

INTERVENÇÕES NO COMBATE A DENGUE EM NÍVEL LOCAL EM UM MUNICÍPIO PRIORITÁRIO NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, BRASIL

Gabriel Pitanga Soneghet

Mestrando em Saúde Coletiva / UFES / ES
gabrielpitanga@gmail.com

Marina Curtiss Alvarenga

Especialista em Atenção Primária / UFES / ES
marina_curtiss@hotmail.com

Robison Pimentel Garcia Junior

Mestre em Ciências Fisiológicas / UFES / ES
robisonpjr@gmail.com

RESUMO

A dengue é hoje uma das viroses mais importantes do mundo sendo uma das principais doenças reemergentes no Brasil e no Estado do Espírito Santo. Tem havido deteriorização da saúde pública com subsequente redução dos recursos humanos e financeiros e as autoridades sanitárias tem dado prioridade às ações emergenciais em detrimento de medidas preventivas. Perante o cenário da dengue no Estado, elaborou-se um projeto de intervenção em um curso de pós-graduação lato-sensu em Atenção Primária a Saúde, do qual esse artigo é fruto, e tem como objetivo identificar alguns aspectos que influenciam no combate à dengue num município de pequeno porte prioritário no Estado do Espírito Santo com relação ao combate a este problema de saúde pública bem como a busca por melhorias nos principais índices utilizados no controle do mosquito transmissor, o *Aedes aegypti*. Discorre sobre medidas de intervenção que foram implementadas em 2010, incluindo a setorização, a intersectorialidade, a ginástica laboral e educação em saúde, tendo como um dos objetivos a participação e co-responsabilidade da população e profissionais de saúde no combate à dengue para melhorias nos índices de infestação e pendências. Os resultados foram comparados com o ano de 2009 (sem intervenção) e foram alcançados índices extremamente relevantes, com melhorias consideráveis. Conclui-se que as intervenções devem ser tomadas em nível local para promover e prevenir a saúde dos municípios. A participação ativa da gestão se torna pedra triangular para efetividade das ações bem como a continuidade das mesmas.

Palavras-chave: Dengue; Controle do vetor; Intervenção.

ABSTRACT

Dengue is now one of the world's most important viruses are a major reemerging diseases in Brasil and Espírito Santo. There has been deterioration of public health with subsequent reduction of human and financial resources and the health authorities have given priority to emergency actions to the detriment of preventive measures Against the backdrop of dengue in the state, we set up an intervention project in a post-graduation lato sensu in Primary Health Care, which this article is the result, and aims to identify some aspects that influence the fight against dengue in a small city in the state priority of the Espírito Santo in relation to tackling this health problem public as well as the search for improvements in the main indices used to control the mosquito, *Aedes aegypti*. Discusses intervention measures that were implemented in 2010, including submetering, intersectorial, workplace exercises and health education, having as a goal the participation and co-responsibility of the population and health professionals in combating dengue for improvements in infestation rates and outstanding. The results were compared with the year 2009 (without intervention) and extremely relevant indices were achieved, with considerable improvements. It is concluded that measures should be taken at the local level to promote health and prevent the citizens. The active participation of management becomes triangular stone for the effectiveness of actions and the continuity of the same

Keywords: Dengue; Vector control; Intervention.

1. INTRODUÇÃO

A dengue é hoje uma das viroses mais importantes do mundo. O risco, principalmente nos países tropicais, das pessoas se infectarem é altíssimo devido à temperatura e umidade que facilitam a proliferação do mosquito transmissor *Aedes aegypti* (TAUIL, 2002; SIMAS *et. al.*, 2004). Dentro do leque das doenças reemergentes, se constitui em problema grave de saúde pública (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, 2009).

Para Tauil (2001) tem havido uma deteriorização da saúde pública com subsequente redução dos recursos humanos e financeiros e as autoridades sanitárias tem dado prioridade às ações emergenciais em detrimento de medidas preventivas que, pode se dizer, são menos onerosas para todas as partes. Sendo, dessa forma, necessária a reconstrução e reelaboração da saúde pública (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Se encarado como um problema de saúde pública, e não apenas como um problema entomológico ou médico, o controle do vetor sairá de sua condição periférica e passará a se realizar na rede de atenção à saúde, arcabouço principal do SUS (PENNA, 2003).

