. Assim, é necessária a atuação dos ACE para o fortalecimento das ações de vigilância em saúde na Atenção Básica, especialmente, junto às equipes da Estratégia Saúde da Família (Brasil, 2022).

Especificamente para controle da Dengue, Zika e Chikungunya, os ACE devem realizar ações de prevenção e controle que englobam: medidas de controle químico e biológico; manejo ambiental e outras ações de controle integrado de vetores; ações de campo para pesquisa entomológica; identificação de casos suspeitos e encaminhá-los; e mobilização da comunidade para o controle de vetores (Brasil, 2019).

De acordo com Lei nº 14.536, de 20 de janeiro de 2023, os ACE são considerados profissionais de saúde (Brasil, 2023c). Entretanto, frequentemente os ACE não são percebidos

como profissionais ligados à saúde. Sofrem com a falta de reconhecimento e desvalorização profissional. O frágil reconhecimento está associado à precariedade das condições de trabalho, ao sentimento de invisibilidade e à marginalização simbólica e concreta vivenciada pelos agentes. Compreender e reconhecer a relevância dos ACE na identificação de fatores de risco e na proteção da saúde pode contribuir para a erradicação e controle eficazes das epidemias de arboviroses (Donateli et al., 2019; Matos; Silva; Silveira, 2020).

O bom desempenho do trabalho dos ACE é fator essencial para o sucesso do controle do vetor das arboviroses. Para alcance deste, não basta somente a integração das bases territoriais e o domínio dos aspectos técnicos e operacionais do controle da dengue, mas a organização do trabalho de forma que assegure a coordenação e o monitoramento das atividades, com vistas a um funcionamento harmonioso do trabalho de campo. É necessário tornar rotineira a participação de todos os profissionais na reunião semanal das eSF para que exista o diálogo entre a equipe de saúde e a equipe de controle vetorial (Brasil, 2019).

Por meio da Portaria nº 1.007 de 2010, o Ministério da Saúde definiu os critérios de regulamentação da incorporação do ACE na Atenção Primária à Saúde (Brasil, 2010). 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 (Pessoa et al., 2016). Esta Portaria Ministerial oferece o embasamento necessário para legalização e inserção do ACE profissional nas eSF. Pressupõe, assim, a reorganização dos processos de trabalho, com integração das bases territoriais dos Agentes Comunitários de Saúde e do Agente de Combate às Endemias, com definição de papéis e responsabilidades, e a supervisão dos ACE pelos profissionais de nível superior da equipe de Saúde da Família (Brasil, 2010; Oliveira; Castro; Figueiredo, 2016).

Para tanto, é fundamental a integração do trabalho entre Atenção Primária e Vigilância em Saúde, que pressupõe um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde (Brasil, 2017).

Apesar das definições previstas em lei para a integração de ACS e ACE e reorganização do trabalho, ainda existem percalços referentes à definição de papéis e responsabilidades entre as categorias, além da falta de legislação de estados e municípios para realização dessas atividades. Estudos que analisam a integração do ACE na Saúde da Família e a incorporação

de controle da dengue no processo de trabalho do ACS demonstram as dificuldades de algumas regiões do Brasil na operacionalização deste processo.

Estudo realizado em Patos de Minas – MG, demonstrou que há baixa participação dos ACE na Saúde da Família. Os ACE perceberam que as informações obtidas nas visitas domiciliares realizadas por eles não encontraram espaço para exposição e debate entre as reuniões de equipe (Oliveira; Castro; Figueiredo, 2016).

De forma semelhante, estudo realizado no Rio Grande do Sul apontou dificuldade de integração entre ACS e ACE, e a ausência de uma legislação específica e pormenorizada sobre as atividades que o ACS deve realizar. Além disso, a ocorrência de incompreensões quanto às atribuições de cada agente, por parte dos próprios agentes e dos demais profissionais foram fatores citados como barreira para integração entre as equipes (Gualdi; Diefenbach; Gomes, 2018).

Em Contagem – Minas Gerais, a incorporação do ACE nas eSF até o ano de 2019 ainda não havia sido implantada. Houve a construção das salas destinadas às zoonoses nas novas unidades básicas de saúde do município, entretanto os ACE colocam que trabalham ao lado da saúde, mas não são reconhecidos como profissionais de saúde. Os autores retratam que o vínculo com o trabalho ou o pertencimento acontece mediante uma relação afetiva ou por necessidade de sobrevivência, de emprego (Evangelista et al., 2019).

Cazola et al. (2021), em estudo realizado em Campo Grande – Mato Grosso do Sul, destacam que a supervisão das atividades dos ACE por profissionais de nível superior da ESF facilita a integração como membros da equipe. Entretanto, a supervisão compartilhada foi pouco relatada no estudo. Foram apontados ainda como aspectos negativos a ausência de fluxo intersetorial, de integração efetiva, e de autonomia para intervenções, o que pode colocar em descrédito o trabalho realizado junto às famílias sob sua responsabilidade (Pereira; Pícoli; Cazola, 2021).

Cesarino et al. (2014), pontuam que, nos últimos anos, a ocorrência de surtos e epidemias por doenças emergentes ou reemergentes vem colocando em pauta a necessidade de uma nova lógica de organização dos serviços de saúde e a inserção do ACE na APS. Libanio et al. (2014), concluem ainda que é mensurável o impacto nos indicadores, promovido pela integração das ações de vigilância ao vetor da dengue com a ESF. Contudo, este êxito não exclui a necessidade de analisar que esse é um processo dinâmico e em constante transformação, e que logo exige a reflexão contínua sobre o processo de trabalho que envolve a integração de sujeitos, saberes e práticas (Libanio; Favoreto; Pinheiro, 2014).

3.4. Educação em saúde, participação e mobilização comunitária frente às arboviroses

O engajamento da população é fundamental no combate ao mosquito *Aedes aegypti* e consequentemente às arboviroses. Em todo país, um dos pontos-chave dos programas de controle de vetores, e dos mais difíceis de obter êxito, é aquele relativo às responsabilidades das comunidades na eliminação dos criadouros, pois se observa que no ambiente doméstico os criadouros são, em geral, descartáveis (como pneus e latas), solucionáveis (como caixas d'água destampadas) ou até evitáveis (como vasos de plantas com água) (Caregnato et al., 2008).

O PNCD (Brasil, 2002b) ressalta a importância de fomentar o desenvolvimento de ações educativas para a mudança de comportamento e a adoção de práticas para a manutenção do ambiente domiciliar preservado da infestação por *Aedes aegypti*, observadas a sazonalidade da doença e as realidades locais quanto aos principais criadouros.

As Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue (Brasil, 2009) reforçam ainda que a educação em saúde exerce influência preponderante no processo de mudanças de comportamento das comunidades. A mobilização deve ser compreendida como um suporte para as ações de gestão, utilizando-se das ferramentas da comunicação para fazer chegar à sociedade as responsabilidades de cada um nas ações a serem implementadas.

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), de 2017, prevê o desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e agravos que priorizem determinados perfis epidemiológicos e os fatores de risco clínicos, comportamentais e/ou ambientais. A finalidade dessas ações é prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças, agravos e complicações, além de evitar intervenções desnecessárias (Brasil, 2017). A APS constitui-se em ambiente estratégico para o desenvolvimento das ações de promoção, prevenção e atenção às arboviroses. As equipes devem desempenhar suas atribuições propiciando a integração de ações programáticas, articular ações de promoção à saúde e prevenção de agravos (Brasil, 2013).

As ações de comunicação e mobilização são de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, devendo ser conduzidas de forma intersetorial, com apoio de entidades da sociedade civil. Devem ser utilizados meios de comunicação de massa, por seu grande alcance e eficácia, a exemplo das ferramentas de monitoramento da internet (sites e portais) e interação via rede sociais, que podem ser instrumentos complementares no período epidêmico. É muito importante, especialmente nos meses que antecedem às condições climáticas que favorecem o aumento da transmissão das arboviroses, a informação e a mobilização da população para a remoção de criadouros (Brasil, 2023b).

Apesar das políticas públicas e ações previstas para engajamento da população na prevenção das arboviroses, os estudos apontam a fragilidade da participação social quando se trata desse tema. Gonçalves et al. (2015), destacam a persistência de lacunas a serem preenchidas por meio da educação e promoção da saúde no tangente ao empoderamento da população como partícipe ativo desse processo, em vez de mero espectador dos ditames impostos pela política oficial.

No que se refere à atuação das comunidades, é preciso entender que os procedimentos de controle ambiental prescritos interagem em um contexto muito variado em relação às formas cotidianas de vida determinadas pelas condições socioeconômicas e culturais das famílias. A aquisição de conhecimentos básicos capazes de induzir as comunidades à mudança de hábitos na direção de um controle vetorial mais eficiente não pode ficar restrita às campanhas de massa. Fazem-se necessárias ações educativas mais adequadas e efetivas, que possam esclarecer e orientar a população por meio de uma perspectiva que reconheça a variedade das formas de vida cotidianas e estejam adequadas aos contextos socioeconômicos e culturais de cada localidade (Alves et al., 2022).

Desse modo, no âmbito da APS, as ações de educação em saúde devem ser realizadas de acordo com a realidade dos indivíduos, das famílias e das comunidades, por meio das experiências e vivências dos sujeitos envolvidos em cada processo. Isso exige aos gestores e profissionais de saúde a elaboração de estratégias dialógicas que fomentem o agir comunicativo e a transformação das práticas cotidianas. Também é necessária visão holística do problema em questão, afinal de contas, a prevenção e o controle das arboviroses não dependem somente da eliminação dos criadouros do *aedes* (Andrade et al., 2020).

As estratégias educativas demonstram grande potencial, contudo elas isoladamente se tornam insuficientes para a prevenção deste problema de saúde pública. Há outros fatores que são indispensáveis, como a oferta de qualidade dos serviços públicos de saúde, infraestrutura, segurança e lazer. A utilização isolada, seja de educação em saúde, controle biológico, inseticidas, dentre outras, não demonstram efetividade e eficácia, sendo fundamental a associação de múltiplas estratégias e o envolvimento da gestão pública nesse contexto (Dias et al., 2022).

A respeito das estratégias de realização de educação em saúde voltadas para arboviroses, observa-se que estas não se diferenciam daquelas hegemônicas no campo da Saúde Pública no Brasil. Caracterizam-se por possuir uma modelagem centralizada, vertical e unidirecional, orientadas pela visão de que informações e conhecimentos estão concentrados e devem ser difundidos, e de que a comunicação é uma questão de aperfeiçoamento de técnica de

transmissão de mensagens e de adequação de linguagem. O modelo de comunicação caracteriza-se, portanto, por ter cunho campanhista, pontual, descontínuo, com ênfase para situações epidêmicas, quando seria necessário que estivesse na pauta da mídia durante todo o ano (Rangel-S, 2008).

Santos et al. (2016), acrescentam que a efetividade das campanhas de combate ao *aedes* é quase nula, e isso ocorre, em parte, porque as campanhas de prevenção são direcionadas ao indivíduo, para que ele mude seu comportamento, esquecendo que o comportamento é determinado, em primeiro lugar, pelo hábito e costume e depois por normas sociais. Ou seja, é cultural, e cultura é produto dos grupos sociais e não do indivíduo. Quando as campanhas falham ou os comportamentos preconizados não são aderidos, responsabilizam-se os indivíduos pelo fracasso. Esse individualismo sinaliza o conceito oposto do que poderia ser a melhor estratégia de ação para contornar os sérios e complexos obstáculos pessoais, sociais e ambientais, que são as ações coletivas, colaborativas ou cooperativas. Estas ações possuem um imenso potencial de contornar esses obstáculos, observando as realidades locais com soluções factíveis, eficazes e duradouras para a eliminação dos criadouros (Wermelinger; Salles, 2018).

A comunidade, de maneira geral, dispõe de conhecimento sobre dengue, seu vetor e sua prevenção, mas tal conhecimento não é suficiente para mudar o comportamento das pessoas. Em muitas situações, a população possui conhecimento adequado sobre o mosquito transmissor das arboviroses, no entanto, a atitude e a prática revelam-se insuficientes (Gonçalves Neto et al., 2006; Gonçalves et al., 2015; Santos; Cabral; Augusto, 2011). Isoladamente, os conhecimentos sobre a dengue e os vetores são incorporados pela população, mas não correspondem necessariamente a uma mudança de hábitos e conseqüentemente a uma redução do número de criadouros a ponto de evitar a transmissão da dengue (Lefèvre et al., 2007).

Estudo que avaliou o conhecimento, a atitude e a prática relativos à questão da dengue no estado de Pernambuco revela que o conhecimento de que a dengue é transmitida pelo mosquito é de domínio da comunidade. No entanto, 72% dos entrevistados não souberam apontar os principais sintomas indicativos das situações de agravamento da doença. Sobre os cuidados na prevenção de agravamento, a maioria referiu não conhecer. Os autores apontam que é possível que o desconhecimento sobre aspectos da doença seja devido à pouca utilização desse conteúdo nas campanhas de divulgação contra a dengue (Santos; Cabral; Augusto, 2011).

Santos et al. (2011), apontam que é possível que o desconhecimento sobre aspectos da doença seja devido à pouca utilização desse conteúdo nas campanhas de divulgação contra a dengue. Em uma visão mais ampla, válida para quaisquer doenças, para que haja circulação e

apropriação da informação em Saúde Pública, é necessário abrir a discussão para a comunidade e capacitá-la para que consiga se expressar (Villela; Natal, 2014).

Ferreira et al. (2009), pontuam que não se constata a valorização do saber popular ou espaço para sua incorporação nas ações de controle do *aedes*, parecendo subestimar a potencialidade de trabalhar junto e com base nele, o que é especialmente preocupante quando a efetividade de um programa depende substancialmente da adesão popular. Para que haja um melhor direcionamento das ações de mobilização social e educação em saúde, é necessário aproximar-se, de modo compreensivo, dos conhecimentos e práticas da população em relação à dengue, pois o conhecimento prévio de como a população pensa e age é fundamental para estabelecer o diálogo e a sensibilização necessários ao processo educativo (Souza et al., 2018).

4. METODOLOGIA

4.1. Caracterização do Estudo

Trata-se de estudo de abordagem qualitativa realizado no município de Vitória da Conquista, Bahia.

Strauss e Corbin (2008), afirmam que a metodologia qualitativa traz interação entre o pesquisador e os dados. Permite basear suas próprias experiências ao analisar os materiais porque percebem que estes são a base para fazer comparações, descobrir propriedades e dimensões. Segundo Flick (2009), a abordagem qualitativa permite acesso a experiências e interações em seu contexto natural e leva em conta o meio para entender uma questão em estudo. Assim, a partir das experiências observadas e da análise das falas dos sujeitos podem ser analisados os conhecimentos, interações e comunicações desenvolvidas em determinado espaço.

A pesquisa qualitativa tem o sentido de tornar possível a objetivação de um tipo de conhecimento que tem como matéria prima opiniões, crenças, valores, representações, relações e ações humanas e sociais sob a perspectiva dos atores em intersubjetividade (Minayo, 2012).

4.2. Campo de Estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Vitória da Conquista, Bahia. Para escolha dessa localidade foram consideradas a elevada incidência de casos confirmados de arboviroses dentre municípios com porte populacional semelhante (Bahia, 2023). Na Tabela 1, estão descritas as principais características sociodemográficas do município.

Tabela 1. Características sociodemográficas de Vitória da Conquista, Bahia, 2023.

Característica	Vitória da Conquista
População (2022)	370.868 hab
IDHM (2013)	0,678
PIB per capita (2020)	R\$ 20.905,86
Densidade demográfica (2022)	113,97 hab/km ²
Esgotamento sanitário adequado (2010)	49,9% dos domicílios
Abastecimento de água (2010)	87,2% dos domicílios
Coleta de lixo (2010)	80,01% dos domicílios
Cobertura da Estratégia Saúde da Família (2020)	48,48%
Nº de eSF (2023)	56

Fonte: IBGE (2022), PNUD (2013), IBGE (2020), DATASUS (2010), BRASIL (2020), BRASIL (2023).

A APS em Vitória da Conquista, em outubro de 2023, apresentava cadastrada no Ministério da Saúde 56 equipes de Saúde da Família (eSF), além de 10 equipes de APS (Brasil, 2023a). No âmbito da atenção secundária, o município possui três hospitais Gerais – Hospital Geral de Vitória da Conquista (HGVC) com Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Hospital Unimec e Santa Casa de Misericórdia - Hospital São Vicente de Paulo, sendo os dois últimos hospitais privados com alas destinadas ao SUS. Com relação aos serviços especializados, a rede dispõe de: Policlínica Regional de Saúde, Centro Municipal de Atenção Especializada (CEMAE) e Serviço Móvel de Urgência (SAMU 192) (Brasil, CNES, 2023).

4.3. Fontes de informação e técnicas de obtenção de dados

Foram utilizadas fontes de informações primárias e secundárias. As informações primárias foram obtidas por meio de entrevistas semiestruturadas com informantes chave e observação de campo. As informações secundárias se constituíram de análise documental e de dados sobre a incidência dos casos, os índices de infestação predial e ações dos profissionais de saúde.

A entrevista semiestruturada caracteriza-se como uma conversa com intencionalidade indicada para situações em que se objetiva apreender a subjetividade dos participantes, a partir das suas experiências cotidianas, percepções e interpretações da realidade (Minayo, 2013; Poupart, 2008). Na presente investigação, as entrevistas foram guiadas por roteiro e envolveram cinco grupos de participantes: (1) Médicos, Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem das eSF (APÊNDICE A); (2) Agentes Comunitários de Saúde - ACS (APÊNDICE B); (3) Agentes de Combate às Endemias - ACE (APÊNDICE C); (4) Gestores em Saúde (APÊNDICE D); (5) Usuários (APÊNDICE E). As entrevistas foram gravadas em aparelho de áudio digital para posterior transcrição e análise.

A observação participante caracteriza-se pela promoção de interatividade entre o pesquisador, os sujeitos observados e o contexto no qual eles vivem. Pressupõe convívio e intercâmbio de experiências primordialmente através dos sentidos humanos: olhar, falar, sentir, vivenciar, experimentar (Fernandes; Moreira, 2013). Neste estudo, foram observadas as condições sócio sanitárias de *clusters* selecionados nas áreas de maior incidência de casos no município. A observação envolveu as condições estruturais do bairro, das vias públicas e de domicílios selecionados e foi guiada por um roteiro de observação (APÊNDICE F). Também foi aplicado o Questionário de Condição da Habitação (APÊNDICE G) com o usuário responsável pelo domicílio. Além dos instrumentos específicos, foi utilizado o diário de campo

para o registro das impressões e situações vivenciadas pela equipe de pesquisa (Fernandes; Moreira, 2013).

No que se refere aos dados secundários, foram analisados documentos que diretamente se relacionam ao enfrentamento das arboviroses do município. Analisou-se: Plano municipal de combate à Dengue, Chikungunya e Zika; relatórios da vigilância à saúde; Plano municipal de Saúde; e relatórios de gestão. Para obtenção das informações referentes à incidência e distribuição dos casos e aos índices de infestação predial foram utilizados dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema do Programa Nacional de Controle da Dengue (SISPNCND).

4.4. Participantes do estudo e procedimentos de coleta de dados

Os territórios de investigação e os participantes do estudo foram selecionados a partir de agregados em três níveis. O primeiro nível se constituiu no território de abrangência das eSF. Foram selecionadas duas eSF as quais os territórios apresentaram maior Índice de Infestação Predial (IIP) aferido pelo Levantamento de Índice Rápido para o *Aedes aegypti* (LIRAA) realizado no período de março a abril de 2022 no município.

O segundo nível se constituiu de *clusters* pertencentes às áreas de abrangência das equipes. Um *cluster* é definido como área geográfica que incorpora até 100 domicílios e incorpora pequenos comércios e espaços públicos (Quintero et al., 2014). A partir do mapa de territorialização de cada eSF, foram divididos os clusters e aleatoriamente sorteados quatro clusters de cada território, perfazendo oito clusters selecionados. Para o sorteio dos clusters foi considerada a separação mínima de 500 metros de distância para evitar contaminação cruzada do *Aedes Aegypti* entre os clusters (Quintero et al., 2014) e possibilitar a identificação mais abrangente das condições sócio sanitárias do território. Foi realizada a observação de todos os clusters para identificação das condições sócio sanitárias (APÊNDICE F).

O terceiro nível diz respeito à unidade domiciliar. Em cada cluster foram sorteados aleatoriamente dois domicílios, totalizando 16 unidades. No nível do domicílio, foi realizada a observação (aspectos das residências, presença de focos ou criadouros do *aedes* e higiene domiciliar), aplicação do Questionário de Condição de Habitação/Moradia (APÊNDICE G) e seleção dos usuários a serem entrevistados.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com três grupos de participantes (Tabela 2).

Tabela 2. Participantes do estudo por segmento.

Participantes	Quantidade de participantes
Profissionais de Saúde	
Médico (a) eSF	1
Enfermeiro (a) eSF	2
Técnica de Enfermagem eSF	1
Agente Comunitário de Saúde (ACS)	5
Agente de Combate às Endemias (ACE)	4
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
Usuários	4
Total	22

Fonte: Autoria própria.

No segmento dos profissionais de saúde, a seleção dos participantes médico (a), enfermeiro(a) e técnica de enfermagem se deu entre os profissionais que atuam nas duas eSF selecionadas para o estudo. Em uma das equipes, a médica se encontrava em período de férias e a técnica de enfermagem se recusou a participar. Entre os agentes de saúde, foram selecionados por sorteio dois ACS que atuam no território de cada eSF. No município em estudo, há um baixo quantitativo de agentes de endemias atuando no campo, assim, os ACE não trabalham em um território fixo. Houve dificuldade em selecionar os ACE que conhecessem a realidade dos territórios em estudo. Em contato com a coordenação, foi possível identificar 3 ACE que atuavam nos bairros selecionados no presente estudo. Além disso, foi entrevistado 1 ACE que pertence a equipe de educação em saúde. Para o grupo de profissionais de saúde, os critérios de exclusão foram possuir menos de quatro meses de trabalho ou estarem afastados de suas atividades.

O grupo dos gestores em saúde foi composto por *policymakers* diretamente responsáveis pela condução das ações de controle das arboviroses no município. Para este grupo, foi adotado como critério de inclusão possuir mais de seis meses no cargo.

A seleção dos usuários para a entrevista foi realizada de forma intencional com o propósito de identificar moradores das comunidades com maior protagonismo da defesa dos problemas sociais. Assim, foram selecionados usuários que se relacionavam com os problemas da comunidade e que atuavam como representantes sociais no território. Para o grupo dos

usuários, o critério de inclusão foi possuir mais de 18 anos e como critério de exclusão foi adotado ser morador do bairro há menos de 4 meses.

4.5. Análise dos dados e informações

Para os procedimentos de análise foi utilizada uma matriz analítica estruturada em dois grandes blocos. O primeiro bloco contempla as dimensões referentes à análise da atuação das eSF na atenção e prevenção das arboviroses. As dimensões desse bloco são: Assistência à Saúde; Educação em Saúde; e Combate ao vetor. Por sua vez, o segundo bloco engloba as dimensões analíticas da atuação e articulação do trabalho entre ACS e ACE. No segundo bloco contemplam-se as seguintes dimensões: Clareza das tarefas e atribuições dos ACS e ACE; Governança e coordenação do trabalho; Relações com a comunidade; Formação e Educação permanente. A referida matriz foi desenvolvida a partir dos constructos do Sistema Único de Saúde (SUS), da Vigilância à Saúde e das ações e políticas para a atenção e prevenção das arboviroses na atenção primária.

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

A dimensão Assistência à Saúde analisa a atuação da Estratégia Saúde da Família como porta de entrada preferencial e centro articulador do cuidado do paciente acometido por arboviroses. Analisa os mecanismos de acesso dos usuários 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, bem como os mecanismos e formas de monitoramento das pessoas acometidas.

Na dimensão Educação em Saúde, toma-se por referência que a educação em saúde deve ser pautada na educação libertadora e em formas de educação significativa 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.

A dimensão Combate ao Vetor engloba as ações e estratégias desenvolvidas pelas equipes para reduzir a presença de criadouros do *Aedes aegypti* no território. 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.

Quadro 1. Matriz de análise do controle e prevenção das arboviroses no contexto da APS

Bloco	Dimensão	Subdimensão
Atuação das eSF na atenção e prevenção das arboviroses	Assistência à Saúde	Acesso dos acometidos por arboviroses aos serviços assistenciais
		Modelo organizativo de prestação de cuidado
		Atendimentos aos casos e encaminhamentos
		Monitoramento dos casos
	Educação em Saúde	Práticas e modelos de educação em saúde
	Combate ao vetor	Ações de combate ao vetor
		Aspectos estruturais e disponibilidade de recursos e materiais
Atuação e articulação do trabalho entre ACS e ACE	Clareza das tarefas e atribuições dos ACS e ACE	Tipo de atribuições
		Definição clara de atribuições
	Governança e coordenação do trabalho	Organização do Trabalho
		Integração com o sistema de saúde
		Coordenação para o trabalho colaborativo
		Recursos e logística
	Treinamento das equipas	Conteúdo do treinamento
		Tipo e abordagem do treinamento
	Relações com a comunidade	Expectativas e reconhecimento da comunidade
		Mobilização da comunidade
	Formação e Educação Permanente	Institucionalidade da Educação Permanente
		Abordagens formativas

Fonte: Elaborado pelos autores a partir de Almeida et al., (2018); Alves et al. (2022); Brasil (2017); Caprara et al. (2015); David e Marteleto (2012); Evangelista et al. (2019); Fonseca (2016); Fraga e Monteiro (2014); Glenton et al. (2021); Giovanella et al. (2019); Kok et al. (2015); Libanio, Favoreto e Pinheiro (2014); Matos, Silva, Silveira (2020); Mélo, Santos e Albuquerque (2023); Oliveira; Caprara, (2019); Oliveira, Castro e Figueiredo (2016); Pessoa et al. (2016); Scott et al. (2018); Starfield (2002).

A dimensão Clareza das tarefas e atribuições buscou identificar as atividades desenvolvidas por ACS e ACE que caracterizam o fazer específico de cada umas das profissões. Buscou ainda identificar se existem definições instituídas pelos serviços de saúde sobre as responsabilidades de cada categoria de agente para a prevenção e controle das arboviroses.

A dimensão Governança e coordenação teve por interesse a análise dos processos de organização e coordenação do trabalho para a garantia de condições organizacionais e estruturais para o trabalho integrado entre ACS e ACE.

Na dimensão Relações com a comunidade investigaram-se os aspectos relacionados à interação dos trabalhadores comunitários com indivíduos, famílias e comunidades. Contemplou as expectativas, vínculo e reconhecimento da população com relação ao trabalho dos agentes, assim como os processos de mobilização da comunidade para o enfrentamento das arboviroses.

A dimensão Formação e Educação Permanente analisou os processos formativos e a institucionalidade da educação profissional destinadas aos ACS e ACE com ênfase no aprimoramento das ações de prevenção e controle das arboviroses. Analisou ainda o conteúdo e práticas pedagógicas desenvolvidas nos respectivos processos formativos.

Especificamente sobre os procedimentos analíticos, todos os produtos das gravações das entrevistas e da observação participante foram transcritos e categorizados com o uso da Técnica de Análise de Conteúdo Temática proposta por Gibbs (2009). 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.

4.6. Questões éticas

O estudo obedeceu a todos os requisitos éticos da pesquisa com seres humanos estabelecidos pelas Resoluções 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE H) e a Autorização de Uso da Imagem e do Som (APÊNDICE I), ficando uma cópia com o entrevistado, com contatos para esclarecimentos posteriores se necessário, e outra com o entrevistador. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (IMS-UFBA), parecer nº 5.362.249 (ANEXO A).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão da dissertação estão organizados em dois artigos:

Artigo 1. Estratégia Saúde da Família na atenção e prevenção das arboviroses: entre assistência, educação em saúde e combate ao vetor

Artigo 2. Atuação de Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias na prevenção e controle das arboviroses: análise sobre a articulação e integração do trabalho

5.1 Artigo 1. Estratégia Saúde da Família na atenção e prevenção das arboviroses: entre assistência, educação em saúde e combate ao vetor ¹

RESUMO

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, Bahia, por meio de 22 entrevistas semiestruturadas, observação participante nos territórios 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 às 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 (SUS).

¹ O artigo foi submetido à revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) deve constituir-se em 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 população.

No rol dos problemas de saúde determinados pelo contexto socioeconômico e pelos processos de urbanização, destacam-se as doenças infecciosas e parasitárias⁴. Grande parte dos atendimentos realizados na APS, inclusive com posterior necessidade de internamento, são decorrentes de casos de doenças infecciosas e parasitárias (DIP)⁵, dentre elas as arboviroses. Em 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 co-circulação de dengue, zika e chikungunya representa um importante desafio para o SUS frente a ampla distribuição de casos em todo o país⁷, às dificuldades para o controle vetorial⁸ e os 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*. Também as atividades educativas são preconizadas com o intuito de promover a sensibilização e mobilização das comunidades¹⁰.

No entanto, as estratégias usuais de controle das arboviroses não têm conseguido 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 da família observem as limitações e potencialidades dos cidadãos, articulem suporte entre os setores públicos e

estimulem ações educativas e colaborativas com a comunidade. Neste sentido, o nível primário de atenção constitui-se em 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 no contexto das arboviroses. É atribuição da ESF tanto prestar atendimento às pessoas acometidas por dengue, zika e chikungunya com ações de diagnóstico precoce e tratamento adequado¹³, atuar na vigilância e 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 frente aos persistentes problemas da dengue, zika e chikungunya. Diante deste contexto, o presente estudo tem por objetivo analisar a atuação da Estratégia Saúde da Família na atenção e prevenção às arboviroses em áreas de elevado risco de infecção.

Metodologia

Cenário do estudo e territórios investigados

Estudo de abordagem qualitativa, realizado no município de Vitória da Conquista, localizado na região Sudoeste da Bahia. Trata-se da terceira maior cidade do estado, com população de 343.643 habitantes, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH) de 0,678 e PIB per capita de R\$ 20.905,86¹⁷. A Atenção Primária à Saúde do município conta com 50 equipes de Saúde da Família, com cobertura populacional de 62,21% da APS¹⁸, 536 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 174 Agentes de Combate às Endemias (ACE)¹⁹.

Os territórios de investigação e as respectivas Equipes de Saúde da Família (eSF) foram selecionadas a partir de agregados 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 onde não foram encontrados moradores no momento da visita foi adotado o critério de realizar 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 participantes
Profissionais de Saúde	
Médico (a) eSF	1
Enfermeiro (a) eSF	2
Técnica de Enfermagem	1
Agente Comunitário de Saúde (ACS)	5
Agente de Combate às Endemias (ACE)	4
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
Usuários	4
Total	22

No segmento dos profissionais de saúde, foram entrevistados médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, ACS, além dos 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 4 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 no período de março a julho de 2022.

A análise documental se deu a partir de dados sobre a incidência dos casos, os 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, disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde em formato impresso, além dos relatórios de gestão do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema do Programa Nacional de Controle da Dengue (SISPNCd) em formato eletrônico.

Procedimentos analíticos

Para os procedimentos de análise, foi desenvolvida e utilizada 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 Sistema Único de Saúde (SUS), da vigilância à saúde e das ações e políticas para a atenção e prevenção das arboviroses na atenção primária^{2,3,10,15,20-22}.

No Quadro 1, são apresentadas as dimensões que compõem a matriz analítica com as respectivas subdimensões.

A dimensão Assistência à Saúde analisa a atuação da Estratégia Saúde da Família como porta de entrada preferencial e centro articulador do cuidado do paciente acometido por arboviroses. Analisa os mecanismos de acesso dos usuários 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, bem como os mecanismos e formas de monitoramento das pessoas acometidas.

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^{2,3,10,15,20-22}.

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 libertadora e em formas de educação significativa baseados 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. Analisa 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. 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 Gibbs²³. 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 em Saúde da Universidade Federal da Bahia (IMS-UFBA), parecer nº 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, assistência, monitoramento e 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 estas 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 estes agravos foi associada à sobrecarga de trabalho decorrente, principalmente, do elevado quantitativo de pessoas vinculadas às equipes e a necessidade de atendimento a grupos populacionais específicos estabelecidos como 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 05 - 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. Deste 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 04 – 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 01 – Enfermeira)

O atendimento aos casos de arboviroses mostrou-se inadequado e não correspondente com as 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, 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 de metodologia tradicional, com palestras em salas de espera voltadas para a orientação aos ouvintes sobre as formas de combate ao vetor e a identificação de sinais e sintomas das doenças. 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 02 - 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 07- 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 03 – 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 mostraram limitar 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 01- Enfermeira)

Especificamente sobre os ACS, foi evidenciado que os mesmos 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 mal cuidada, que tem algum vasilho que esteja com água, o que a gente pede é que seja jogada aquela água fora (...). (Entrevista 02- ACS)

A atuação da vigilância em saúde no controle ao *Aedes aegypti* no município mostrou-se fragilizada em decorrência do número insuficiente de agentes de combate às endemias (ACE). A equipe de endemias adota o trabalho em formato de mutirão, com frentes de trabalho concentradas em localidades específicas. Neste 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.

Também questões de infraestrutura dos serviços de APS e a disponibilidade de recursos materiais influenciaram negativamente o desempenho das eSF no combate e 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 acessibilidade. 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, educação em saúde e controle das arboviroses. Não obstante os territórios investigados constituírem-se em endêmicos para estes agravos, o tema das arboviroses não recebe a devida atenção por parte das eSF. Isto se revelou não apenas na atuação cotidiana dos profissionais da APS, mas também pela inexistência de uma estratégia integrada com o envolvimento da APS, vigilância à saúde e outros segmentos de governo e da sociedade. A não priorização desse problema sanitário se mostrou relacionada à fatores como sobrecarga de atividades, excesso de pessoas vinculadas às equipes, frágil formação para a atuação e mobilização comunitária, dificuldades de acesso dos usuários acometidos aos cuidados clínicos e debilidades na coordenação do cuidado.

No âmbito da APS, a sobrecarga de atividades tem se constituído como um problema que afeta o fazer dos profissionais e 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 Brasil²⁴, identificou-se que a elevada demanda, a complexidade das necessidades em saúde e o contingente significativo de usuários implicam na elevação da carga de trabalho das equipes. Estas são responsabilidades institucionais que precisam ser enfrentadas visto que interferem na dimensão terapêutica, com limitação do fazer dos profissionais e comprometimento da qualidade da assistência prestada aos usuários²⁵.

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. Para Mendes et al.²⁶, os desafios do modelo de atenção e das condições sanitárias demandam dos profissionais um fazer criativo, com ênfase na resolutividade, na integralidade, na atenção individual e coletiva. No entanto, a realidade adversa dos serviços e o acúmulo de atividades assistenciais, promocionais, educativas e administrativas obsta que os profissionais contemplem todos os temas pertinentes à saúde da família.

Na dimensão 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 específicos destinados a grupos prioritários se constituiu em barreira organizacional para o acesso. 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 com base no protocolo estabelecido e a oportuna referência em casos de sinais de gravidade. Todavia, na presente investigação os serviços não apresentaram protocolo específico para o acolhimento e 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.²⁷, é necessário ampliar, disseminar e potencializar experiências de educação em saúde onde 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 prescritor, o usuário é considerado como inculto ou passivo ao receber a mensagem transmitida pelo portador do conhecimento. Também este formato desconsidera as condições econômicas e sociais que submetem a população a muitos outros riscos além das arboviroses. No contexto da saúde da família, para que a educação em saúde seja efetiva e transformadora é necessário que se estabeleça situações problematizadoras a fim de estimular o raciocínio e a aprendizagem significativa dos usuários.

Estratégias de comunicação não podem se desenvolver de forma apartada da experiência e da vida social²⁸. Os territórios estudados apresentaram precariedade dos serviços estruturais e sanitários básicos. Assim, as práticas de educação e de mobilização social não podem prescindir 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 distribuição de materiais educativos²⁹ ou que muitas vezes culpabilizam a população pelo insucesso das atividades educativas³⁰ são pouco efetivas para motivar o público a se mobilizar. Ações de controle vetorial demonstram resultados mais frágeis sem a mobilização das comunidades. Em estudo de revisão sistemática que avaliou os efeitos das intervenções para o controle de *Aedes aegypti*³¹, 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 com as 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 no território. Como agravante, as eSF e os ACS não assumiram a responsabilidade no controle do *Aedes aegypti* mesmo diante da fragilidade do setor de combate às endemias e da escassez de visitas dos ACE nos domicílios. De maneira similar, Souza et al.³² constataram que os ACS não se sentem responsáveis pela situação da dengue nas comunidades. Em estudo realizado em Goiânia, Pessoa et al.²¹ identificaram dificuldades relativas à integração do trabalho de ACS e ACE, sobretudo por falta de capacitação dos agentes, pouca clareza das atribuições de cada categoria de agente no combate ao mosquito e sobrecarga de serviço de ambos.

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^{24,25}. Sobre o controle do *Aedes aegypti*, Tápia-Lopez et al.³³ 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.

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. Neste contexto, a responsabilidade que cabe à APS é atuar em conjunto com outras instâncias dos sistemas de saúde, outros órgãos de governo, com as comunidades e com outros segmentos da sociedade.

O estudo demonstrou limitações da atuação da APS nas três dimensões analisadas. A atuação da APS é fundamental para a vigilância dos territórios, a mobilização das comunidades e a assistência aos acometidos. Neste sentido, o fortalecimento da APS se constitui como ação estratégica para a prevenção e controle destes agravos. 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.

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(Supl2):e00099118.
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):e00012219.
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. *Saúde Debate*. 2018; 42(esp1):244–260.
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:e10.
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):e00169914.

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):e20200670.
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:E21020.
8. Zara ALSA, Santos SM, Fernandes-Oliveira ES, Carvalho RG, Coelho GE. Estratégias de controle do *Aedes aegypti*: uma revisão. *Epidemiol Serv Saúde.* 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. *Cien Saúde Colet.* 2019; 24(4):1507–1516.
10. Oliveira KKF, Caprara A. Face social do controle do *Aedes*: em um bairro periférico de Fortaleza, Brasil, as mulheres tomam a palavra. *Cien Saúde Colet.* 2019; 24(8):2983–2992.
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):e00243321.
12. Queiroz JTM, Silva PN, Heller L. Novos pressupostos para o saneamento no controle de arboviroses no Brasil. *Cad Saude. Publica.* 2020; 36(4):e00233719.
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. *Cien Saúde Colet.* 2013; 18(2):517–526.
14. Brasil. Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
15. Brasil. 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 Júnior FJG, Pinto AGA, Forte FDS. Estratégia de Saúde da Família: ressonâncias na atenção, gestão, educação e promoção da Saúde. *Interface (Botucatu).* 2022; 26(Sup11):e220555.
17. IBGE. Características Sociodemográficas do município de Vitória da Conquista, Bahia. 2021. Acesso em: 02/02/2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/vitoria-da-conquista.html>
18. Brasil. Cobertura da Atenção Primária à Saúde no município de Vitória da Conquista, Bahia. 2022. Acesso em: 02/02/2023. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps>
19. PMVC. Quantitativo de Agentes de Combate às Endemias no município de Vitória da Conquista, Bahia. 2022. Acesso em: 02/02/2023. Disponível em: <https://vitoriadaconquista-ba.portaltip.com.br/consultas/pessoal/servidores.aspx>
20. Oliveira FLB, Millions RM, Costa MV, Júnior JJA, Silva DGKC. Estudo comparativo da atuação do enfermeiro no controle de dengue e febre chikungunya. *Saude e Soc.* 2016; 25(4):1031–1038

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. *Cien Saúde Colet.* 2016; 21(8):2329–2338.
22. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
23. Gibbs G. Análise de dados qualitativos. 1a Edição. Porto Alegre: Artmed; 2009.
24. 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. *Cien Saúde Colet.* 2020; 25(1):147–58.
25. Bispo Júnior JP, Moreira DC. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: Concepções, Implicações e Desafios para o Apoio Matricial. *Trab Educ Saúde.* 2018; 16(2):683–702.
26. Mendes M, Trindade LL, Pires DEP, Biff D, Martins MMFPS, Vendruscolo C. Cargas de trabalho na Estratégia Saúde da Família: interfaces com o desgaste dos profissionais de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2020; 54:e03622.
27. Lima VV, Ribeiro ECO, Padilha RQ, Mourthé Júnior CA. Desafios na educação de profissionais de Saúde: uma abordagem interdisciplinar e interprofissional. *Interface (Botucatu).* 2018;22(Supl2):1549–62.
28. Mafra RLM, Antunes E. Comunicação, estratégias e controle da dengue: a compreensão de um cenário público de experiência. *Saude e Soc.* 2015; 24(3):977–990.
29. Dias ÍKR, Martins RMG, Sobreira CLS, Rocha RMGS, Lopes MDSV. Ações educativas de enfrentamento ao *Aedes Aegypti*: revisão integrativa. *Cien Saúde Colet.* 2022; 27(1):231–242.
30. 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 Rev Saúde Coletiva.* 2022; 32(3):e320312.
31. 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(Supl1):384.
32. 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):e00078017.
33. 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):e00092618.