No Brasil, a proliferação do mosquito tem múltiplas condicionantes. Uma delas é que, nos últimos trinta anos, o fluxo do homem do campo para as cidades gerou um alto adensamento populacional nas cidades. Tal adensamento não consegue oferecer condições satisfatórias para se viver como saneamento básico dos seus habitantes que, por consequência, vivem em favelas, invasões, (TAUIL, 2002; OLIVEIRA; VALLA, 2001) e o modelo tradicional de combate ao vetor através da aplicação de larvicidas e adulticidas pelos Agentes de Combate a Endemias (ACE), resultam em redução da densidade, mas não em controle vetorial (PENNA, 2003; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; DONALÍSIO; ALVES; VISOCKAS, 2001).

O Estado do Espírito Santo apresenta casos de dengue desde 1995, registrando-se as três maiores epidemias nos anos de 1998, 2003 e 2009, com notificação de 39.329, 34.373 e 53.708 casos respectivamente (SESA, 2010). Torna-se preocupante a situação da epidemia no Estado, sendo fatores favoráveis à sua disseminação: a manutenção de elevada infestação pelo vetor em alguns municípios (condicionada por grande disponibilidade de criadouros artificiais, ofertados em decorrência das deficiências de abastecimento de água e limpeza urbana, bem como em decorrência dos hábitos modernos de utilização crescente de recipientes descartáveis de toda ordem); a presença de pessoas susceptíveis aos sorotipos circulantes; a circulação simultânea de três sorotipos virais; o grande número de ocorrências de dengue clássica, casos graves e óbitos, e a possibilidade de uma epidemia a partir do período chuvoso (SESA, 2010).

O número de municípios infestados pelo *Aedes aegypti* no Estado vem aumentando gradativamente. Em 1995, eram apenas 20 municípios. Ao longo do período de 16 anos subsequente, a infestação alcançou o total de 69 municípios, conforme registros de 2009 e 2010. O Espírito Santo passou a ter, então, apenas 10 municípios não infestados: Águia Branca, Alto Rio Novo, Brejetuba, Conceição do Castelo, Divino de São Lourenço, Dolores do Rio Preto, Governador Lindemberg, Ibitirama, Muniz Freire e Vargem Alta (SESA, 2010).

Anchieta é um dos municípios prioritários no combate à dengue no Estado do Espírito Santo segundo a Secretaria de Estado da Saúde (SESA), devido aos altos índices de incidência da doença. O município, além disso, vem recebendo, atualmente, uma série de investimentos de grandes empresas que chegaram ao município. Junto com os investimentos, acompanha-se o crescimento da população do município e, por consequência, a mudança no perfil demográfico e epidemiológico no local. A dengue se tornou um grande problema para o município. Balneários de grande visitação turística, vêm perdendo recursos, causando prejuízos às atividades econômicas e, mesmo com cobertura de 100% da Estratégia de Saúde da Família, não se consegue diminuir tais prejuízos. Dessa forma, torna-se imperioso buscar melhorias nos serviços e ofertar melhor qualidade de vida à população.

Para Teixeira (2008) as visitas domiciliares com objetivo de eliminação de focos e possíveis criadouros de formas de vida do mosquito vêm sendo uma das possíveis razões para as dificuldades de controle da dengue devido seu caráter prescritivo. O autor compara as visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com os ACE. Enquanto aqueles possuem um caráter de ensino, a visita dos ACE consiste em intervenções no ambiente privado da família, através de eliminação de objetos fazendo as

devidas ponderações e solicitando ou condenando determinado hábito que os membros daquela família possuem.

Tendo em vista o cenário explicitado, o objetivo geral deste estudo foi buscar melhorias no controle da dengue no município de Anchieta através de intervenções em nível local para redução do Índice de Infestação Predial (IIP), Pendência (P). IIP é o número total de imóveis com presença de formas de vida do vetor (ovo, larva, pupa e adulto) de determinada localidade dividido pelo número total de imóveis da mesma e P é o número de imóveis de determinada localidade os quais os agentes não conseguiram adentrar dividido pelo número total da mesma. Os objetivos específicos foram reduzir o IIP nas localidades com presença do vetor e reduzir o número de pendências nas localidades trabalhadas.

2. MATERIAL E MÉTODOS

2.1. Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo de intervenção onde os dados foram realizados junto a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), obtidos em parceria com a Vigilância Ambiental do município. Estes dados foram obtidos por meio de repasse dos setores com o consentimento do secretário de saúde municipal. Os dados foram tabulados em planilha Excel.