5.2 Artigo 2. Atuação de Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias na prevenção e controle das arboviroses: análise sobre a articulação e integração do trabalho

RESUMO

O objetivo do estudo foi analisar a atuação e a articulação do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE) na prevenção e controle das arboviroses. Trata-se de uma pesquisa qualitativa desenvolvida no município de Vitória da Conquista, a partir de 22 entrevistas semiestruturadas, observação participante nos territórios e análise documental. O referencial teórico-metodológico fundamentou-se numa matriz analítica estruturada em quatro dimensões: Clareza das tarefas e atribuições; Governança e coordenação; Relações com a comunidade; Formação e educação permanente. Os resultados evidenciaram que ACS e ACE apresentam atuação fragmentada e desarticulada. Identificou-se uma clara distinção de atribuições entre os agentes. A atuação do ACE caracteriza-se pelo controle químico dos vetores. Os ACS não se sentem responsáveis pela vigilância ativa das arboviroses. Evidenciou-se frágil coordenação para o trabalho colaborativo. Não há mecanismos regulares para a atuação coordenada ou compartilhamento de informações e de tarefas. As relações dos agentes com a comunidade são marcadas por contextos de desconfiança e diminuta mobilização comunitária. Foram identificadas fragilidades no processo formativo e ausência de uma política de educação permanente. Sugere-se a necessidade de aprimoramento dos mecanismos de governança e do fortalecimento das estratégias de mobilização comunitária.

Palavras-Chave: Agente Comunitário de Saúde; Agente de Combate às Endemias; Arboviroses; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família.

¹ O artigo foi submetido à revista *Physis: Revista de Saúde Coletiva*.

INTRODUÇÃO

As arboviroses Dengue, Zika e Chikungunya, transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti*, se configuram como problema de elevada importância para a saúde pública na América Latina e em particular no Brasil (FARIA *et al.*, 2023; WERMELINGER, 2019). Neste contexto, se destaca a relevância da atuação dos trabalhadores comunitários de saúde, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE), profissionais corresponsáveis por desenvolver ações de controle e prevenção das arboviroses nos diversos territórios (PESSOA *et al.*, 2016).

Os ACS são profissionais da Atenção Primária a Saúde (APS) responsáveis, dentre outras atribuições, por identificar situações de risco, cadastrar e acompanhar as famílias e desenvolver ações educativas e promocionais (ALONSO *et al.*, 2018). Dessa forma, o trabalho do ACS não se resume a identificar problemas no território, mas, também, orientar a população para a prevenção de doenças, (PEDEBOS; ROCHA; TOMASI, 2018), promoção da saúde, além de ações de vigilância em saúde com a identificação e monitoramento de doenças e agravos (MÉLLO; SANTOS; ALBUQUERQUE, 2023), como as arboviroses. Destaca-se ainda a particularidade de o ACS residir no território onde trabalha e a necessidade de demonstrar sempre disponibilidade mesmo fora do horário de trabalho (MOROSINI; FONSECA, 2018).

O trabalho desenvolvido pelos ACE passou por uma série de modificações e nomenclaturas nas últimas décadas (BRASIL, 2022). A legislação que regulamenta o trabalho dos agentes de endemias prevê atuação nas atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006). Entretanto, a categoria enfrenta percalços em seu trabalho que envolvem más condições de trabalho, adoecimento e falta de reconhecimento profissional (GUIDA *et al.*, 2012).

A fim de reorganizar os processos de trabalho e integração de ACS e ACE nos territórios, a Portaria nº 1.007, de maio de 2010, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) regulamenta a incorporação dos ACE nas equipes de Saúde da Família (eSF), com definição de papéis e responsabilidades, e como forma de garantir controle e prevenção de agravos como as arboviroses. De igual modo, a nova Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) de 2017 preconiza a articulação e integração de ACS e ACE com adoção de um território único para que ambas as equipes, juntamente com as eSF, atuem no planejamento e intervenções de saúde (SILVA *et al.*, 2020).

Apesar dos aspectos normativos e das iniciativas institucionais, ainda persistem dificuldades para a integração do trabalho do ACS e ACE. Oliveira, Castro e Figueiredo (2016)

ressaltam que trata-se de um objeto de trabalho complexo e os diferentes agentes não estão devidamente preparados para o trabalho integrado. *Garcia et al. (2022)* ressaltam existir clara distinção das práticas desenvolvidas e das ações de formação para ACS e ACE. No que se refere às arboviroses, a indefinição de competência e responsabilidade destes agentes, pode trazer consequências negativas aos vínculos entre as equipes e os usuários, assim como comprometer o efetivo controle das doenças (*Pessoa et al., 2022*).

Frente a esse contexto, o presente estudo teve por objetivo analisar a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias no controle e prevenção das arboviroses Dengue, Zika e Chikungunya. Buscou-se também analisar a articulação do trabalho entre as duas modalidades de agentes no âmbito da Estratégia Saúde da Família.

METODOLOGIA

Cenário do estudo

Estudo de abordagem qualitativa, realizado na região nordeste do Brasil, no município de Vitória da Conquista, Bahia. Trata-se da terceira maior cidade do estado da Bahia, com população de 370.868 habitantes (IBGE, 2022), Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,678 e PIB per capita de R\$ 20.905,86 (IBGE, 2021). A APS do município conta com 10 equipes de APS e 56 equipes de Saúde da Família (eSF), com cobertura populacional de 64,71 % da saúde da família (BRASIL, 2023). As equipes de trabalhadores comunitários de saúde do município são compostas por 536 ACS e 174 ACE (BRASIL, 2020; PMVC, 2022).

Os territórios de investigação e as respectivas eSF foram selecionadas a partir de agregados 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 onde não foram encontrados moradores no momento da visita foi adotado o critério de realizar entrevista no domicílio vizinho.

Fontes de dados e participantes

Foram utilizados métodos complementares para obtenção dos dados: entrevistas semiestruturadas, observação participante e análise documental.

As entrevistas foram guiadas por roteiro e contemplaram questões referentes à prevenção e controle das arboviroses, atendimento aos casos de Dengue, Zika e Chikungunya, interação com a vigilância à saúde, mobilização e participação da comunidade e participação em ações formativas. Conforme disposto na Tabela 1, três grupos de participantes integram o estudo, com o total de 22 entrevistados.

Tabela 1. Participantes do estudo por segmento

Participantes	Quantidade de entrevistados(a)
Profissionais de Saúde	
Agente Comunitário de Saúde (ACS)	5
Agente de Combate às Endemias (ACE)	4
Médico (a) eSF	1
Enfermeiro (a) eSF	2
Técnica de Enfermagem	1
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
Usuários	
Usuários	4
Total	22

No segmento dos profissionais de saúde, foram entrevistados médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, ACS, além dos 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 a partir dos clusters. O critério de inclusão foi possuir mais de 18 anos e como critério de exclusão foi adotado ser morador do bairro há menos de 4 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 no período de março a julho de 2022.

A análise documental se deu a partir de dados sobre a incidência dos casos, os índices de infestação predial e ações dos profissionais de saúde. Foram analisados o LIRAA, o Plano Municipal de Combate à Dengue, Chikungunya e Zika, os relatórios da vigilância à saúde, disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde em formato impresso, além dos relatórios de gestão do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema do Programa Nacional de Controle da Dengue (SISPNCDD) em formato eletrônico.

Procedimentos analíticos

Foi desenvolvida uma matriz de análise, fundamentada literatura nacional e internacional, com as principais dimensões referentes à atuação dos trabalhadores comunitários de saúde na prevenção e controle das arboviroses (Quadro 1). A estrutura da matriz fundamenta-se em quatro dimensões: (1) Clareza sobre as tarefas e atribuições de ACS e ACE; (2) Governança e coordenação (3) Relações com a comunidade; (4) Formação e Educação Permanente. As dimensões e subdimensões de análise estão dispostas no Quadro 1.

A dimensão Clareza das tarefas e atribuições buscou identificar as atividades desenvolvidas por ACS e ACE que caracterizam o fazer específico de cada uma das profissões. Buscou ainda identificar se existem definições instituídas pelos serviços de saúde sobre as responsabilidades de cada categoria de agente para a prevenção e controle das arboviroses. A dimensão Governança e coordenação teve por interesse a análise dos processos de organização e coordenação do trabalho para a garantia de condições organizacionais e estruturais para o trabalho integrado entre ACS e ACE. Na dimensão Relações com a comunidade investigaram-se os aspectos relacionados à interação dos trabalhadores comunitários com indivíduos, famílias e comunidades. Contemplou as expectativas, vínculo e reconhecimento da população com relação ao trabalho dos agentes, assim como os processos de mobilização da comunidade para o enfrentamento das arboviroses. Por sua vez, a dimensão Formação e Educação Permanente analisou os processos formativos e a institucionalidade da educação profissional destinadas aos

ACS e ACE com ênfase no aprimoramento das ações de prevenção e controle das arboviroses. Analisou ainda o conteúdo e práticas pedagógicas desenvolvidas nos respectivos processos formativos.

Quadro 1. Dimensões da atuação de ACS e ACE no controle e prevenção das arboviroses

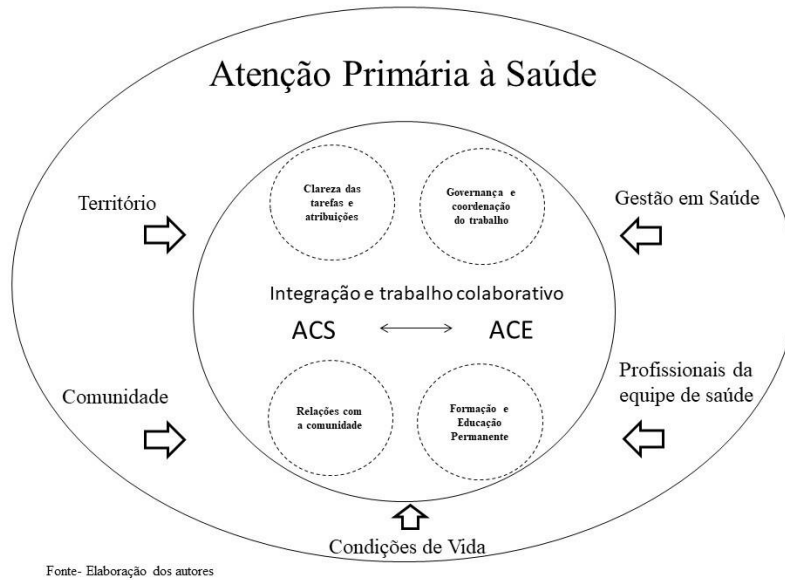
Dimensão	Subdimensão
Clareza das tarefas e atribuições dos ACS e ACE	Tipos de atribuições
	Definição clara de atribuições
Governança e coordenação do trabalho	Organização do trabalho
	Integração com o sistema de saúde
	Coordenação para o trabalho colaborativo
	Recursos e logística
Relações com a comunidade	Expectativas e reconhecimento da comunidade
	Mobilização da comunidade
Formação e Educação Permanente	Institucionalidade da Educação Permanente
	Abordagens formativas

Fonte: Elaborado pelos autores a partir de Alves et al. (2022); Caprara et al. (2015); David e Marteleto (2012); Evangelista et al. (2019); Fonseca (2016); Fraga e Monteiro (2014); Glenton et al. (2021); Kok et al. (2015); Libanio, Favoreto e Pinheiro (2014); Matos, Silva, Silveira (2020); Mélllo, Santos e Albuquerque (2023); Oliveira, Castro e Figueiredo (2016); Scott et al. (2018).

A Figura 1 demonstra as interações das dimensões da matriz de análise. No centro da análise, estão os ACS e ACE e as dimensões que mais diretamente influenciam no desenvolvimento do trabalho integrado e colaborativo. Num raio mais amplo, encontra-se a APS e os fatores mais abrangentes que permeiam e também interferem no desenvolvimento do trabalho dos agentes.

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 na observação participante foi categorizado e codificado com base na Técnica de Análise de Conteúdo Temática proposta por Gibbs (2009). Os textos transcritos foram organizados e codificados para identificação dos conteúdos que expressam a mesma ideia e núcleos de sentido. A partir do processo de aglutinação e refinamento dos códigos e excertos, as categorias temáticas foram analisadas de acordo com as dimensões da matriz de análise.

Figura 1. Matriz de análise dos fatores que influenciam na atuação e integração de ACS e ACE para prevenção e controle das arboviroses.



Questões éticas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (IMS-UFBA), parecer nº 5.362.249. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Os resultados demonstraram fragilidades e entraves para o trabalho das equipes de ACS e ACE na prevenção e controle das arboviroses. A seguir, os resultados serão apresentados conforme as quatro dimensões da matriz analítica utilizada.

Clareza das tarefas e atribuições dos ACS e ACE

Evidenciou-se uma clara distinção no trabalho desempenhado por ACS e ACE no enfrentamento das arboviroses. O trabalho do ACE caracteriza-se pelo controle químico dos vetores, inspeção sanitária de domicílios e logradouros públicos e atividades educativas destinadas à população. Os ACS desempenham papel secundário nas orientações à população, especialmente em períodos de elevada incidência de casos.

A gente faz uma parte que é o tratamento, que é a colocação do larvicida nesses, nesses locais é (...) e também um trabalho mais importante que é o trabalho informativo. (Entrevista 20 – ACE)

O trabalho dos ACE é organizado a partir de três modalidades de equipe. Duas destas realizam atividades de campo voltadas ao tratamento focal do *aedes*, com diferença nos locais de atuação. Uma delas desempenha o trabalho de visita domiciliar, em que realizam inspeção das áreas internas e externas dos domicílios, aplicação de larvicida e orientação aos moradores. São também os responsáveis pela realização da pesquisa entomológica, a partir de Levantamentos Rápidos de Índices para o *Aedes aegypti*. A segunda equipe de campo atua em locais públicos ou de maior risco de proliferação do vetor, a exemplo de cemitérios, praças, ferros-velhos e borracharias. A terceira equipe de ACE atua exclusivamente no desenvolvimento de atividades educativas, que são desenvolvidas em articulação com as unidades de atenção primária e com diversos segmentos sociais, a exemplo de escolas, igrejas e o setor de assistência social.

Os ACS não se sentem responsáveis por realizar a vigilância ativa das arboviroses. O entendimento dos agentes comunitários é que esta não é função inerente à profissão. Assim, os resultados demonstram não existir uma compreensão sobre as atribuições e responsabilidades dos mesmos no controle das arboviroses. Identificou-se um entendimento genérico que os ACS devem atuar nas ações de educação em saúde. No entanto, as práticas dos agentes mostraram-se heterogêneas e muitos dos profissionais não abordam o tema das arboviroses nas visitas domiciliares e nas ações no território.

Controle da dengue? Eu mesmo vou falar a verdade, eu nunca fiz. Já participei antes. Mas hoje, de uns tempos pra cá, a gente não faz. Ultimamente é mais focado no atendimento, atendimento... e acaba desgastando essa questão das arboviroses. (Entrevista 13 – ACS)

Relacionou-se a dificuldade de atuação dos ACS nas arboviroses à sobrecarga de atividades e às múltiplas atribuições desempenhadas. Enquanto trabalhadores comunitários integrantes das eSF, realizam diversas ações como: atenção a grupos populacionais específicos; entrega de resultados de exames; marcação de consultas; conferência dos cartões de vacina; e ações educativas sobre temas diversos. Neste contexto, os ACS consideram que cabe aos ACE a responsabilidade de controle dos vetores.

A gente já tem muitas outras atribuições, então acaba que é mais um acúmulo. Como têm os agentes de endemias, então a gente acaba que não aborda em profundidade as questões das arboviroses (...) Fica mais na responsabilidade dos ACE. (Entrevista 06 – ACS)

Identificou-se que em contextos de elevação da incidência de arboviroses ou do IIP, os ACS são acionados para contribuir no controle do mosquito. Mesmo nesses contextos, os ACS não realizam inspeção de locais em que possam existir focos. As contribuições centram-se em recomendações gerais sobre água parada.

Governança e coordenação do trabalho

Os resultados demonstraram diferentes formas de organização do trabalho dos ACS e ACE, sobretudo no que se refere à vinculação territorial e integração com o sistema de saúde. As equipes de ACE trabalham em ciclos de visita aos bairros da cidade. Não possuem território fixo ou famílias cadastradas. Os agentes de endemias se deslocam nos territórios para a realização visitas aos domicílios e inspeção dos logradouros para o controle químico de vetores.

A gente pega todos os ACE e vai pra aquele bairro onde tem maior necessidade. A gente faz assim na zona urbana e na zona rural a gente vai fazer dessa forma também. (Entrevista 14 – Gestora)

Foi identificada reduzida quantidade de ACE para o trabalho do campo. Assim, o tempo entre as visitas em cada domicílio e bairro é demasiadamente espaçado. Algumas localidades ficam mais de dois anos sem a visita dos agentes de endemias. Tal situação mostrou favorecer a maior proliferação do *aedes*.

Veja só, a gente também tem um problema. Nós estamos com um quadro de profissionais defasados. Então, as visitas anteriormente elas se davam em um período de 2 meses, a cada 2 meses, e agora o intervalo entre as visitas ultrapassa muito esse período. Isso é um problema, porque o larvicida tem um poder de ação de 40 dias. (Entrevista 20 – ACE)

O trabalho do ACS é organizado de acordo com a área de abrangência da eSF. O ACS é parte do sistema de saúde e atua de acordo com as diretrizes das equipes vinculadas, enquanto o trabalho do ACE se mostrou desconectado das equipes de saúde. Os agentes de endemias demonstraram não possuir vínculo com equipes de saúde, usuários ou territórios.

Bom, nós não têm a semana que nem o agente comunitário que têm suas casas certas, né?! Nós não têm. Nós não têm limite de bairro. Os agentes comunitários não, os comunitários eles têm a sua área, eles têm a área deles, eles têm uma quantidade de famílias, né! E nós, não. (Entrevista 10 – ACE)

Evidenciou-se frágil coordenação para o trabalho colaborativo. ACS e ACE exercem as atividades de campo de forma separada e desarticulada. Não há mecanismos regulares para a atuação coordenada ou compartilhamento de informações e de tarefas. Com frequência, as equipes de ACE atuam no território das eSF sem que as mesmas sejam informadas a respeito. Apenas em momentos de crise, diante de surtos ou elevados IIP, são organizadas ações emergenciais com a participação das duas categorias.

Então a gente precisa criar estratégias para que eles se unam. Porque na lei eles já estão unidos, na prática ainda não. (Entrevista 03 – Gestora)

Também tem essa coisa que a gente não trabalha junto. [...] Aqui os trabalhos não são compartilhados das duas categorias, então fica difícil a gente trabalhar junto nesse aspecto. (Entrevista 02 – ACS)

Ambas as categorias enfrentam dificuldades para o exercício do trabalho em decorrência de dificuldades estruturais e por carência de materiais. As equipes de ACE não possuem veículo para o deslocamento para as áreas distantes. Outra dificuldade logística relevante é a ausência de escadas para acesso aos depósitos de água dos domicílios. Em muitas situações, a visita é concluída sem a inspeção do reservatório do domicílio. As equipes de ACE não contam com espaços de apoio em todos os bairros que trabalham. Esta dificuldade relacionou-se com a frágil integração com o sistema de saúde. Quando necessitam fazer anotações ou registro de informações das visitas, utilizam espaços públicos, como bancos das praças ou de comércios locais, como bares e lanchonetes.

Olha, a gente não tem apoio da saúde da família. A gente não trabalha em conjunto. Porque o posto de saúde nem sempre é o nosso ponto de apoio, né?! Sempre o nosso ponto de apoio, geralmente, é em escolas públicas ou é em algum comércio. Alguém empresta lá as mesas e cadeiras pra gente sentar. (Entrevista 21 – ACE)

Hoje os profissionais, os ACE, tão adoecidos pelo larvicida que foi utilizado anteriormente, né!? Larvicida esse que compromete muito a saúde do trabalhador. (Entrevista 22 – Gestora)

As carências de materiais também se revelaram com a insuficiente disponibilidade dos equipamentos de proteção individual (EPI). Os ACE ressaltaram não possuir os EPI adequados para o manejo cotidiano do larvicida químico. Tal situação favoreceu situações de adoecimento e afastamento do trabalho decorrentes da exposição química. Para os ACS, também foram evidenciadas escassez de recursos materiais como impressos, uniformes e também EPIs, como bonés e protetor solar.

Relações com a comunidade

As relações dos ACS e ACE com as comunidades, no que tange às arboviroses, são marcadas por frágil reconhecimento profissional, contextos de desconfiança e diminuta mobilização comunitária. Os ACE não são vistos pela comunidade como profissionais de saúde e com frequência enfrentam recusas para o desenvolvimento do trabalho nas residências. Predomina entre os agentes de endemias, o sentimento de subvalorização do trabalho.

“Ah, o agente de endemias é aquela pessoa que ele vai na casa da gente e coloca um produto no tanque e na caixa d’água”. Enxerga dessa forma, não enxerga assim como um profissional da saúde que está ali fazendo saúde preventiva, né!? A comunidade, não vê dessa forma e isso dificulta demais o trabalho. E é por esse motivo também que tem as grandes epidemias. (Entrevista 15 – ACE)

Muitos ignoram a gente, faz de conta que a gente não tá nem lá na casa. [...] É difícil. Você tá explicando pra uma pessoa que não tá nem aí, que não quer ouvir. Então, às vezes, isso acaba desmotivando a gente, né!? (Entrevista 21 – ACE)

Os ACS, por manter vinculação com a comunidade, sentem-se melhor apoiados no desenvolvimento do trabalho. Todavia, também vivenciam resistências e situações de recusa especialmente por usuários de melhor poder aquisitivo que julgam não necessitar dos serviços de saúde. A credibilidade do trabalho do ACS mostrou-se abalada frente à grande expectativa da população para que estes resolvam situações referentes à marcação de consultas e exames e entrega de medicamentos e de resultados de exames.

Tipo assim: “eu quero passar no posto amanhã.” Depende da gente? Não depende. “Eu quero passar no médico, você marca pra mim?” Depende de mim, marcar? Não depende. Então, tem gente que não aceita muito, acha que a gente tá ali e não resolve a questão que ela gostaria que a gente resolvesse. (Entrevista 08 – ACS)

Constatou-se baixos níveis de mobilização comunitária e engajamento da população para o enfrentamento das arboviroses. A população demonstra pouco interesse para as questões de ordem coletiva, o que contribuiu para o desestímulo dos ACS e ACE.

Eu acho que teria que ter mais participação, né?! Porque, infelizmente, a nossa comunidade, a nossa sociedade... Se passa um carro avisando “vai ter uma reunião, vai ter uma demonstração, vai ter um profissional no posto de saúde falando sobre a dengue.” “Vou nada, vou deixar de ver minha novela, vou para o posto ouvir besteira.” (Entrevista 07 – Usuária)

Porque assim, a comunidade hoje, eles não querem participar das coisas. “Eu quero isso, eu quero aquilo”, mas eles não querem participar. E aí a gente começou perceber que até nós mesmo, a equipe, foi ficando desmotivada também, né!? A própria equipe começou a se desmotivar. (Entrevista 13 – ACS)

Os resultados evidenciam não existir estratégias perenes de envolvimento da população sobre as arboviroses. As ações de mobilização são esporádicas e reativas diante da elevação da incidência das doenças e, com frequência, contam com baixa adesão da população. Ressalta-se que as ações de educação em saúde e mobilização comunitária ocupam lugar secundário na rotina das unidades de saúde frente à elevada demanda assistencial e clínica.

Formação e Educação Permanente

Foi possível identificar considerável fragilidade no processo formativo de ACS e ACE para atuação sobre as arboviroses. Constatou-se não existir uma política de educação permanente voltada aos trabalhadores comunitários e equipes de APS. Os treinamentos oferecidos são esporádicos e em formato de capacitações conteudistas e prescritivas.

Nós temos capacitações, participações, às vezes, em capacitações. Mas, são capacitações que não são assim muito aprofundadas. (Entrevista 02 – ACS)

Em relação aos conteúdos, identificou-se que as formações dos ACS não contemplam adequadamente a temática das arboviroses. Tanto em relação aos conteúdos clínicos e epidemiológicos quanto sobre as atribuições e inclusão da temática no processo de trabalho. Desse modo, as fragilidades dos processos formativos influenciam no sentimento de despreparo dos ACS para abordarem o problema e nas incompreensões sobre as responsabilidades profissionais.

Agora nessas capacitações, por exemplo, essa que tô te falando não foi assim uma capacitação de tá ensinando o que fazer. Ela foi mais uma explanação sobre a situação, sobre como está, como tem que participar, essa coisa toda. (Entrevista 02 – ACS)

Mas de antemão, é difícil você tirar esse profissional do serviço que ele tiver para ir. Quando nós disponibilizamos online eles não assistem, você entende? Então a gente fica assim sem saber o que fazer. (Entrevista 03 – Gestor)

Nas esparsas capacitações realizadas para os ACS sobre as arboviroses, adotou-se a abordagem de multiplicadores. Assim, apenas um ACS de cada equipe participa e este deve repassar as informações para os demais colegas. Todavia, o repasse posterior foi comprometido em muitas equipes.

Capacitações não. Eu acho que teve uma capacitação, mas que não foi para todos os ACS. Sim, eu acho que foi um ACS apenas da minha equipe, que não fui eu. Acho que ou vai ter ainda, tô meio perdida nesse sentido, mas eu acho que teve essa capacitação não para todos. Para um pra que o outro depois repasse. (Entrevista 08 – ACS)

Para os ACE, ocorrem atividades formativas em maior frequência. Estes participam regularmente de cursos, treinamentos e atualizações ofertados pela equipe de vigilância à saúde do município. Em tais atividades formativas predominam abordagens conteudistas em formato de atualizações voltadas ao controle químico do vetor.

DISCUSSÃO

O presente estudo evidenciou que os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias apresentam atuação fragmentada, desarticulada, com frágeis níveis de

engajamento social e insuficiente formação para o controle das arboviroses. A partir das dimensões e subdimensões analisadas, evidenciaram-se consideráveis limitações na atuação dos agentes no combate ao vetor. Estes achados sugerem a limitada integração entre as categorias no exercício cotidiano do trabalho.

No cenário internacional, utiliza-se a nomenclatura trabalhadores comunitários de saúde (*Community Health Workers - CWH*) para se referir a diversidade de tipos e de características destes profissionais (MÉLLO; SANTOS; ALBUQUERQUE, 2023). A depender das características e lógica organizativa do sistema de saúde de cada país, os trabalhadores comunitários podem desempenhar um amplo espectro de atribuições, que envolvem atuação assistencial, prevenção de doenças e agravos, mobilização comunitária e promoção da saúde (KOK *et al.*, 2015). Em um relevante estudo publicado pela Organização Mundial de Saúde, Lehmann e Sanders (2007) classificaram os trabalhadores comunitários em dois grupos: generalistas e especialistas. Os trabalhadores comunitários generalistas caracterizam-se por atuar sobre um conjunto amplo de competências voltados aos cuidados primários de forma geral (SCOTT *et al.*, 2018). Por sua vez, os trabalhadores comunitários especialistas desempenham tarefas mais seletivas e específicas voltadas para determinadas doenças ou condição de saúde. Alguns exemplos de trabalhadores comunitários especializados são agentes que atuam especificamente sobre saúde materno-infantil, HIV, malária e tuberculose (GLENTON; JAVADI; PERRY, 2021).

Tal classificação mostra-se oportuna para a compreensão das especificidades do trabalho das duas modalidades de agentes no Brasil. Os ACS, por ter atuação vinculada a múltiplas responsabilidades da APS, se situam no âmbito da classificação generalista. Enquanto os ACE, desempenham a função de especialistas na prevenção e controle de doenças endêmicas, com forte atuação nas doenças transmitidas por vetor. Desse modo, as peculiaridades de cada profissão associadas a outras dimensões do sistema e saúde mostraram exercer grande influência para a limitada integração entre as categorias e o frágil desempenho das ações.

No tocante à clareza das tarefas para atuação sobre as arboviroses, destacou-se nos resultados o entendimento consensual que o controle químico do vetor é responsabilidade exclusiva dos ACE. Esta é uma compreensão também presente em outras localidades do país (ALVES *et al.*, 2022; PESSOA *et al.*, 2016) e guarda relação com as Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue (BRASIL, 2009) que apontam como atribuições do ACE, entre outras funções, a pesquisa entomológica e o tratamento com uso de larvicida.

No entanto, chama a atenção nos resultados as indefinições sobre as atribuições dos ACS na prevenção das doenças transmitidas por vetor. Como agravante, estes profissionais não se sentem responsáveis e muitos não desempenham regularmente ações voltadas para o controle da Dengue, Zika e Chikungunya. Ao não se instituir ações claras e específicas para a atuação do ACS, o combate ao *aedes* tende a ser falho. De acordo com Morosini e Fonseca (2018), os ACS são os principais responsáveis por acompanhar as condições de saúde das famílias e por realizar a busca ativa de situações específicas. Assim, constituem-se em profissionais estratégicos para o efetivo enfrentamento das arboviroses.

A principal razão atribuída ao diminuto envolvimento dos ACS no combate aos vetores foi a sobrecarga de tarefas. Os ACS, na condição de trabalhadores comunitários generalistas, possuem um conjunto de outras responsabilidades inerentes ao trabalho na APS. Além disso, outras tarefas são paulatinamente incorporadas ao rol de atribuições, sejam elas promocionais assistenciais ou burocráticas (MÉLLO; SANTOS; ALBUQUERQUE, 2023). Tal situação influencia na compreensão e no comportamento dos ACS em realizar inspeção dos imóveis, além de não assumir prioritariamente as ações educativas sobre as doenças.

A governança e coordenação do trabalho mostraram-se como aspectos críticos para a integração do trabalho entre ACS e ACE. Além da reduzida quantidade de agentes de endemias, a organização do trabalho e a ausência de mecanismos de integração comprometem o bom desempenho do trabalho sobre as arboviroses. Predominou entre os ACE, o modelo de organização do trabalho herdado do sanitarismo campanhista fundamentado na lógica do “apagar incêndio.” Foi observado que as atividades dos ACE se organizam em frentes de trabalho ou mutirões em territórios de maior incidência ou IIP.

Merece destaque dos resultados, a falta de integração dos ACE com o sistema de saúde. Os agentes de endemias atuam em paralelo à APS e não contam com apoio das eSF nem mesmo para questões logísticas mais básicas, como uso dos espaços das UBS. Desde maio de 2010, com a publicação Portaria GM/MS 1.007 (BRASIL, 2010), o Ministério da Saúde instituiu a incorporação do ACE às eSF, com direcionamentos para a reorganização dos processos de trabalho, integração das bases territoriais dos ACS e ACE, definição de papéis e responsabilidades e supervisão dos ACE pelos profissionais de nível superior das eSF. Mesmo decorrido mais de uma década de publicação da referida portaria, as recomendações não foram devidamente incorporadas na realidade estudada.

Integrar o trabalho de ACS e ACE tem se mostrado como um desafio para o SUS em diversos contextos. Mesmo em localidades onde houve implementação do trabalho integrado, há questões ainda problemáticas (PESSOA *et al.*, 2016). Um estudo realizado em Pirai – RJ

analisou o processo de integração das ações de vigilância da dengue pelas eSF, com as atribuições de controle vetorial incorporadas à rotina do ACS. Os resultados demonstram que o acúmulo de funções prejudicou a qualidade do trabalho realizado (LIBANIO; FAVORETO; PINHEIRO, 2014). De modo similar, outro estudo, realizado em Campo Grande – MS, evidenciou que os ACS ao incorporar ações de controle do vetor na rotina de trabalho apresentam dificuldades para a realização de outras atividades (PEREIRA; PÍCOLI; CAZOLA, 2021). O estudo também evidenciou obstáculos para o estabelecimento de fluxo intersetorial e para a efetiva integração com os ACE.

Destacaram-se também nos resultados as carências estruturais e a escassez de recursos para o trabalho. A escassez de recursos comprometeu o controle e acompanhamento dos focos do *aedes* e acarretou em problemas de saúde ocupacional por exposição inadequada dos ACE ao larvicida. O afastamento destes agentes por processos de adoecimento relacionados ao trabalho constitui-se em problema grave, que poderia ser evitado mediante gestão adequada da saúde e segurança do trabalho. Além do mais, impactou na redução dos recursos humanos no trabalho de campo do controle vetorial. Estudos realizados em diferentes regiões do país (BARATA-SILVA *et al.*, 2014; BASTOS; CARVALHO; FERREIRA, 2022; MATOS; SILVA; SILVEIRA, 2020) revelam a precariedade e falta de condições de trabalho adequadas para os ACE, o que implica em adoecimento, absenteísmo e afastamento dos trabalhadores. Frente a esse contexto, torna-se imprescindível a garantia de condições adequadas de trabalho aos agentes de saúde sob pena de prejudicar a prevenção das arboviroses e desencadear processos de adoecimento e sofrimento dos trabalhadores.

No tocante às relações com a comunidade, os agentes enfrentam dificuldades de diversas ordens. Os ACE enfrentam maiores dificuldades na vinculação, em face de não possuírem território de atuação definido. Ademais, a categoria enfrenta problemas de desvalorização do trabalho e frágil reconhecimento profissional por parte da população. A respeito destas questões, Matos *et al.* (2020) ressaltam que os ACE vivenciam um processo de invisibilidade profissional, que remete ao desaparecimento simbólico de indivíduos com profissões que não exigem qualificação escolar ou técnica.

Por sua vez, os ACS mantêm relações de proximidade com os usuários. Este é um padrão esperado especialmente em virtude do acompanhamento regular das famílias pelos agentes e por estes residirem no território. De acordo com Mélllo *et al.* (2023), a atuação do ACS é capaz de construir confiança, cooperação, comunicação contínua e aberta com as comunidades. Apesar disso, as carências assistenciais mostraram enfraquecer as relações de confiança. Diante das dificuldades de acesso aos serviços de saúde, o ACS é percebido pela população como

principal ou único meio de viabilizar as demandas. Com a impossibilidade dos agentes em resolver as necessidades clínicas, desencadeiam-se sentimento de frustração e desconfiança.

Ainda sobre a dimensão relações com a comunidade, destacam-se as fragilidades dos processos de mobilização e participação social. Observou-se existir um duplo processo desmobilização e desmotivação que se afeta e se potencializa mutuamente. Tanto as eSF não desenvolvem rotineiramente ações para o envolvimento da população, quanto as comunidades mostram-se pouco interessadas no engajamento para o controle das arboviroses. Uma das explicações deste processo de desinteresse da população está no modelo de mobilização em formato de campanhas higienistas e apenas em períodos de elevada incidência das doenças.

A este respeito, Alves *et al.* (2022) apontam a necessidade de ações mobilizadoras que extrapolem as campanhas de massa. Métodos de culpabilização da comunidade pelo insucesso da prevenção somado a ações que colocam o usuário como mero espectador dificultam a condução das comunidades à mudança de hábitos e controle vetorial efetivo. Bispo Júnior e Serapioni (2021) ressaltam que a desmobilização social apresenta-se como um desafio para o SUS e que ao longo das últimas décadas tem sido difícil manter níveis elevados de mobilização comunitária para o enfrentamento dos principais problemas de saúde.

Sobre a dimensão formação e educação permanente, o estudo revelou a insuficiência e inadequação dos processos formativos para ACS e ACE. Para os ACS, as dificuldades são ainda maiores, pois a temática das arboviroses pouco são contempladas nas atividades de formação dos mesmos. Conforme evidenciado nos resultados, as capacitações e treinamentos sobre as arboviroses ocorrem apenas para alguns dos agentes que devem se responsabilizar para o posterior compartilhamento com os demais pares da equipe.

Evangelista *et al.* (2018) conceituam esta prática como uma formação via ‘telefone sem fio’. A estratégia tem grandes chances de falha, visto que depende do entendimento e capacidade de repassar o conhecimento da parte do profissional que compareceu à atividade formativa. Isto demonstra pouco esforço para o fortalecimento das ações voltadas para arboviroses a partir do empoderamento de profissionais capacitados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo demonstrou consistentes dificuldades para a atuação dos trabalhadores comunitários de saúde nas quatro dimensões de análise. Faz-se necessário organizar processos de trabalho com clara definição de funções e tarefas a serem desempenhadas por ACS e ACE no cenário das arboviroses. Ressalta-se a potencialidade das ações de mobilização comunitária

e dos processos de educação permanente dos ACS e ACE para o efetivo controle das arboviroses e para favorecer a integração entre as categorias.

Neste sentido, chama-se atenção para a necessidade de aprimoramento dos mecanismos de governança e coordenação exercidos, a fim de garantir a integração do trabalho entre os agentes e favorecer a disponibilidade da estrutura mínima necessária para bom desempenho das atribuições. Por fim, adverte-se que as estratégias de mobilização comunitária não devem assumir apenas a perspectiva utilitarista para o controle de vetores. Deve-se promover processos de mobilização comunitária amplos, capazes de fortalecer as comunidades para o enfrentamento dos diversos problemas sociais e sanitários.

REFERÊNCIAS

ALONSO, C. M.; BÉGUIN, P. D.; DUARTE, F. J. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, 14, 2018.

ALVES, J. A. *et al.* Percepção da comunidade sobre suas ações preventivas contra dengue, zika e chikungunya nas cinco regiões do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 32, n. 3, e320312, 2022.

BARATA-SILVA, C. *et al.* Exposição ocupacional ao difluobenzuron: avaliação de metemoglobina após a jornada de trabalho dos guardas de endemias atuantes na região do grande Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 142–149, 2014.

BASTOS, M. L. A.; CARVALHO, T. G. S.; FERREIRA, M. J. M. Global burden of mental illness in agents fighting endemics. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 2, e00157921, 2022.

BISPO, J. P.; SERAPIONI, M. Community participation: Lessons and challenges of the 30 years of health councils in Brazil. **Journal of Global Health**, v. 11, 03061, 2021.

BRASIL. **Cobertura da Atenção Primária à Saúde no município de Vitória da Conquista, Bahia**. Agosto de 2023. Acesso em: 27/10/2023. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relCoberturaAPSCadastro.xhtml>

BRASIL. **Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde no município de Vitória da Conquista, Bahia**. Dezembro de 2020. Acesso em: 30/10/2023. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaACS.xhtml>

BRASIL. **Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Fundamentos do Trabalho do Agente de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Lei n. 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta as atividades e formas de contratação dos agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias. **Diário Oficial União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 1, 6 out. 2006. Acesso em: 11/10/2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111350.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2011.350%2C%20DE%205%20DE%20OUTUBRO%20DE%202006&text=Regulamenta%20o%20%C2%A7%205%C2%BA%20do,2006%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs.

BRASIL. Portaria n. 1.007, de 4 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 União**, Brasília, DF, 4 mai. 2006. Acesso em: 11/10/2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1007_04_05_2010_comp.html#:~:text=Define%20crit%C3%A9rios%20para%20regulamentar%20a,equipes%20de%20Sa%C3%BAde%20da%20Fam%C3%ADlia.

CAPRARA, A. *et al.* Entomological impact and social participation in dengue control: A cluster randomized trial in Fortaleza, Brazil. **Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 109, n. 2, p. 99–105, 2015.

DAVID, H. M. S. L.; MARTELETO, R. M. Almanaque da Dengue: leituras e narrativas de Agentes Comunitários de Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 6, p. 909–924, 2012.

EVANGELISTA, J. G. *et al.* Agentes de Combate às Endemias: construção de identidades profissionais no controle da dengue. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 1, e0017303, 2018.

FARIA, M. T. S. *et al.* Saúde e saneamento: uma avaliação das políticas públicas de prevenção, controle e contingência das arboviroses no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 28, n. 6, p. 1767–1776, 2023.

FONSECA, A. F. Sobre o trabalho e a formação de agentes de saúde em tempos de zika. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, n. 2, p. 327–329, 2016.

FRAGA, L. S.; 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. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 3, p. 993–1006, 2014.

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos**. 1ª Edição. Porto Alegre: Artmed; 2009.

GLENTON, C.; JAVADI, D.; PERRY, H. B. Community health workers at the dawn of a new era: 5. Roles and tasks. **Health Research Policy and Systems**, v. 19, Supl. 3, p. 128–144, 2021.

GUIDA, H. F. S. *et al.* As Relações entre Saúde e Trabalho dos Agentes de Combate às Endemias da Funasa: a perspectiva dos trabalhadores. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 4, p. 858–870, 2012.