Foi feita coleta de dados dos anos de 2009 (antes das intervenções) e 2010 (após as intervenções) através do Sistema de Informação de Febre Amarela e Dengue (SISFAD). Foi realizado em uma amostra de imóveis do município de modo a apresentar significância estatística. Em Anchieta, realizam-se 100% de levantamento de índice, ou seja, todas as localidades trabalhadas tem seus imóveis visitados pelos ACE's e todos os imóveis são pesquisados e, no caso de não haver nenhuma outra possibilidade, realiza-se o tratamento (T), que se trata da aplicação de larvicida nos recipientes imóveis e/ou que não podem ser eliminados mecanicamente sendo que, nas localidades positivas (onde já foi comprovada a presença do mosquito e/ou suas formas de vida na localidade) o levantamento de índice (LI) se deu na periodicidade bimensal e, nas localidades negativas (onde não existe a presença do mosquito e/ou suas formas de vida na localidade), trimestralmente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009) a pendência foi registrada da mesma maneira.

2.2. Local de Estudo

O município de Anchieta (Figura 1) está localizado a 80 km da capital Vitória, com área de 408 km² e taxa de natalidade em torno de 1,04% ao ano. A economia predominante do município é bastante diversificada com grande vocação turística, agropecuária, pesca e porto marítimo, abrigando indústria de mineração de grande porte (IBGE, 2010). Possui, segundo o Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB) 73% da população em área urbana e 27% da população em área rural.

Atualmente, a estrutura rural do município conta com estradas ensaiadas, estradas de terra e estradas asfaltadas que se ligam à sede. Na área urbana a água é tratada. Noventa e seis por cento da população possuem fossa séptica, 3% possuem rede de esgoto, embora sem tratamento. A cidade possui coleta regular de lixo e ruas pavimentadas, com iluminação pública na maioria das mesmas.

Dentre as doenças que acometem a população, o quadro se assemelha ao dos demais municípios, havendo predominância de doenças hipertensivas, doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho circulatório e diabetes mellitus. Na população infantil, predominam a gastroenterite, a desnutrição, a gripe e a pneumonia.

O município conta com rede hospitalar, pronto socorro, consultórios particulares, laboratórios particulares, laboratório municipal e vigilâncias (ambiental, sanitária e epidemiológica). A cobertura do PACS/ESF é de 100%, com conselho municipal e conselhos locais de saúde. A cobertura vacinal encontra-se atualmente dentro dos parâmetros traçados pela Secretaria de Estado da Saúde. Trinta e um estabelecimentos de saúde são mantidos pelo poder público municipal (79,5%) e oito são de caráter privado (20,5%). Quanto aos registros hospitalares, 61,1% dizem respeito ao gênero feminino e 38,9% ao masculino (IBGE, 2010).

Tributa-se ao Padre José de Anchieta a colonização da região sendo que o mesmo colocou as primeiras pedras basilares de povoamento, assentando o marco histórico do início de uma nova era para aquela parte do Estado. Em 1569, o padre funda a povoação de Iiritiba onde, em 1579, construiu um templo dedicado a Nossa Senhora de Assunção. Essa mesma povoação, em 1 de janeiro de 1759, passou a se chamar Benevente, que, em 1761, se transformou em distrito, sede do Município do mesmo nome. Em 12 de agosto de 1887, o local foi elevado à categoria de cidade, com o nome de Anchieta. Para alguns historiadores, a mudança definitiva do nome do município para Anchieta decorreu por força de Lei Estadual n 1307, de 30 de dezembro de 1921 (IBGE 2010).

ACE's ou pelas armadilhas larvitrapas ou ovitrapas. Nessas, realiza-se o trabalho de levantamento de índice e tratamento, e, nas localidades negativas, apenas o levantamento de índice.

3. DEFININDO E DISCUTINDO ALGUNS CONCEITOS

3.1. Índice de Infestação Predial

Trata-se do percentual de prédios encontrados com recipientes contendo água e larvas em relação ao número total de prédios examinados (TAUIL, 2002) e confere a noção sobre o número de criadouros positivos existentes por domicílio (DONALÍSIO; GLASSER, 2002). Segundo o Ministério da Saúde (2001; 2009), o IIP é a relação expressa entre o número de imóveis positivos e o número total de imóveis pesquisados de acordo com a fórmula: $IIP = \frac{\text{imóveis positivos} \times 100}{\text{imóveis pesquisados}}$. O mesmo classifica que abaixo de 1,0 o índice é satisfatório. De 1,0 a 3,9 a localidade se encontra em estado de alerta e IIP maiores que 3,9 a situação é de risco.