IBGE. **Características Sociodemográficas do município de Vitória da Conquista, Bahia**. 2022. Acesso em: 02/02/2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/vitoria-da-conquista.html>

KOK, M. C. *et al.* Which intervention design factors influence performance of community health workers in low- and middle-income countries? A systematic review. **Health Policy and Planning**, v. 30, n. 9, p. 1207–1227, 2015.

LEHMANN, U.; SANDERS, D. **Community health workers: what do we know about them?** Geneva: World Health Organization; 2007.

LIBANIO, K. R.; FAVORETO, C. A. O.; 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: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 147–163, 2014.

MATOS, G. C. R.; SILVA, J. M.; SILVEIRA, A. M. Trabalho e saúde: a perspectiva dos agentes de combate a endemias do município de Belo Horizonte, MG. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 45, e15, 2020.

MÉLLO, L. M. B. D.; SANTOS, R. C.; ALBUQUERQUE, P. C. Agentes Comunitárias de Saúde: o que dizem os estudos internacionais? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 28, n. 2, p. 501–520, 2023.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, n. Especial 1, p. 261–74, 2018.

OLIVEIRA, M. M.; CASTRO, G. G.; FIGUEIREDO, G. L. A. Agente de Combate às Endemias e o processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 29, n. 3, p. 380–389, 2016.

PEDEBOS, L. A.; ROCHA, D. K.; TOMASI, Y. A vigilância do território na atenção primária: contribuição do agente comunitário na continuidade do cuidado. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 119, p. 940–951, 2018.

PEREIRA, G. A.; PÍCOLI, R. P.; CAZOLA, L. H. O. Integração do agente de combate às endemias na Estratégia Saúde da Família, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, 2017*. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 1, e2019500, 2021.

PESSOA, J. P. *et al.* Controle da dengue: Os consensos produzidos por Agentes de Combate às Endemias e Agentes Comunitários de Saúde sobre as ações integradas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2329–2338, 2016.

PMVC. **Quantitativo de Agentes de Combate às Endemias no município de Vitória da Conquista, Bahia**. 2022. Acesso em: 11/10/2023. Disponível em: <https://vitoriadaconquista-ba.portaltp.com.br/consultas/pessoal/servidores.aspx>

SCOTT, K. *et al.* What do we know about community-based health worker programs? A systematic review of existing reviews on community health workers. **Human Resources for Health**, v. 16, 39, 2018.

SILVA, T. L. *et al.* Política Nacional de Atenção Básica 2017: implicações no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 124, p. 58–69, 2020.

WERMELINGER, E. D. Reflexões sobre a profilaxia dos arbovírus na América Latina. **Revista Pan-Americana de Saúde Pública** v. 43, e81, 2019.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou analisar o trabalho realizado por equipes Saúde da Família no contexto da prevenção, controle e assistência das arboviroses. Dengue, Zika e Chikungunya são agravos que mantêm elevados índices de incidência no município em estudo, o que leva ao adoecimento, sofrimento e morte de milhares de pessoas. Os resultados evidenciaram que ainda são necessários maiores esforços de trabalhadores e gestores de saúde, além de indivíduos e comunidades para refrear a proliferação do *Aedes aegypti* e conseqüentemente o número de casos das doenças.

A assistência prestada aos pacientes acometidos por arboviroses nos serviços de APS foi marcada por dificuldade de acesso e falta de monitoramento dos casos ativos. As equipes de saúde lidam diariamente com alta demanda por atendimentos clínicos, seja por casos de arboviroses ou outras causas. Neste contexto, a APS nem sempre configurou como porta de entrada preferencial do sistema, o que fere, assim, a integralidade do cuidado, além da descrença dos usuários na resolutividade da saúde da família.

Os resultados do estudo demonstraram que o modelo adotado para atividades de educação em saúde prioriza práticas conteudistas e verticalizadas. Esse cenário cerceia os indivíduos e comunidades do protagonismo no compartilhamento e construção de saberes. Ao realizar educação em saúde sem considerar os aspectos sociais e culturais do ambiente em que atuam, as eSF não conseguiram alcançar os objetivos de transformação que a educação em saúde propõe.

Foi percebida ainda limitação das eSF em realizar atividades educativas diante da sobrecarga de trabalho e do acúmulo de atividades assistenciais e gerenciais exigidas em seu dia a dia. Além disso, ao priorizar a assistência a determinados grupos populacionais, a exemplo de gestantes, crianças e idosos, e outros agravos, como hipertensão e diabetes, as eSF acabam por deixar as arboviroses em segundo plano.

No que se refere ao combate ao mosquito vetor, ações voltadas para controle do *aedes* não recebem destaque dentro das ações de prevenção e promoção da saúde nas eSF. Em consequência, o município apresenta períodos de surto das doenças, superlotação das unidades com pacientes sintomáticos e dificuldade de acompanhamento desses casos. A falta de estratégias perenes de controle do *aedes* é uma prática a ser superada. As ações de prevenção voltadas para o tratamento de reservatórios que já apresentam pupas e larvas do mosquito, além do combate ao mosquito adulto, se mostram como estratégias pouco eficientes. É necessário

fomentar estratégias que envolvam os aspectos educativos, de empoderamento e fortalecimento da comunidade, pois são efetivas para evitar possíveis criadouros do mosquito.

Ações de mobilização comunitária se mostraram frágeis e despertam pouco interesse da população. A comunidade demonstra apatia diante da problemática das arboviroses. O tema de combate à dengue foi massificado por muitos anos com foco nos sinais e sintomas da doença e de modo a culpabilizar os cidadãos pela proliferação do mosquito. Dessa forma, a população parece já compreender bem os aspectos informativos e costumam não dar atenção quando as ações educativas tratam de arboviroses. Apesar de conhecer as doenças, as pessoas não se mobilizam para evitar os danos causados pela proliferação do *aedes*.

Somado a esses fatores, os profissionais enfrentam dificuldades para o combate ao *aedes* por questões estruturais e materiais. Os recursos destinados aos materiais educativos e estrutura para realização de eventos que envolvam a comunidade são escassos. Tal escassez de materiais demonstra a falta de incentivo do poder público às práticas de educação e desmotivam equipes e comunidades a se envolverem na causa da prevenção. É válido também destacar que as atividades de educação permanente no contexto das arboviroses não foram suficientes para capacitar profissionais das eSF para assistência e prevenção das doenças.

Apesar da secretaria de saúde do município contar com um setor específico para endemias, percebeu-se a necessidade de maior atenção à APS para fomentar a vigilância das arboviroses com frequência nos espaços em que se inserem. Aos gestores cabe aprimorar os mecanismos de governança e coordenação exercidos, extrapolar a convocação das eSF em momentos de surto de arboviroses e estreitar as relações com os profissionais que estão na ponta.

Em relação aos trabalhadores comunitários de saúde, ACS e ACE, o estudo revelou grandes impasses para realização do trabalho articulado entre as categorias e consequentemente entre ACE e atenção primária à saúde. A proximidade do ACS com o território, usuários e comunidades é peça fundamental para o sucesso das suas ações. Entretanto, os ACS enfrentam barreiras como sobrecarga e sobreposição de funções, e não incorporam em seu fazer a vigilância das arboviroses. A figura do ACE é outro fator determinante para a falta de iniciativa e desresponsabilização do ACS, visto que o ACE trabalha especificamente com endemias. Tanto os ACS quanto outros profissionais de saúde revelaram compreender que a função de controle das arboviroses é de responsabilidade dos ACE. Essa é uma postura inadequada frente a um problema de saúde pública de elevada importância epidemiológica na realidade estudada e que exige o envolvimento expressivo de todos os profissionais das equipes de saúde.

Em relação ao ACE, as atividades de vigilância das arboviroses não são cumpridas conforme preconizado. As visitas não são realizadas em tempo oportuno nas residências devido ao baixo número de agentes em campo. Dessa forma, a vinculação do ACE ao território é praticamente inexistente, além de perder a eficácia de seu trabalho pela baixa frequência de retorno aos domicílios. Novas estratégias precisam ser adotadas para a reorganização do processo de trabalho do ACE, sua incorporação às eSF, além de contratação de novos agentes para o trabalho de campo.

O município necessita ainda realizar grandes avanços no sentido da integração de ACS e ACE, como é recomendado na legislação em vigor. Foi possível perceber que não faz parte das propostas dos gestores de saúde realizar atividades de integração do ACE às eSF nem tampouco atribuir aos ACS responsabilidades permanentes de controle das arboviroses. Ao integrar as categorias é necessário organizar os processos de trabalho, esclarecer as funções e tarefas de cada agente e evitar a sobrecarga dos trabalhadores. É necessário ampliar a discussão e debate para o processo de integração, entre gestores, ACS, ACE e demais profissionais de saúde, para compreender as demandas e realidades por eles vivenciadas.

É importante destacar que o controle das arboviroses e do mosquito vetor perpassa por questões para além dos serviços de saúde, como fatores sociais, econômicos e ambientais. Dessa forma, a APS deve atuar junto a outros órgãos de governo, com as comunidades e outros segmentos da sociedade, para promover ações que verdadeiramente alcancem melhores resultados.

Por fim, é necessário que a APS desempenhe maior protagonismo na prevenção e controle das arboviroses, a partir da ampliação do acesso e acompanhamento dos pacientes diagnosticados, bem como o fortalecimento da atuação da ESF, com maior envolvimento comunitário. Para tanto, é necessário fortalecer as condições estruturais da ESF, realizar investimentos em processos de educação permanente, qualificar a governança e a organização do trabalho e a integração com as comunidades.

REFERENCIAS

ALAM, S.; TUNO, N. Reduction of Reproductive Capacity in *Aedes albopictus* (Diptera: Culicidae) in Hot, Dry Summer. **Journal of Medical Entomology**, v. 56, n. 6, p. 1729–1733, 2019.

ALMEIDA, L. S.; COTA, A. L. S.; RODRIGUES, D. F. Saneamento, Arboviroses e Determinantes Ambientais: impactos na saúde urbana. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 25, n. 10, p. 3857–3868, 2020.

ALVES, J. A. et al. Percepção da comunidade sobre suas ações preventivas contra dengue, zika e chikungunya nas cinco regiões do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 32, n. 3, e320312, 2022.

ANDRADE, N. F. et al. Análise das campanhas de prevenção às arboviroses dengue, zika e chikungunya do Ministério da Saúde na perspectiva da educação e comunicação em saúde. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 126, p. 871–880, 2020.

BAHIA. **Boletim Epidemiológico Arboviroses**. Salvador: SESAB, 2023.

BRAGHETTO, G. T. et al. Dificuldades e facilidades do enfermeiro da Saúde da Família no processo de trabalho. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 420–426, 2019.

BRASIL. **Cobertura da Atenção Primária à Saúde no município de Vitória da Conquista, Bahia**. Agosto de 2023a. Acesso em: 27/10/2023. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relCoberturaAPSCadastro.xhtml>

BRASIL, CNES. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**, 2023. Disponível em <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>

BRASIL. **Dengue: Manual de Enfermagem**. 2ªed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Fundamentos do Trabalho do Agente de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. v. 1 *E-book*. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/fundamentos_trabalho_agentes_saude.pdf.

BRASIL. **Guia de Vigilância em Saúde: volume 2**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023b. v. 2 *E-book*. Disponível em: www.saude.gov.br.

BRASIL. **Manual sobre Medidas de Proteção à Saúde dos Agentes de Combate às Endemias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Lei Nº 14.536, De 20 de janeiro de 2023. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, a fim de considerar os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias como profissionais de saúde, com profissões regulamentadas, para a finalidade que especifica. **Diário Oficial da União**, 20 Jan 2023. 2023c. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-

2026/2023/lei/L14536.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2014.536%2C%20DE%20,para%20a%20finalidade%20que%20especifica.>

BRASIL. **Plano de Contingência Nacional para Epidemias de Dengue**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Portaria nº 44, de 03 de janeiro de 2002. Definir as atribuições do Agente Comunitário de Saúde - ACS - na prevenção e no controle da malária e da dengue. **Diário Oficial da União**, 03 Jan 2002. 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0044_03_01_2002.html>

BRASIL. Portaria n. 1.007, de 4 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 União**, Brasília, DF, 4 mai. 2006. Acesso em: 11/10/2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1007_04_05_2010_comp.html#:~:text=Define%20crit%C3%A9rios%20para%20regulamentar%20a,equipes%20de%20Sa%C3%BAde%20da%20Fam%C3%ADlia.

BRASIL. 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. 2017 Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>

BRASIL. **Programa Nacional de Controle da Dengue**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CAREGNATO, F. F. et al. Educação Ambiental como estratégia de prevenção à dengue no bairro do Arquipélago, Porto Alegre, RS, Brasil. **Revista Brasileira de Biociências**, v. 6, n. 2, p. 131–136, 2008.

CAZOLA, L. H. O.; TAMAKI, E. M.; PONTES, E. R. J. C. Incorporação do controle da dengue pelo agente comunitário de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 4, p. 637–645, 2014.

CESARINO, M. B. et al. A difícil interface controle de vetores - Atenção básica: Inserção dos agentes de controle de vetores da dengue junto às equipes de saúde das unidades básicas no município de São José do Rio Preto, SP. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 3, p. 1018–1032, 2014.

CHIARAVALLLOTI NETO, F. C. 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**, v. 22, n. 5, p. 987–997, 2006.

DAVID, H. M. S. L.; MARTELETO, R. M. Almanaque da Dengue: leituras e narrativas de Agentes Comunitários de Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 6, p. 909–915, 2012.

DIAS, Í. K. R. et al. Ações educativas de enfrentamento ao Aedes Aegypti: revisão integrativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 27, n. 1, p. 231–242, 2022.

- DONALISIO, M. R.; FREITAS, A. R. R.; VON ZUBEN, A. P. B. Arboviroses emergentes no Brasil: desafios para a clínica e implicações para a saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 30, 2017.
- DONATELI, C. P. et al. Endemic Disease Control Agents' perception on the fight against *Aedes aegypti* and the prevention of arbovirus infections in Brazil. **PLoS Neglected Tropical Diseases**, v. 13, n. 10, e0007741, 2019.
- EVANGELISTA, J. G. et al. Agentes de Combate às Endemias: construção de identidades profissionais no controle da dengue. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 1, e0017303, 2019.
- FERNANDES, F. M. B.; MOREIRA, M. R. Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na Saúde Coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 511–529, 2013.
- FLICK, U, Introdução à coleção Pesquisa Qualitativa, In: _____ GIBBS, Graham, **Análise de Dados Qualitativos**. Porto Alegre, Artmed, 2009. 198 p.
- FERREIRA, I. T. R. N.; VERAS, M. A. S. M.; SILVA, R. A. Participação da população no controle da dengue: uma análise da sensibilidade dos planos de saúde de municípios do Estado de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 12, p. 2683–2694, 2009.
- GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos**. 1ª Edição. Porto Alegre: Artmed; 2009.
- FRANCO, W. A. et al. Conhecimento dos enfermeiros da atenção primária à saúde sobre arboviroses. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 50–69, 2022.
- FREITAS, D. A.; SOUZA-SANTOS, R.; WAKIMOTO, M. D. Acesso aos serviços de saúde por pacientes com suspeita de dengue na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1507–1516, 2019.
- GARCÍA, G. S. M. et al. Território, doenças negligenciadas e ação de agentes comunitários e de combate a endemias. **Revista de Saúde Pública**, v. 56, 27, 2022.
- GLENTON, C.; JAVADI, D.; PERRY, H. B. Community health workers at the dawn of a new era: 5. Roles and tasks. **Health Research Policy and Systems**, v. 19, Supl. 3, p. 128–144, 2021.
- GOMES, K. W. L. et al. Organização do processo de trabalho no manejo da dengue em uma capital do Nordeste. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 105, p. 561–569, 2015.
- GONÇALVES, R. P. et al. Contribuições recentes sobre conhecimentos, atitudes e práticas da população brasileira acerca da dengue. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 578–593, 2015.
- GUALDI, C. B.; DIEFENBACH, L. M. G.; GOMES, C. S. Análise da Dificuldade de Integração entre Agentes de Controle de Endemias e Agentes Comunitários de Saúde do RS. **Boletim Epidemiológico**, v. 20, n. 3, 2018.
- GUANAES-LORENZI, C.; PINHEIRO, R. L. A (des)valorização do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2537–2546, 2016.

HONÓRIO, N. A. et al. Chikungunya: Uma arbovirose em estabelecimento e expansão no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 5, p. 906–908, 2015.

IBGE. **Características Sociodemográficas do município de Vitória da Conquista**, Bahia. 2021. Acesso em: 02/02/2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/vitoria-da-conquista.html>

IVANCKO, G. M. et al. Estratégia Saúde da Família e Vigilância em Saúde: conhecimento de médicos de família e comunidade sobre Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde Ambiental e Vigilância em Saúde do Trabalhador. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 16, n. 43, 2733, 2021.

LIBANIO, K. R.; FAVORETO, C. A. O.; 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: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 147–163, 2014.

LIMA NETO, A. S. et al. Dengue, Zika e Chikungunya - desafios do controle vetorial frente à ocorrência das três arboviroses - parte II. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 29, n. 4, p. 463–466, 2016.

LUNA, E. J. A.; SILVA JUNIOR, J. B. Doenças transmissíveis, endemias, epidemias e pandemias. In: _____ FIOCRUZ, **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. v 2. p. 123-176.

MATOS, G. C. R.; SILVA, J. M.; SILVEIRA, A. M. Trabalho e saúde: a perspectiva dos agentes de combate a endemias do município de Belo Horizonte, MG. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 45, e15, 2020.

MÉLLO, L. M. B. D.; SANTOS, R. C.; ALBUQUERQUE, P. C. Agentes Comunitárias de Saúde: o que dizem os estudos internacionais? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 28, n. 2, p. 501–520, 2023.

MINAYO, M. C. de S. Análise qualitativa: Teoria, passos e fidedignidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621–626, 2012.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

OLIVEIRA, K. K. F.; CAPRARA, A. Face social do controle do Aedes: em um bairro periférico de Fortaleza, Brasil, as mulheres tomam a palavra. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 24, n. 8, p. 2983–2992, 2019.

OLIVEIRA, M. M.; CASTRO, G. G.; FIGUEIREDO, G. L. A. Agente de Combate às Endemias e o processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 29, n. 3, p. 380–389, 2016.

OPAS. **Documento técnico para a implementação de intervenções baseado em cenários operacionais genéricos para o controle do Aedes aegypti**. Washington, D.C.: OPAS, 2019. *E-book*. Disponível em: www.paho.org.

OPAS/OMS. **Atualização Epidemiológica Dengue, chikungunha e Zika**. Washington, D.C: OPAS/OMS, 2023. *E-book*. Disponível em: <https://opendata.paho.org/es>.

PEREIRA, G. A.; PÍCOLI, R. P.; CAZOLA, L. H. O. Integração do agente de combate às endemias na Estratégia Saúde da Família, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, 2017*. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 1, e2019500, 2021.

PESSOA, J. P. *et al.* Controle da dengue: Os consensos produzidos por Agentes de Combate às Endemias e Agentes Comunitários de Saúde sobre as ações integradas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2329–2338, 2016.

POUPART, J. A entrevista de tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. In:_____ **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. p. 215–253.

QUEIROZ, J. T. M. de; SILVA, P. N.; HELLER, L. Novos pressupostos para o saneamento no controle de arboviroses no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, e00233719, 2020.

QUINTERO, J. *et al.* Ecological, biological and social dimensions of dengue vector breeding in five urban settings of Latin America: A multi-country study. **BMC Infectious Diseases**, v. 14, 38, 2014.

RANGEL-S, M. L. Dengue: educação, comunicação e mobilização na perspectiva do controle - propostas inovadoras. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, n. 25, p. 433–441, 2008.

REIS, C. B.; ANDRADE, S. M. O.; CUNHA, R. V. Aliados do A. Aegypti: fatores contribuintes para a ocorrência do dengue segundo as representações sociais dos profissionais das equipes de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 2, p. 517–526, 2013.

ROSEGHINI, W. F. F. *et al.* Dengue Epidemics in Middle-South of Brazil: Climate Constraints (?) and Some Social Aspects. **Revista Brasileira de Climatologia**, n. 9, p. 94–101, 2011.

SANTOS, S. L.; CABRAL, A. C. S. P.; AUGUSTO, L. G. S. Conhecimento, atitude e prática sobre dengue, seu vetor e ações de controle em uma comunidade urbana do Nordeste. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, Supl. 1, p. 1319–1330, 2011.

SANTOS, F. O.; OLIVEIRA, J. C.; LIMA, S. C. Promoção da saúde, mobilização comunitária e intersetorialidade para o combate ao Aedes aegypti, em Uberlândia, Minas Gerais. **Em Extensão**, v. 15, n. 2, p. 64–75, 2016.

SCHNEIDER, H.; LEHMANN, U. From community health workers to community health systems: Time to widen the horizon? **Health Systems and Reform**, v. 2, n. 2, p. 112-118, 2016.

SILVA, C. M. S. C. *et al.* Análise institucional da vigilância em saúde em um município da região metropolitana de Porto Alegre/RS. **Saúde e Sociedade**, v. 30, n. 1, e190904, 2021.

SILVA, L. B. *et al.* Comunicação sazonal sobre a dengue em grupos socioeducativos na atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 6, p. 1160–1167, 2011.

SILVA, T. L. *et al.* Política Nacional de Atenção Básica 2017: implicações no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 124, p. 58–69, 2020.

SILVA, G. C. S. et al. Relações entre Estratégia Saúde da Família e Vigilância em Saúde na perspectiva de médicos de equipes de saúde da família em Minas Gerais, Brasil: uma análise qualitativa. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 4, e191007, 2020.

SIQUEIRA, A. S. P. et al. ArboAlvo: método de estratificação da receptividade territorial às arboviroses urbanas. **Revista de Saúde Pública**, v. 56, n. 39, 2022.

SOMMERFELD, J.; KROEGER; A. Eco-bio-social research on dengue in Asia: a multicountry study on ecosystem and community-based approaches for the control of dengue vectors in urban and peri-urban Asia. **Pathogens and Global Health**, v. 106, n. 8, 2012.

SOUZA, K. O. C. et al. Acesso, abrangência e resolutividade da atenção básica à saúde no nordeste brasileiro. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, eAPE01076, 2022.

SOUZA, K. R. et al. Saberes e práticas sobre controle do *Aedes aegypti* por diferentes sujeitos sociais na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 5, e00078017, 2018.

STRAUS, A, CORBIN, J, Características dos pesquisadores qualitativos, In: _____ **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**, 2. Ed, Porto Alegre, Artmed, 2008, 288 p.

TAUIL, P. L. Aspectos críticos do controle do dengue no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 3, p. 867–871, 2002.

TEIXEIRA, M. G. et al. Dengue: twenty-five years since reemergence in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, Supl 1, p. S7–S18, 2009.

TEIXEIRA, M. G. et al. Vigilância em Saúde no SUS - construção, efeitos e perspectivas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1811–1818, 2018.

VILLELA, E. F. M.; NATAL, D. Mídia, saúde e poder: um jogo de representações sobre dengue. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 3, p. 1007–1017, 2014.

WALDMAN, E. A.; SATO, A. P. S. Trajetória das doenças infecciosas no Brasil nos últimos 50 anos: um contínuo desafio. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. 68, 2016.

WERMELINGER, E. D.; SALLES, I. C. D. M. O sujeito preventivo das doenças transmitidas pelo *aedes aegypti* nas campanhas publicitárias: Obrigação, culpabilização e álibi para a responsabilidade do poder público. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 4, e280401, 2018.

ZARA, A. L. S. A. et al. Estratégias de controle do *Aedes aegypti*: uma revisão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 2, p. 391–404, 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Roteiro de Entrevista - Equipe de Saúde da Família (médico e enfermeiro)

- Para você, como as condições de vida das comunidades podem influenciar no controle da transmissão das arboviroses (dengue, zika e chikungunya)?
- Embora haja ações de controle, os casos de arboviroses são persistentes. Na sua percepção, o que colabora para este quadro?

Condições estruturais do território

- Você poderia descrever quais as condições gerais de estrutura do bairro do território de abrangência da sua equipe (pavimentação de ruas, terrenos baldios, matagais, etc)?
- Sobre serviços básicos, como se dá a oferta de água, coleta de lixo e esgotamento sanitário no território?
- De maneira geral, você pode comentar sobre a estrutura das casas da sua área (piso, revestimento, condições dos quintais)? Existem formas de armazenamento de água? Quais?
- Você e sua equipe já encontraram focos de *aedes* ou criadouros nas residências ou vias públicas da sua área? Poderia descrever essas situações e o que foi feito?

Resolutividade da Saúde da Família

- Sobre a resolutividade, de que forma a Saúde da Família contribui para a resolutividade dos problemas relacionados às arboviroses?
- Existem ações de controle às arboviroses realizadas pela equipe de saúde da família que você atua? Quais?
- Essas ações envolvem momentos educativos e mobilização da comunidade sobre arboviroses? De que forma?
- Como funciona o processo de identificação e monitoramento de pessoas com sintomas de arboviroses na sua unidade de saúde?
- Qual o fluxo de encaminhamento dos pacientes diagnosticados com arboviroses na rede municipal e estadual de saúde?
- Como ocorre a atuação dos ACS do seu território em relação ao combate direto aos focos do mosquito?
- E sobre os Agentes às Endemias, como ocorre o trabalho deles no seu território? Existe articulação com a EqSF? Pode me falar um pouco a respeito?

Vigilância das arboviroses

- O município possui um plano de combate às arboviroses? Poderia falar um pouco sobre ele?
- Como funciona a realização de exames dos casos suspeitos de dengue e arboviroses na sua unidade? Quais exames estão disponíveis?
- Como você avalia a notificação e investigação de casos arboviroses na sua unidade de saúde? Quais as dificuldades ou entraves para diagnóstico e notificação das arboviroses?
- Você identifica que existem entraves ou dificuldades para realizar ações com maior frequência sobre arboviroses? Quais?

Acesso, adesão e participação da comunidade

- Como se dá o acesso da população às ações e serviços de controle das arboviroses? Você considera que são ações acessíveis para toda população da área? Como?
- Como se dá a participação e envolvimento da comunidade no combate às arboviroses? Quais os principais desafios você considera que existam para acesso e adesão dos usuários à essas ações?
- Para você, a comunidade se sente responsável e assume um papel ativo de prevenir os focos de mosquito da dengue? Pode me falar sobre isso?
- E quais as potencialidades dos indivíduos e da comunidade onde sua equipe atua?
- Existe Conselho Local de Saúde, associação de moradores ou outros movimentos comunitários no seu território? Qual a atuação desses setores para o combate às arboviroses?

Intersetorialidade

- Sobre ações intersetoriais, como tem se desenvolvido as ações voltadas para arboviroses com outros setores (educação, serviço social – CRAS, CREAS)?
- Como você avalia essas ações intersetoriais?

Educação permanente

- Os profissionais da sua equipe são capacitados para o Diagnóstico, Manejo Clínico e Assistência ao Paciente com Dengue e outras arboviroses?
- Quais ações de educação permanente voltadas para arboviroses você participou nos últimos meses?
- Você acredita que essas ações são suficientes para o desenvolvimento do seu trabalho? Por que?

COVID 19

- Como a pandemia da COVID 19 afetou o trabalho da sua equipe de saúde?
- E como afetou a atuação de ACS e ACE?

- Como o quadro da COVID 19 influenciou em relação ao cuidado aos pacientes acometidos por arboviroses?
- Você observa que a pandemia afetou a notificação de arboviroses? Como isso se deu na sua prática?
- Existe mais alguma coisa a respeito das arboviroses que você considera importante relatar?

APÊNDICE B

Roteiro de Entrevista - Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

- Para você, como as condições de vida das comunidades podem influenciar no controle da transmissão das arboviroses (dengue, zika e chikungunya)?
- Embora haja ações de controle, os casos de arboviroses são persistentes. Na sua percepção, o que colabora para este quadro?

Condições estruturais do território

- Você poderia descrever quais as condições gerais de estrutura do (s) bairro (s) do território de abrangência da sua equipe (pavimentação de ruas, terrenos baldios, matagais, etc)?
- Sobre serviços básicos, como se dá a oferta de água, coleta de lixo e esgotamento sanitário no território?
- De maneira geral, você pode comentar sobre a estrutura física das casas da sua área (piso, revestimento, condições dos quintais)? Quais as formas de armazenamento de água?
- Você já encontrou focos de *aedes* ou criadouros nas residências ou vias públicas da sua área? Poderia descrever essas situações e o que foi feito?

Resolutividade da Saúde da Família

- Sobre a resolutividade, de que forma a Saúde da Família contribui para a resolutividade dos problemas relacionados às arboviroses?
- Existem ações de controle às arboviroses realizadas pela equipe de saúde da família que você atua? Quais?
- Essas ações envolvem momentos educativos e mobilização da comunidade sobre arboviroses? De que forma?

Vigilância das arboviroses

- O município possui um plano de combate às arboviroses? Poderia falar um pouco sobre ele?
- Você identifica que existem entraves ou dificuldades para realizar ações com maior frequência sobre arboviroses? Quais?
- Como se dá o processo de identificação e monitoramento de pessoas com sintomas de arboviroses?
- Como você avalia a atuação dos ACE do território onde você atua em relação ao combate direto aos focos do mosquito?

- Como você avalia a notificação e investigação de casos de arboviroses nas unidades de saúde? Quais as dificuldades ou entraves para diagnóstico e notificação das arboviroses?

Acesso, adesão e participação da comunidade

- Como se dá o acesso da população às ações e serviços de controle das arboviroses? Você considera que são ações acessíveis para toda população da área? Como?
- Como você avalia o nível de participação e envolvimento da comunidade no combate às arboviroses?
- Para você, a comunidade se sente responsável e assume um papel ativo de prevenir os focos de mosquito da dengue? Pode me falar sobre isso?
- Quais os principais desafios você considera que existam para acesso e adesão dos usuários à essas ações?
- E quais as potencialidades dos indivíduos e das comunidades onde sua equipe atua?
- Existe Conselho Local de Saúde, associação de moradores ou outros movimentos comunitários nos territórios? Qual a atuação desses setores para o combate às arboviroses?

Processo de trabalho

- De maneira geral, como a comunidade te recebe nos domicílios?
- Quais as facilidades e dificuldades do seu trabalho em relação às visitas domiciliares?
- Durante essas visitas quais são as ações em relação às arboviroses que você desempenha?
- Como você realiza educação em saúde e mobilização para o controle de vetores com a população?
- Como se dá a sua atuação em conjunto com os ACE?
- Na ausência do ACE, você desenvolve ações de controle vetorial? Como se dá essa atuação?
- Ao identificar um paciente com sintomas de arboviroses, como funciona a sua conduta? Você realiza monitoramento do paciente e sua família?

Intersetorialidade

- Sobre ações intersetoriais, como tem se desenvolvido as ações voltadas para arboviroses com outros setores (educação, serviço social – CRAS, CREAS)?
- Como você avalia essas ações intersetoriais?

Educação permanente

- Os profissionais da sua equipe são capacitados para o Diagnóstico, Manejo Clínico e Assistência ao Paciente com Dengue e outras arboviroses? E você se considera capacitado para essas ações?
- Quais ações de educação permanente voltadas para arboviroses você participou nos últimos meses?
- Você acredita que essas ações são suficientes para o desenvolvimento do seu trabalho? Por que?

COVID 19

- Na sua percepção, como a pandemia da COVID-19 afetou o seu trabalho?
- Você observou resistência da comunidade à sua entrada nas residências, mesmo após o início da vacinação? Poderia falar um pouco sobre isso?
- Nesse período, foi necessário realizar inspeção dos quintais para identificação de criadouros? Como se deu esse processo?
- Quais recomendações você passou a dar aos moradores quando foi impedida sua entrada nas residências?
- Você observa que a pandemia afetou o diagnóstico e notificação de arboviroses? Como?
- Existe mais alguma coisa a respeito das arboviroses que você considera importante relatar?

APÊNDICE C

Roteiro de Entrevista - Agentes de Combate às Endemias (ACE)

- Para você, como as condições de vida das comunidades podem influenciar no controle da transmissão das arboviroses (dengue, zika e chikungunya)?
- Embora haja ações de controle, os casos de arboviroses são persistentes. Na sua percepção, o que colabora para este quadro?

Condições estruturais do território

- Você atende bairros de classe social diferentes? Percebe alguma diferença entre eles no que se refere ao foco de dengue? Pode me falar sobre isso?
- Você poderia descrever quais as condições gerais de estrutura do (s) bairro (s) do território de abrangência da sua área (pavimentação de ruas, terrenos baldios, matagais, etc)?
- Sobre serviços básicos, como se dá a oferta de água, coleta de lixo e esgotamento sanitário nos territórios?
- De maneira geral, você pode comentar sobre a estrutura física das casas das áreas que você atende (piso, revestimento, condições dos quintais)? Quais as formas de armazenamento de água?

Resolutividade da Saúde da Família

- Sobre a resolutividade, de que forma a Saúde da Família contribui para a resolutividade dos problemas relacionados às arboviroses?
- Como se dá a sua relação com as equipes de saúde da família? Como você participa das ações das equipes?
- Existem ações e momentos educativos e mobilização da comunidade sobre arboviroses? De que forma?
- Como você avalia a atuação dos ACS do(s) território(s) onde você atua em relação ao combate direto aos focos do mosquito?

Vigilância das arboviroses

- O município possui um plano de combate às arboviroses? Poderia falar um pouco sobre ele?
- Você identifica que existem entraves ou dificuldades para realizar ações com maior frequência sobre arboviroses? Quais?
- Como se dá o processo de identificação e monitoramento de pessoas com sintomas de arboviroses no seu campo de atuação?

- Como você avalia a notificação e investigação de casos de arboviroses nas unidades de saúde? Quais as dificuldades ou entraves para diagnóstico e notificação das arboviroses?

Acesso, adesão e participação da comunidade

- Como se dá o acesso da população às ações e serviços de controle das arboviroses? Você considera que são ações acessíveis para toda população da área? Como?
- Como você avalia o nível de participação e envolvimento da comunidade no combate às arboviroses? Quais os principais desafios você considera que existam para acesso e adesão dos usuários à essas ações?
- Para você, a comunidade se sente responsável e assume um papel ativo de prevenir os focos de mosquito da dengue? Pode me falar sobre isso?
- Quais os principais desafios você considera que existam para acesso e adesão dos usuários à essas ações?
- E quais as potencialidades dos indivíduos e das comunidades onde sua equipe atua?
- Existe Conselho Local de Saúde, associação de moradores ou outros movimentos comunitários no seu território? Qual a atuação desses setores para o combate às arboviroses?

Processo de trabalho

- De maneira geral, como a comunidade te recebe nos domicílios?
- Quais as facilidades e dificuldades do seu trabalho em relação às visitas domiciliares?
- Durante as visitas quais são as ações que você desempenha?
- Como se dá a sua atuação em domicílios fechados e terrenos baldios?
- Em relação às vias públicas, qual o trabalho desempenhado pelos ACE nos ambientes peridomicílio?
- Você poderia descrever o procedimento realizado ao encontrar focos de *aedes* ou criadouros nas residências ou vias públicas das áreas de abrangência?
- Como se dá o processo das ações de campo para pesquisa entomológica? Como é realizado?
- Quais medidas de controle químico dos vetores você utiliza na sua prática? Como você avalia a eficácia dele?
- Na sua prática já existe o uso de medidas biológicas para controle dos vetores? Quais são e como funcionam?
- Como você realiza educação em saúde e mobilização para intervenção no ambiente para o controle de vetores em campo com a população que atende?

- Ao identificar um paciente com sintomas de arboviroses, como funciona a sua conduta? Você realiza monitoramento do paciente e sua família?

Intersetorialidade

- Sobre ações intersetoriais, como tem se desenvolvido as ações voltadas para arboviroses com outros setores (educação, serviço social – CRAS, CREAS)?
- Como você avalia essas ações intersetoriais?

Educação permanente

- Poderia me falar sobre a sua formação e capacitação para o desenvolvimento do seu trabalho?
- Quais ações de educação permanente voltadas para arboviroses você participou nos últimos meses?
- Você acredita que essas ações são suficientes para o desenvolvimento do seu trabalho? Por que?

COVID 19

- Na sua percepção, como a pandemia da COVID-19 afetou o seu trabalho?
- Você observou resistência da comunidade à sua entrada nas residências, mesmo após o início da vacinação? Poderia falar um pouco sobre isso?
- Quais recomendações você passou a dar aos moradores quando foi impedida sua entrada nas residências?
- Nesse período foi necessário realizar inspeção dos quintais para identificação de criadouros? Como se deu esse processo?
- Você observa que a pandemia afetou a notificação de arboviroses? Como?
- No período da pandemia, você conseguiu identificar pacientes acometidos por algumas das arboviroses? Como se deu esse processo?
- Existe mais alguma coisa a respeito das arboviroses que você considera importante relatar?

APÊNDICE D

Roteiro de Entrevista - Gestores de Saúde

- Para você, como as condições de vida das comunidades podem influenciar no controle da transmissão das arboviroses (dengue, zika, e chikungunya)?
- Embora haja ações de controle, os casos de arboviroses são persistentes. Na sua percepção, o que colabora para este quadro?

Condições estruturais do território

- Você poderia descrever quais as condições gerais de estrutura dos bairros do município (pavimentação de ruas, terrenos baldios, matagais, etc)?
- Sobre serviços básicos, como se dá a oferta de água, coleta de lixo e esgotamento sanitário no município?

Resolutividade da Saúde da Família

- Você poderia falar sobre as ações que são desenvolvidas pelo programa municipal de controle de arboviroses nos níveis de domicílio/peridomicílio e de comunidade?
- Para você, como essas ações contribuem para a resolutividade dos problemas relacionados às arboviroses?
- Essas ações envolvem momentos educativos e mobilização da comunidade sobre arboviroses? De que forma?
- Você identifica que existem entraves ou dificuldades para realizar ações com maior frequência sobre arboviroses? Quais?
- Como funciona o processo de identificação e monitoramento de pessoas com sintomas de arboviroses nas unidades de saúde?
- Qual o fluxo de encaminhamento dos pacientes diagnosticados com arboviroses na rede municipal e estadual de saúde?
- Como você avalia a atuação dos ACS do município em relação ao combate direto aos focos do mosquito?
- E sobre as equipes de Agentes de Endemias, como você avalia o trabalho delas no município?

Vigilância das arboviroses

- Como você avalia a notificação de casos arboviroses pelas unidades de saúde na Atenção Primária? Quais as dificuldades ou entraves para diagnóstico e notificação das arboviroses?
- Como se dá o processo de investigação dos casos de arboviroses e a integração entre a Vigilância em Saúde e as equipes de APS?

- Como o município garante a coleta oportuna de exames específicos e inespecíficos em casos suspeitos de dengue e outras arboviroses?
- Como se dão as rotinas e fluxos de encaminhamento dos pacientes diagnosticados com arboviroses na rede municipal e estadual de saúde?
- Como funciona/funcionou a implantação do município Protocolo de Diagnóstico, Manejo Clínico e Assistência ao Paciente com dengue clássico (DC), febre hemorrágica da dengue (FHD) e síndrome do choque da dengue (SCD), de acordo com orientação do Ministério da Saúde?
- Quais os entraves ou dificuldades para realizar ações com maior impacto sobre arboviroses?

Acesso, adesão e participação da comunidade

- Como se dá o acesso da população às ações e serviços de controle das arboviroses? Você considera que são ações acessíveis para toda população da área? Como?
- Quais os principais desafios você considera que existam para acesso e adesão dos usuários à essas ações?
- Para você, a comunidade se sente responsável e assume um papel ativo de prevenir os focos de mosquito da dengue? Pode me falar sobre isso?
- Como você avalia o nível de participação e envolvimento da comunidade no combate as arboviroses?
- Quais os principais desafios você considera que existam para acesso e adesão dos usuários à essas ações?
- E quais as potencialidades do envolvimento indivíduos e das comunidades?
- Existe Conselho Local de Saúde, associação de moradores ou outros movimentos comunitários nos territórios? Qual a atuação desses setores para o combate às arboviroses?
- Qual a atuação do Conselho Municipal de Saúde em relação às arboviroses?

Intersetorialidade

- Sobre ações intersetoriais, como a gestão tem desenvolvido pactuações voltadas para arboviroses com outros setores (educação, serviço social – CRAS, CREAS)?
- Como se dá as parcerias com o setor privado (empresas, indústrias, órgãos de comunicação, construtoras, comércio etc.) para a disseminação de informações sobre as doenças?
- Como você avalia essas ações intersetoriais?

- Em relação especificamente à Educação, existe o desenvolvimento de ações nas escolas públicas e privadas sobre as arboviroses, levando em conta o Programa Saúde na Escola?
- O município possui Comitê Gestor Intersetorial, sob coordenação da secretaria municipal de saúde, com representantes das áreas do município que tenham interface com o problema dengue? Pode me falar a respeito?
- Como são realizadas ações de educação em saúde em colaboração com outros setores no município?