Não se sabe qual índice de infestação abaixo do qual a transmissão se interrompe e nenhum deles é suficientemente capaz de medir a intensidade de infestação. No caso do IIP, um prédio pode ter um ou vários recipientes positivos para larvas é considerado apenas como um prédio infestado (TAUIL, 2002). Pesquisadores vêm se dedicando a estabelecer relações entre o índice e o contexto urbano e social da localidade (DONALÍSIO; GLASSER, 2002). Os autores ainda dizem que os níveis de infestação larvária nem sempre estão correlacionados com a incidência de dengue.

Para redução do IIP algumas medidas são tomadas como aplicação espacial de inseticida, principalmente durante epidemias, mas, segundo Tauil (2001), essas tem se tornado pouco efetivas para diminuir tal índice.

Quando o IIP é menor que 1% não há, teoricamente, transmissão de dengue. Todavia, o mesmo afirma que, em estudos feitos em Cingapura, foi percebida a transmissão da dengue mesmo com tal índice abaixo de 1%. Baixos índices de infestação pelo mosquito, portanto, reduzem o risco de transmissão, mas não eliminam a possibilidade (TAUIL, 2002; MARZOCHI, 2004).

Necessita-se, dessa maneira, uma vigilância entomológica constante o que, por sua vez, exige um verdadeiro batalhão, mão de obra e infra-estrutura adequada (carros, inseticidas). Tal necessidade, na maioria das vezes, não é atendida pelo fato de os interesses políticos se sobressaírem e, por conseqüência, os recursos financeiros, materiais e humanos, em favor de outras prioridades em saúde (TAUIL, 2002).

Como o contingente de mão-de-obra é intenso, as inspeções para levantamento de IIP exigem treinamento e supervisão de pessoal de campo, em quantidade suficiente para dar cobertura aos domicílios da região. Sendo a supervisão quase inexistente por falta de infra-estrutura para efetuação das ações delegadas a tal função (TAUIL, 2002).

Donalísio e Glasser (2002) ressaltam a necessidade da busca por índices que melhor possam dizer os riscos de transmissão viral. Tais índices devem ser de fácil manejo pelos programas de controle e devem também ser particularizado por região.

3.2. Pendência

É o número de casas fechadas por localidade e pode ser expressa pela fórmula: $\frac{\text{número de imóveis fechados} \times 100}{\text{número total de imóveis}}$ (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

A inspeção predial e eliminação ou tratamento de reservatórios potenciais ou atuais de larvas do mosquito é um dos componentes críticos no combate ao vetor. As cidades possuem áreas de difícil acesso aos domicílios pelos ACE por razões de segurança. As inspeções são feitas no horário matutino e diurno, horário esse de trabalho da maioria dos outros trabalhadores também. Sendo assim, a visita fica prejudicada e muitos focos não são destruídos ou tratados como deveriam ser (TAUIL, 2002). Além disso, os agentes de combate ao vetor encontram grande dificuldade em acessar as residências nos aglomerados (MARZOCHI, 2004).

O Ministério da Saúde (2002), através da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), enfatiza a necessidade de mudança nos antigos modelos de combate ao mosquito baseado em alguns aspectos como utilização de instrumentos legais que facilitem o trabalho do poder público na eliminação de criadouros em imóveis comerciais, casas abandonadas, lotes descuidados, etc.

Pessanha *et. al.* (2009) destacam que não se tem mostrado eficazes as atividades de campo na rotina de visitas bimensais nas localidades com presença confirmada do mosquito devido ao alto índice de pendências e recusas e, ressalta, que os esforços para vistoria onde se observa com frequência a presença do vetor bem como para as pendências, devem ser intensificados para se evitar uma epidemia.

3.3 Educação em Saúde

Elemento institucional de extrema importância para alcance das atividades do combate à dengue, a educação em saúde é a ferramenta indispensável. Para Alves (2005), educação em saúde se trata de um recurso por meio do qual o conhecimento científico atinge a vida cotidiana das pessoas, já que tal conhecimento oferece subsídios para adoção de novos hábitos e condutas de saúde, ou seja, é imperioso transformar os dados levantados em informação para a comunidade (LÁBBATE, 1994; BESEN *et. al.*, 2007).