Educação permanente

- Os profissionais das equipes de saúde da família são capacitados para o Diagnóstico, Manejo Clínico e Assistência ao Paciente com Dengue e outras arboviroses?
- Quais as ações de educação permanente voltadas para o tema das arboviroses foram promovidas aos profissionais de saúde nos últimos meses?
- Você acredita que essas ações são suficientes para o desenvolvimento do trabalho das equipes de saúde? Por que?

COVID 19

- Na sua percepção, como a pandemia da COVID 19 afetou o trabalho das equipes de saúde na Atenção Primária?
- E como afetou a atuação de ACS e ACE?
- Você observa que a pandemia afetou a notificação e investigação de arboviroses? Como?
- Existe mais alguma coisa a respeito das arboviroses que você considera importante relatar?

APÊNDICE E

Roteiro de Entrevista - Usuários

- Para você, as condições de vida das comunidades (a alimentação, a moradia, o saneamento básico, a educação, o transporte) podem influenciar na transmissão das arboviroses (dengue, zika e chikungunya)? Como?
- Mesmo com prevenção e cuidado ainda existem muitos casos de dengue e outras arboviroses. Em sua opinião, por que isso acontece?

Condições estruturais do bairro e da residência

- De maneira geral, como são as ruas da comunidade em que você mora? As casas são muito próximas umas das outras, tem calçamento nas ruas, existem terrenos baldios?
- Como é o cuidado da área externa e interna da sua casa? Como é a organização do quintal?
- Na sua casa você costuma limpar e eliminar possíveis focos de mosquito da dengue? Como você faz isso?
- Você já encontrou focos do mosquito da dengue (larvas) ou mosquitos adultos na sua casa? Como lidou com a situação?
- E sobre o abastecimento de água, como a água chega à sua casa e na comunidade? Sua casa tem água encanada? É necessário armazenar a água? Como ocorre esse armazenamento?
- Para você, como a oferta de água diariamente influencia no aumento do mosquito da dengue?

Conhecimento sobre arboviroses

- Você sabe identificar os sintomas de dengue? Poderia falar quais são?
- Se você ou alguma pessoa na sua família apresenta sintomas de dengue qual atitude você toma? Qual serviço você procura? Por que esse serviço?
- Em sua opinião saber como se transmite, saber lidar com o mosquito da dengue e quais os sintomas influencia na prevenção da dengue e as outras doenças?

Vigilância das arboviroses

- Para você de quem é o papel de prevenir os focos de mosquito da dengue? Por que?
- Você poderia falar sobre as atividades que a equipe da saúde (Enfermeiro, Agente de Saúde, Agente de Endemias) faz para o controle do mosquito da dengue na sua comunidade?
- Você já participou de alguma atividade de combate à dengue na sua comunidade?

- Em sua opinião, como essas ações têm ajudado na solução dos problemas relacionados a este tema na sua comunidade?

Acesso, adesão e participação da comunidade

- Para você qual a importância da participação das pessoas e da comunidade no controle da dengue e das arboviroses e como isso pode ser feito?
- Na sua comunidade existe Conselho Local de Saúde, associação de moradores ou outros movimentos comunitários? Qual a atuação desses setores para o combate à dengue? Você participa de algum desses?
- Existe algum ponto em que a participação da comunidade tenha que melhorar no contexto do mosquito da dengue e das arboviroses? Qual (is)?

COVID-19

- Para você como a pandemia da COVID-19 afetou o controle do mosquito da dengue e das arboviroses (pelos profissionais de saúde e pela comunidade)?
- Após a pandemia o que mudou no trabalho dos agentes de saúde e agentes de endemias?
- O seu cuidado com sua casa precisou ser modificado por conta das mudanças do atendimento da equipe de saúde?
- Existe mais alguma coisa sobre as arboviroses que você queira falar?

APÊNDICE F

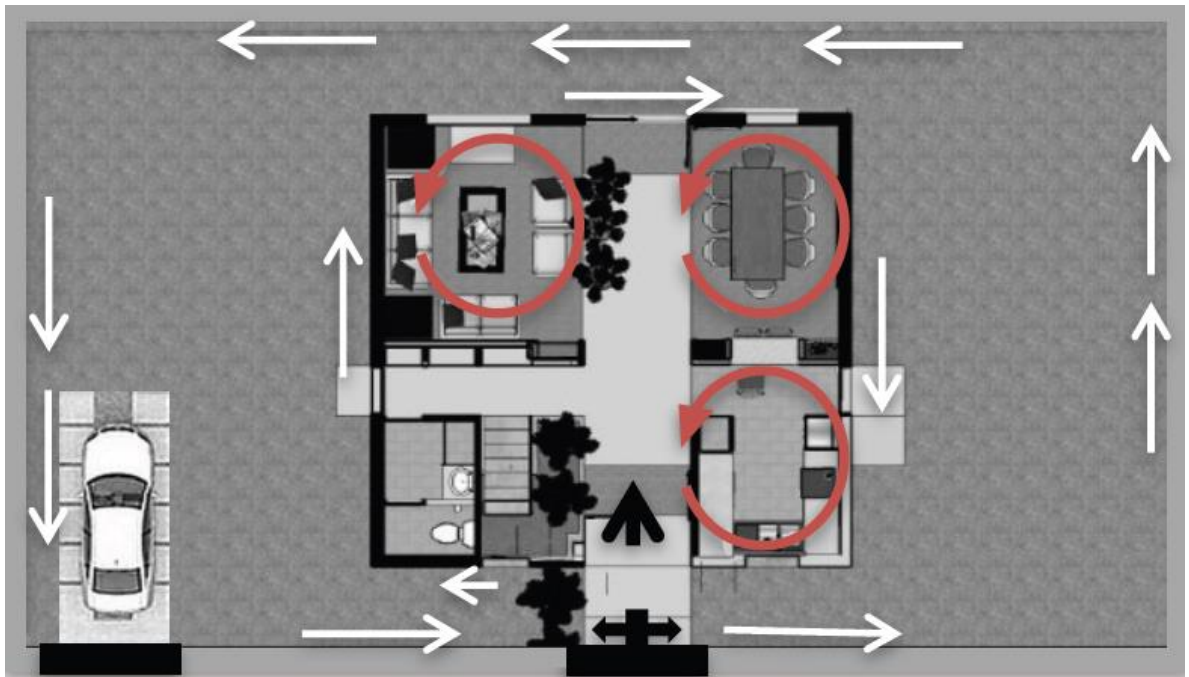
Roteiro de Observação Participante

Procedimento para observação da moradia

Na casa selecionada, explicar o motivo da visita, caso o acesso não seja permitido, ir para a próxima casa. É necessário que a equipe utilize um crachá de identificação. Registrar os dados no roteiro durante a observação e não no final.

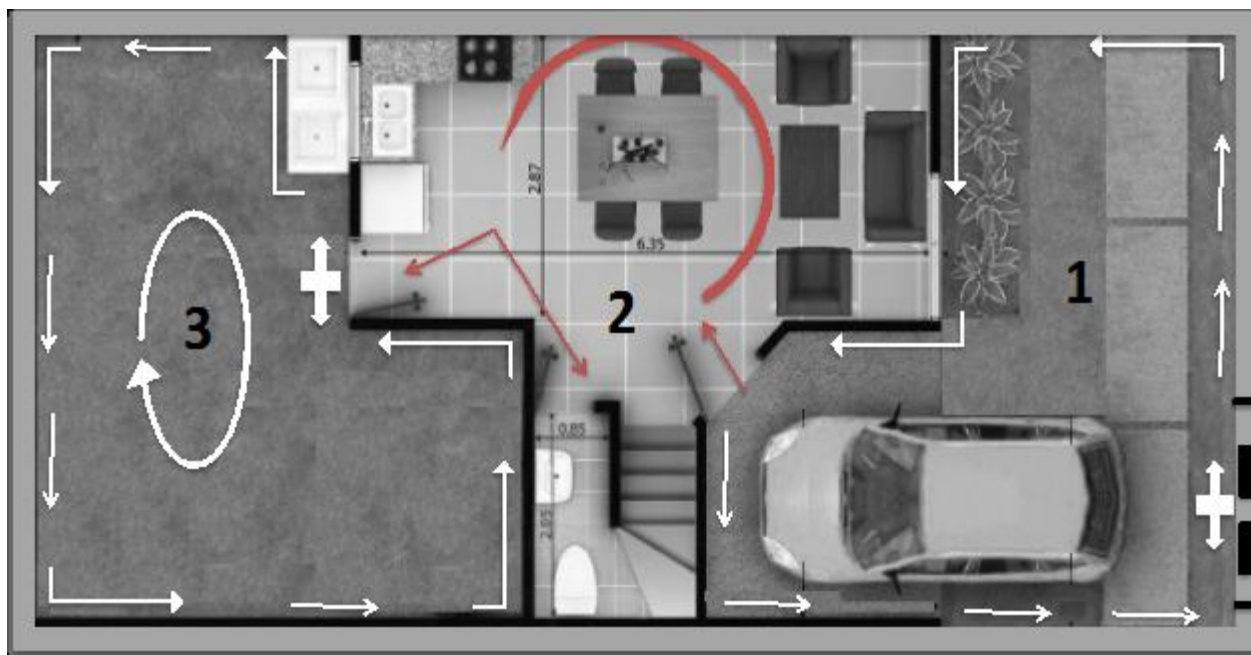
Rota de observação

Tipo 1. Inicie uma revisão ordenada e uniforme do pátio, da esquerda para a direita ou vice-versa. Posteriormente verifique o centro do pátio e na direção oposta.



Tipo 1. Moradia com localização central na propriedade e logradouro envolvente

Tipo 2. Neste caso, a revisão ocorrerá em três etapas conforme mostra a figura correspondente. É importante seguir a sequência indicada e considerar o tamanho das casas com grandes pátios ou solares, pois estes podem ser seccionados para uma melhor exploração.



Tipo 2. Casa central com divisão de quintal frontal e traseiro

Observar e anotar aspectos da (s):

1. Vias públicas – Ruas
 - Apresenta (asfalto ou pavimento – íntegros ou esburacados, poças de água, lixo próximo, terreno baldio, calçadas – íntegras ou esburacadas, esgoto a céu aberto)
2. Entrada da casa
 - Apresenta (muro alto ou baixo, cerca, portão).
3. Área da frente
 - Apresenta (garagem, automóveis, brinquedos, objetos descartados, pneus, plantas em caqueiros, vegetação, plantação).
4. Laterais (corredores)
 - Apresenta (calha, baldes, outros reservatórios de água, brinquedos, objetos descartados, pneus, plantas).
5. Quintal
 - Apresenta (caixas d'água – tampadas ou não, baldes, outros reservatórios de água, brinquedos, objetos descartados, pneus, plantas em caqueiros, vegetação, plantação, árvores).
6. Interior da casa
 - Paredes – pintadas, pintura descascando, apresentam buracos.
 - Teto - íntegro, mofado, aberturas, buracos.
 - Piso – íntegro, rachado, cimentado, com buracos.
 - Janelas – presença em todos os cômodos, apresentam telas.
7. Banheiro

- Apresenta (reservatórios de água, torneiras pingando)
8. Cozinha
- Apresenta (reservatórios de água, torneiras pingando)
9. Animais
- Presença de animais (cães, gatos, aves – aparentam ser saudáveis ou não)

APÊNDICE G

Questionário de Condição de Habitação/Moradia

Bloco A. Informações do Domicílio

A1. Este domicílio é do tipo:

1. Casa
2. Apartamento
3. Habitação em casa de cômodos, cortiço ou cabeça-de-porco

A2. Qual o material que predomina na construção das paredes externas deste domicílio?

1. Alvenaria com revestimento
2. Alvenaria sem revestimento
3. Madeira apropriada para construção
4. Taipa não revestida
5. Madeira aproveitada
6. Palha
7. Outro. _____

A3. Qual o material que predomina na cobertura (telhado) do domicílio?

1. Telha
2. Laje de concreto
3. Madeira apropriada para construção
4. Zinco ou chapa metálica
5. Madeira aproveitada
6. Palha
7. Outro. _____

A4. Qual o material que predomina no piso do domicílio?

1. Carpete
2. Cerâmica, lajota ou pedra
3. Tacos ou tábua corrida
4. Cimento
5. Madeira aproveitada
6. Terra

A6. Com que frequência a água proveniente da rede geral está habitualmente disponível para este domicílio?

1. Diariamente
2. Pelo menos uma vez por semana
3. Menos que uma vez por semana

A7. Este domicílio tem água canalizada para pelo menos um cômodo?

1. Sim
2. Não

A8. Além da principal, que outra forma de abastecimento de água é utilizada neste domicílio?

1. Nenhuma
2. Rede geral de distribuição
3. Poço ou nascente na propriedade
4. Poço ou nascente fora da propriedade
5. Carro-pipa
6. Água da chuva armazenada em cisterna
7. Água da chuva armazenada de outro modo
8. Rios, lagos e igarapés
9. Outro. _____

A9. A água utilizada para beber neste domicílio é:

1. Filtrada
2. Fervida
3. Tratada de outra forma no domicílio _____

A 10. Qual o número de cômodos no seu domicílio, incluindo banheiro(s) e cozinha(s)?

_____ cômodos.

A11. Quantos cômodos estão servindo permanentemente de dormitório para os moradores deste domicílio?

_____ cômodos.

A12. O seu domicílio tem cozinha?

1. Sim
2. Não

A13. O fogão deste domicílio utiliza predominantemente:

1. Gás de botijão

7. () Outro. _____

A5. Qual é a principal forma de abastecimento de água deste domicílio?

1. () Rede geral de distribuição
2. () Poço ou nascente na propriedade
3. () Poço ou nascente fora da propriedade
4. () Carro-pipa
5. () Água da chuva armazenada em cisterna
6. () Água da chuva armazenada de outro modo
7. () Rios, lagos e igarapés
8. () Outro. _____

2. () Gás canalizado

3. () Lenha

4. () Carvão

5. () Energia elétrica

6. () Outro. _____

7. () Não tem fogão

A14. Quantos banheiros ou sanitários de uso exclusivo dos moradores existem neste domicílio?
_____ banheiros.

A15. De que forma é feito o escoadouro dos banheiros ou sanitários?

1. () Rede geral de esgoto ou pluvial
2. () Fossa séptica
3. () Fossa rudimentar
4. () Vala
5. () Direto para rio, lago ou mar
6. () Outro. _____

A16. Qual o destino dado ao lixo?

1. () Coletado diretamente por serviço de limpeza
2. () Coletado em caçamba de serviço de limpeza
3. () É queimado na propriedade
4. () É enterrado na propriedade
5. () Jogado em terreno baldio ou logradouro
6. () Jogado em rio, lago ou mar
7. () Outro. _____

A17. Qual a origem da energia elétrica utilizada neste domicílio?

1. () Rede geral
2. () Outra origem (gerador, placa solar, eólica etc.)
3. () Não tem energia elétrica

A18. Neste domicílio existe:

a. Televisão em cores?

1. () Sim
2. () Não

b. Geladeira?

1. () Sim
2. () Não

c. Vídeo/DVD?

1. () Sim
2. () Não

d. Máquina de lavar roupa?

1. () Sim
2. () Não

e. Telefone fixo?

1. () Sim
2. () Não

f. Telefone celular?

1. () Sim
2. () Não

g. Forno micro-ondas?

1. () Sim

A19. Os moradores têm acesso a internet no domicílio?

1. () Sim
2. () Não

A20. Quantos carros tem este domicílio?

_____ carros.
0 para nenhum

A21. Em seu domicílio, trabalha algum (a) empregado(a) doméstico(a) mensalista?

1. () Sim
2. () Não

A22. Em seu domicílio, há algum cachorro, gato, ave ou peixe?

1. () Sim
2. () Não

A23. Quantos destes animais há no seu domicílio?

1. _____ gatos
 2. _____ cachorros
 3. _____ aves
 4. _____ peixes
- 0 para nenhum

A24. Nos últimos 12 meses, os gatos e os cachorros foram vacinados contra raiva?

1. () Sim, todos
2. () Não, nem todos
3. () Nenhum deles

Bloco B. Informações sobre o bairro/ vizinhança

B1. Considerando o trecho da rua deste domicílio, o (a) Sr.(a) diria que a rua é:

1. () Asfaltada em boas condições
2. () Asfaltada em más condições
3. () Pavimentada (paralelepípedos) em boas condições
4. () Pavimentada (paralelepípedos) em más condições
5. () Terra/cascalho
6. () Outro. _____
7. () Não sabe / não respondeu

B2. Nesta rua existe calçada para trânsito de pedestres?

1. () Sim
2. () Não
3. () Não sabe / não respondeu

2. () Não

h. Computador?

1. () Sim

2. () Não

i. Motocicleta?

1. () Sim

2. () Não

B3. Se sim, qual a condição das calçadas?

1. () Cimentada, em boas condições

2. () Cimentada em más condições

4. () Outro. _____

5. () Não sabe / não respondeu

B3. Nesta rua há facilidade para formação de poças (calçada, rua)?

1. () Sim

2. () Não

3. () Não sabe / não respondeu

<p>B4. Nesta rua há presença de esgoto a céu aberto?</p> <p>1. () Sim 2. () Não 3. () Não sabe / não respondeu</p> <p>B5. Existem terrenos baldios próximos a este domicílio? (Considerando uma distância de 5 terrenos à direita ou à esquerda do domicílio).</p> <p>1. () Sim 2. () Não 3. () Não sabe / não respondeu</p> <p>B6. Existem locais de depósito de lixo a céu aberto (lixão, terrenos baldios) nesta rua?</p> <p>1. () Sim 2. () Não 3. () Não sabe / não respondeu</p> <p>B7. O (a) Sr.(a) percebe acúmulo de lixo nas vias públicas da sua rua?</p> <p>1. () Sim 2. () Não 3. () Não sabe / não respondeu</p> <p>B8. Existem lagos ou lagoas nas proximidades da sua rua?</p> <p>1. () Sim 2. () Não 3. () Não sabe / não respondeu</p> <p>B9. Em dias de chuva, a água se acumula nas vias públicas da sua rua?</p> <p>1. () Sim 2. () Não 3. () Não sabe / não respondeu</p>	<p>Bloco C. Visitas domiciliares de Equipe de Saúde da Família e Agentes de Endemias</p> <p>C1. O seu domicílio está cadastrado na unidade de saúde da família?</p> <p>1. () Sim 2. () Não 3. () Não sabe</p> <p>C2. Quando o seu domicílio foi cadastrado?</p> <p>1. () Há menos de 2 meses 2. () De 2 a menos de 6 meses 3. () De 6 meses a menos de um ano 4. () Há um ano ou mais</p> <p>C3. Nos últimos 12 meses, com que frequência o seu domicílio recebeu uma visita de algum Agente Comunitário ou algum membro da Equipe de Saúde da Família?</p> <p>1. () Mensalmente 2. () A cada 2 meses 3. () De 2 a 4 vezes 4. () Uma vez 5. () Nunca recebeu</p> <p>C4. Nos últimos 12 meses, com que frequência o seu domicílio recebeu uma visita de algum agente de endemias (como a dengue, por exemplo)?</p> <p>1. () Mensalmente 2. () A cada 2 meses 3. () De 2 a 4 vezes 4. () Uma vez 5. () Nunca recebeu</p>
---	---

APÊNDICE H

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr.(a) para participar da pesquisa intitulada “DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE NA DISSEMINAÇÃO E PREVENÇÃO DAS ARBOVIROSES”. Nessa pesquisa, nós pretendemos analisar a influência dos determinantes sociais em saúde na ocorrência das arboviroses (Dengue, Zika e Chikungunya) no município de Vitória da Conquista - Bahia e também identificar como as dimensões sociais, econômicas e culturais podem interferir no controle dos vetores (*Aedes aegypti* e *A. albopictus*). A fim de subsidiar a pesquisa, serão realizadas observações em algumas áreas de elevada incidência das arboviroses (Dengue, Zika e Chikungunya). Nós também realizamos entrevistas com profissionais da Atenção Primária à Saúde (médicos, enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde), Agentes de Combate às Endemias, gestores da saúde (secretários e coordenadores de saúde) e usuários do SUS. Assim, gostaria de contar com a sua colaboração em fazer parte dessa pesquisa permitindo-me entrevistá-lo(a). Nesta entrevista o senhor será perguntado sobre questões relacionadas ao controle e prevenção da Dengue, Zika e Chikungunya, bem como as ações desenvolvidas pelos serviços de saúde para o controle das doenças. A entrevista será uma conversa privada, em local reservado para o Sr. (a) se sentir à vontade e terá duração máxima de uma hora. Essa entrevista deverá ser gravada para procedermos com a transcrição e análise. É garantido ao senhor (a) total privacidade, o seu nome não será identificado e nenhuma informação pessoal do senhor será divulgada. As informações prestadas pelo (a) Sr. (a) serão utilizadas exclusivamente para fins científicos e subsidiarão a elaboração de trabalhos para a apresentação em congressos e revistas científicas. Também é assegurada a sua integridade física, psíquica, intelectual, social, cultural e espiritual. Para tanto, solicito sua autorização para gravação da entrevista. A pesquisa apresenta riscos mínimos que dizem respeito a possíveis desconfortos em responder as questões apresentadas, mas nesse caso, nos comprometemos a interromper a entrevista caso não se sinta confortável. Caso deseje, também, podemos esclarecer suas dúvidas novamente antes ou durante a realização da pesquisa. Garantimos que não haverá despesas para o (a) Sr. (a) por conta desta pesquisa. Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento o (a) Sr. (a) poderá desistir de participar e retirar seu consentimento, sem nenhum prejuízo ou penalidade com relação ao pesquisador ou com a Instituição (UFBA). Como a sua participação é voluntária, o Sr. (a) não receberá nenhum pagamento ou recompensa direta. Contudo, as informações prestadas pelo Sr. (a) poderão

beneficiar na ampliação de conhecimento sobre a prevenção e controle da Dengue, Zika e Chikungunya e os resultados poderão contribuir para melhoria do Sistema Único de Saúde (SUS). As informações obtidas nessa pesquisa serão confidenciais, guardadas pelos pesquisadores por cinco anos, sob responsabilidade do pesquisador-responsável.

Caso haja necessidade de outros esclarecimentos, o (a) Sr.(a) poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, prof. Dr. José Patrício Bispo Júnior, por meio do telefone (77) 3429-2709. Além disso, o (a) Sr. (a) poderá nos procurar no seguinte endereço: Universidade Federal da Bahia – Campus Anísio Teixeira - Rua Hormindo Barros, 58 - Candeias, Vitória da Conquista - BA, CEP - 45029-094. O (a) Sr. (a) poderá ainda entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFBA/IMS-CAT situada no mesmo endereço.

Caso o (a) Sr.(a) concorde em participar da pesquisa, por sua livre vontade, deverá assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. Essas vias serão também assinadas pelo pesquisador responsável e ficarão uma cópia com o Sr. (a) e outra com a equipe da pesquisa.

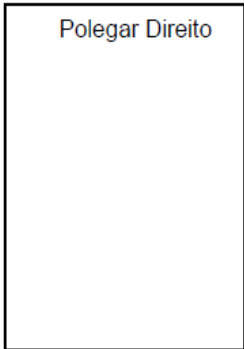
Vitória da Conquista - BA, _____ de _____ de 2022.

José Patrício Bispo Júnior
Pesquisador Responsável

Declaro que entendi os objetivos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Participante

Polegar Direito



APÊNDICE I

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS

Eu _____, CPF _____, RG _____,

depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, os pesquisadores (José Patrício Bispo Junior e Talita Farias Correia) do projeto de pesquisa intitulado “(DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE NA DISSEMINAÇÃO E PREVENÇÃO DAS ARBOVIROSES)” a realizar as fotos que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos (seus respectivos negativos) e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei N.º 8.069/ 1990), dos idosos (Estatuto do Idoso, Lei N.º 10.741/2003) e das pessoas com deficiência (Decreto N.º 3.298/1999, alterado pelo Decreto N.º 5.296/2004).

Vitória da Conquista - BA, ___ de _____ de ____

Participante da pesquisa

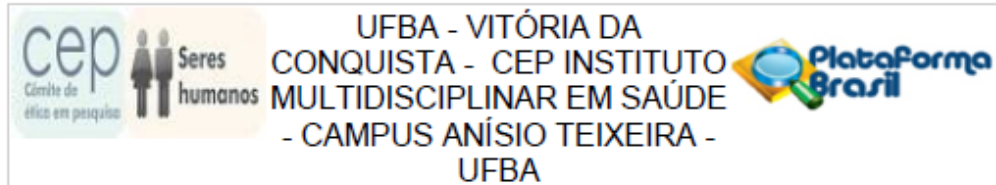
Pesquisador responsável pelo projeto

Impressão do dedo polegar caso não saiba assinar.



ANEXOS

ANEXO A Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa UFBA-IMS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Determinantes Sociais da Saúde na disseminação e prevenção das arboviroses

Pesquisador: José Patrício Bispo Júnior

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 55487622.8.0000.5556

Instituição Proponente: Instituto Multidisciplinar em Saúde-Campus Anísio Teixeira

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.362.249

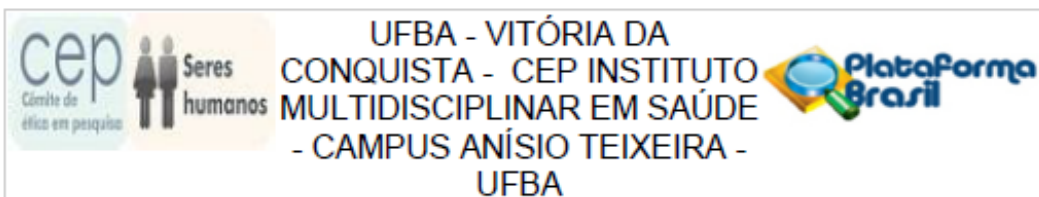
Apresentação do Projeto:

O projeto intitulado "Determinantes Sociais da Saúde na disseminação e prevenção das arboviroses" visa analisar a influência de fatores sociais, sanitários, comunitários e individuais na ocorrência das arboviroses Dengue, Chikungunya e Zika em municípios de diferentes portes populacionais. As arboviroses como dengue (DENV), chikungunya (CHIKV) e zika (ZIKV) transmitidas principalmente pelos mosquitos *Aedes aegypti* e *A. albopictus*, são problemas de saúde pública em várias regiões do mundo. O vírus da dengue continua impondo a carga de doença global mais elevada: é endêmico em mais de 30 países, e estima-se causar de 13 a 53 milhões de casos anualmente, com uma taxa de letalidade de 1,2%. (OPAS, 2019) No Brasil, a dengue é a doença de maior importância epidemiológica, observada de forma praticamente contínua no país desde a década de 1980, com identificação dos 4 sorotipos virais em circulação e aumento importante de incidência e óbitos a partir do ano de 2004 (AVELINO-SILVA; RAMOS, 2017; TEIXEIRA et al., 2009).

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa multidimensional, com componentes qualitativos e quantitativos. Serão realizados estudos de casos múltiplos com níveis de análise imbricados (YIN, 2015), em municípios de diferentes portes populacionais do estado da Bahia. Foi adotada a classificação

Endereço: Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58. Bairro Candelas. 1º andar - Prédio administrativo
Bairro: CANDEIAS **CEP:** 45.029-094
UF: BA **Município:** VITORIA DA CONQUISTA
Telefone: (77)3429-2720 **E-mail:** cepims@ufba.br



Continuação do Parecer: 5.362.249

utilizada por Calvo, et al. (2016) que considera: pequeno porte, até 25 mil habitantes; médio porte, entre 25 mil e 100 mil habitantes; e grande porte, maior que 100 mil habitantes (CALVO et al., 2016). Foram selecionados Tremedal, Poções e Vitória da Conquista.

Serão utilizadas fontes de informações primárias e secundárias. As informações primárias serão obtidas por meio de entrevistas semiestruturadas com informantes chave e observação de campo. As informações secundárias se constituirão de análise documental e de dados sobre a incidência dos casos, os índices de infestação predial e ações dos profissionais de saúde. As entrevistas serão guiadas por roteiro e envolverão cinco grupos de participantes: (1) Médicos e Enfermeiros das EqSF; (2) Agentes Comunitários de Saúde - ACS; (3) Agentes de Combate às Endemias - ACE; (4) Gestores em Saúde (secretário municipal de saúde, coordenador da vigilância epidemiológica e coordenador da atenção básica, coordenador regional de saúde); (5) usuários. As entrevistas serão gravadas em aparelho de áudio digital para posterior transcrição e análise. Neste estudo, serão observadas as condições sócio sanitárias de clusters selecionados nas áreas de maior incidência de casos em cada um dos municípios. A observação envolverá as condições estruturais do bairro, das vias públicas e de domicílios selecionados e será guiada por um roteiro de observação. Será também aplicado um instrumento de avaliação das condições de moradia. Além dos instrumentos específicos, será utilizado o diário de campo para o registro das impressões e situações vivenciadas pela equipe de pesquisa (FERNANDES; MOREIRA, 2013). Os territórios de investigação e os participantes do estudo serão selecionados a partir de agregados em três níveis. O primeiro nível constitui-se no território de abrangência das equipes de saúde família. Em cada município, serão selecionadas duas equipes de saúde da família as quais os territórios apresentam maiores incidências de casos e/ou maiores índices de infestação predial. O segundo nível se constituirá de clusters pertencentes às áreas de abrangência das equipes. Um cluster é definido como área geográfica que incorpora até 100 domicílios e incorpora pequenos comerciais e espaços públicos (QUINTERO et al., 2014). A partir do mapa de territorialização de cada EqSF, serão divididos os clusters e aleatoriamente sorteados quatro clusters de cada território, perfazendo oito clusters selecionados em cada município. Para o sorteio dos clusters será considerada a separação mínima de 500 metros de distância para evitar contaminação cruzada do *Aedes Aegypti* entre os clusters (QUINTERO et al., 2014) e possibilitar a identificação mais

Endereço: Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58. Bairro Candelas. 1º andar - Prédio administrativo
Bairro: CANDEIAS CEP: 45.029-094
UF: BA Município: VITORIA DA CONQUISTA
Telefone: (77)3429-2720 E-mail: cepims@ufba.br

Página 02 de 07

Continuação do Parecer: 5.362.249

abrangente das condições sócio sanitárias do território. O terceiro nível diz respeito à unidade domiciliar. Em cada cluster serão sorteados aleatoriamente dois domicílios, totalizando 16 unidades em cada município. Para análise da influência dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) sobre a ocorrência das arboviroses será utilizada uma matriz analítica composta por três dimensões: Determinantes sociais e ambientais; Determinantes do sistema de saúde; Determinantes individuais e comunitários. A referida matriz foi desenvolvida a partir dos constructos teóricos sobre os determinantes sociais da saúde (MARMOT, 2020) e as ações e políticas para o enfrentamento das arboviroses (ARAUZ et al., 2015; CAPRARA et al., 2015; DICKIN; SCHUSTER-WALLACE, 2014; SPIEGEL; BREILH; YASSI, 2015).

CRITÉRIO DE INCLUSÃO

Como trata-se de amostra por conveniência, os critérios de inclusão e exclusão foram estabelecidos em função da posição que os participantes ocupam na rede de atenção à saúde. No grupo dos gestores serão incluídos os policymakers diretamente responsáveis pela condução das ações de controle das arboviroses nos municípios: secretário municipal de saúde, coordenador da vigilância epidemiológica e coordenador da atenção básica. Este grupo também envolverá o coordenador regional de saúde. No segmento dos profissionais de saúde, a seleção dos participantes se dará entre os profissionais das EqSF selecionadas. Assim, serão entrevistados os médicos e enfermeiros das duas EqSF de cada cidade. Entre os agentes de saúde, serão selecionados por sorteio dois ACS de cada EqSF participante e dois ACE que atuam no território das referidas equipes. Para o grupo dos usuários, serão selecionados por sorteio dois por equipe, o que totaliza quatro usuários em cada município. Os critérios de inclusão envolverão: usuários com mais de 18 anos cujo domicílio foi encontrado criadouros de *Aedes Aegypti*.

CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

Os critérios de exclusão para gestores e profissionais de saúde serão possuir menos de quatro meses de trabalho na função ou eSF selecionada ou estar afastado nas atividades de campo. Para os usuários, como o critério de exclusão adotar-se-á ser morador do bairro há menos de 4 meses.

Endereço: Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58, Bairro Candéias. 1º andar - Prédio administrativo
Bairro: CANDEIAS **CEP:** 45.029-094
UF: BA **Município:** VITÓRIA DA CONQUISTA
Telefone: (77)3429-2720 **E-mail:** cepims@ufba.br

Continuação do Parecer: 5.362.249

ANÁLISE DE DADOS

Os produtos das gravações das entrevistas e da observação participante serão transcritos e categorizados com o uso da Técnica de Análise de Conteúdo Temática proposta por Gibbs (2009). Os textos transcritos serão 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 trechos, serão definidas as categorias temáticas de acordo com as dimensões da matriz de análise.

Em relação aos dados quantitativos coletados a partir do instrumento de avaliação das condições de moradia, será realizada análise estatística descritiva das variáveis por meio de frequências absolutas, relativas e respectivos Intervalos de Confiança 95% (IC95%). Serão observadas variáveis socioeconômicas, condições de habitação coletivas e individuais e a atuação da equipe de saúde na comunidade e residências em relação às arboviroses. Será utilizado para a análise dos dados o programa Stata®, versão 15.0.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a influência de fatores sociais, sanitários, comunitários e individuais na ocorrência das arboviroses Dengue, Chikungunya e Zika em municípios de diferentes portes populacionais.

Objetivo Secundário:

Caracterizar os determinantes sociais em saúde que influenciam no desenvolvimento das arboviroses Dengue, Chikungunya e Zika.

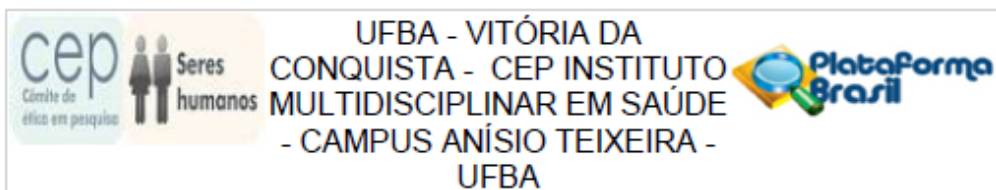
Caracterizar fatores sociodemográficos, comportamentais e sanitários em comunidades com elevada incidência de arboviroses.

Identificar desafios e potencialidades da integração do trabalho entre Equipes de Saúde da Família e Vigilância à Saúde no combate as arboviroses.

Analisar a atuação dos Agentes de Combate às Endemias e Agentes Comunitários de Saúde no considerando as características da identidade profissional, processo de trabalho e formação profissional.

Analisar o desempenho das ações de controle das arboviroses no contexto da pandemia da COVID-19.

Endereço: Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58. Bairro Candelas. 1º andar - Prédio administrativo
Bairro: CANDEIAS **CEP:** 45.029-094
UF: BA **Município:** VITORIA DA CONQUISTA
Telefone: (77)3429-2720 **E-mail:** cepims@ufba.br



Continuação do Parecer: 5.362.249

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores, a pesquisa apresenta riscos mínimos que dizem respeito a possíveis desconfortos em responder as questões apresentadas. Nestes casos, os pesquisadores se comprometem a interromper a entrevista caso o participante não se sinta confortável.

Em relação aos benefícios, os pesquisadores informam que é imprescindível a realização de estudos empíricos que além de caracterizar a magnitude das doenças causadas pelos arbovírus, possibilitem aprofundar o conhecimento sobre a determinação social desses agravos. Desse modo, conhecimentos mais abrangentes sobre as arboviroses poderão orientar a estruturação de políticas públicas de saúde e de outras áreas e contribuir para amenizar os índices endêmicos e para superar desigualdades sociais persistentes. Os conhecimentos produzidos com o estudo contribuirão para superar uma lacuna na literatura nacional e internacional referente a influência dos determinantes sociais sobre as arboviroses. Na perspectiva social, os achados poderão auxiliar o poder público e as comunidades para melhor compreensão e para o desenvolvimento de ações sociais e políticas que afetam a qualidade de vida das comunidades.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto possui temática com relevância científica e social. A abordagem do objeto de estudo apresenta clareza, objetividade, concisão, fundamentação científica pertinente e atualizada. Os pesquisadores fizeram as seguintes modificações:

1. Foi acrescentada numeração nas páginas do TCLE;
2. Foi elaborado TCLE específico para usuários; profissionais e gestores, com linguagem adequada aos diferentes participantes do estudo;
3. Foi descrito de forma mais clara o endereço e contato telefônico dos pesquisadores e do CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto apresenta todos os documentos necessários para apresentação ao Comitê de Ética

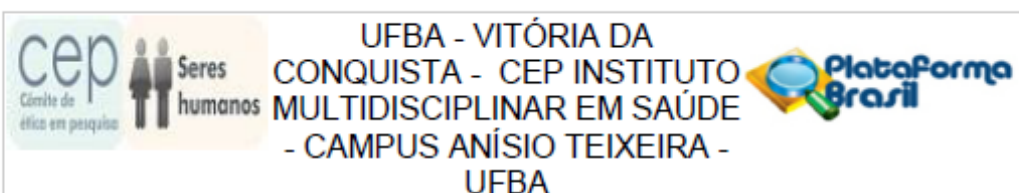
Recomendações:

As inadequações apontadas em parecer anterior foram devidamente corrigidas, conforme solicitação desse CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não havendo mais pendências a serem sanadas, indico a aprovação do protocolo de pesquisa.

Endereço: Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58, Bairro Candéias. 1º andar - Prédio administrativo
Bairro: CANDEIAS CEP: 45.029-094
UF: BA Município: VITORIA DA CONQUISTA
Telefone: (77)3429-2720 E-mail: cepims@ufba.br



Continuação do Parecer: 5.362.249


Considerações Finais a critério do CEP:

O presente parecer foi apreciado e aprovado ad referendum. Os relatórios devem ser apresentados de acordo com as orientações da CONEP para avaliação do CEP

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1886114.pdf	05/04/2022 14:36:01		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Arboviroses_Determinates_Sociais_CEP_Versao2_05_04.pdf	05/04/2022 14:34:54	José Patrício Bispo Júnior	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP_Versao2_Profissionais_e_Gestores_05_04.pdf	05/04/2022 14:32:13	José Patrício Bispo Júnior	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP_Versao2_Usuarios_05_04.pdf	05/04/2022 14:27:55	José Patrício Bispo Júnior	Aceito
Outros	Autorizacao_conquista.pdf	25/01/2022 20:44:27	José Patrício Bispo Júnior	Aceito
Outros	Autorizacao_tremedal.pdf	25/01/2022 20:43:43	José Patrício Bispo Júnior	Aceito
Outros	Autorizacao_pocoas.pdf	25/01/2022 20:43:25	José Patrício Bispo Júnior	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	Folha_local.pdf	25/01/2022 20:38:13	José Patrício Bispo Júnior	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	25/01/2022 20:37:11	José Patrício Bispo Júnior	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_pesquisadores.pdf	25/01/2022 20:36:56	José Patrício Bispo Júnior	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_TALITA.pdf	25/01/2022 12:40:32	José Patrício Bispo Júnior	Aceito
Outros	cv_Lattes_Jose_Patricio.pdf	25/01/2022 12:39:42	José Patrício Bispo Júnior	Aceito
Outros	Termo_de_autorizacao_de_uso_de_imagens_e_depoimentos.pdf	22/01/2022 19:34:27	José Patrício Bispo Júnior	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	22/01/2022 19:32:27	José Patrício Bispo Júnior	Aceito

Endereço: Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58, Bairro Candéias. 1º andar - Prédio administrativo
 Bairro: CANDEIAS CEP: 45.029-094
 UF: BA Município: VITÓRIA DA CONQUISTA
 Telefone: (77)3429-2720 E-mail: cepims@ufba.br



**UFBA - VITÓRIA DA
CONQUISTA - CEP INSTITUTO
MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE
- CAMPUS ANÍSIO TEIXEIRA -
UFBA**

Continuação do Parecer: 5.362.249

Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	22/01/2022 19:31:31	José Patrício Bispo Júnior	Aceito
------------	----------------	------------------------	-------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA DA CONQUISTA, 22 de Abril de 2022

**Assinado por:
Raquel Souza
(Coordenador(a))**

Endereço: Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58, Bairro Candéias, 1º andar - Prédio administrativo
Bairro: CANDEIAS **CEP:** 45.029-094
UF: BA **Município:** VITORIA DA CONQUISTA
Telefone: (77)3429-2720 **E-mail:** cepims@ufba.br

Página 07 de 07