Para Lábbate (1994), educação em saúde é um conjunto de práticas que se dão no nível das relações sociais estabelecidas entre os profissionais da saúde e entre esses e os usuários também. Candeias (1997) define educação em saúde como combinações de experiências de aprendizagem com objetivo de facilitar ações conducentes a saúde. Na prática, ressalta a autora, educação em saúde constitui uma fração das atividades técnicas voltadas para a saúde, prendendo-se à habilidade de organizar o componente educativo de programas que se desenvolvem em diferentes ambientes como escolas, local de trabalho, etc. Vasconcelos (1998) afirma que “é o campo de prática e conhecimento do setor saúde com a criação de vínculos entre ação técnica com o cotidiano da população”.

Reis *et. al.*, (2010) afirmam que a educação em saúde é “quaisquer combinações de experiências de aprendizagem com vista a facilitar ações voluntárias que dizem respeito a saúde” sendo importante a abordagem dos múltiplos determinantes dos comportamentos humanos, experiências e intervenções com intuito de se planejar atividades que sejam vivenciadas com plena compreensão nas ações educativas.

A mobilização comunitária é de fundamental importância. A população, muitas vezes, tem a informação correta sobre ciclo de vida do mosquito e como combatê-lo, mas as práticas não estão de acordo com o conhecimento adquirido (LENZI; COURA, 2004; ALVES, 2005; VASCONCELLOS, 1998; BESEN *et. al.*, 2007), a informação é de grande importância nos programas de saúde e prevenção de doenças. As ações educativas buscam o encorajamento da participação popular na adoção de instruções dadas como modelo para mudança de comportamento (LEFÈVRE *et. al.*, 2004; NETO; MORAES; FERNANDES, 1998; ALVES, 2005). Um dos grandes problemas das doenças transmitidas por vetores é conseguir a participação efetiva da população no seu controle (NETO; MORAES; FERNANDES, 1998) e a educação em saúde tem justamente esse objetivo, induzir mudança de comportamento relativo à saúde (REIS *et. al.*, 2010).

4. INTERVENÇÕES REALIZADAS

4.1. A Setorização

Para reduzir o IIP nas localidades trabalhadas e redução das pendências, foi adotada a setorização. Setorização é o ato de alocar o ACE nas proximidades de sua residência. Tal fato possui vários aspectos positivos. Por conhecer melhor a localidade, cria-se um vínculo de reconhecimento entre ACE e comunidade o que, por sua vez, influencia diretamente nas pendências já que se conhece a procedência do agente que irá adentrar no imóvel.

Já foram evidenciados, na mídia, vários casos de violência onde agindo de má fé, trajado com as roupas de agentes, pessoas realizaram assaltos e outros tipos de atos violentos. O morador assustado, por sua vez, não permite a entrada do agente, por não conhecê-lo, com medo de algo acontecer já que a periodicidade das visitas é bimestral. A setorização, dessa forma, reduziria esse receio, totalmente plausível por parte do morador, diminuindo as pendências, aumentando-se a eliminação/tratamento de possíveis depósitos de ovos do mosquito e, por conseqüência, reduzindo-se o IIP bem como a pendência. A setorização, além disso,

reduz sensivelmente os gastos financeiros pela prefeitura haja vista a economia no deslocamento de pessoal no campo já que, devidamente setorizados, os ACE irão se deslocar por conta própria. Os ACS já são alocados dessa maneira, exigência, aliás, apresentada em edital de concurso. Sugere-se aqui, dessa maneira, que o ACE também seja selecionado da mesma maneira que o ACS, ou seja, o ACE tem que residir nas proximidades de sua residência onde irá trabalhar.

4.2. O cadastramento de caseiros

Constatou-se, durante o desenvolver das visitas nas localidades de veraneio principalmente, que algumas pessoas tomam conta de outros imóveis, como uma espécie de caseiros, que ficam fechadas durante todo o ano, exceto durante verão e feriados prolongados. Refletindo sobre tal realidade, uma ação para redução de pendências foi a realização de um cadastramento dessas pessoas num banco de dados pessoal da Vigilância Ambiental do município. Antes de serem iniciadas as atividades nas localidades, os “caseiros” foram contactados para abertura das casas fechadas.

4.3. Valorizando o ACE

Refletindo sobre o processo de trabalhos dos ACE, a rotina diária de trabalho gera, de certa forma, desmotivação nesses profissionais. De porta em porta, vários são os tipos de pessoas e tratamentos hostis que o agente recebe, além do calor intenso e a exposição contínua a inseticidas organofosforados, piretróides, dentre outros. Para se alcançar melhoras nos trabalhos de casa a casa, dessa forma, tornou-se imperioso investir e pensar em estratégias que motivem os ACE. Propõe-se, dessa forma, uma série de intervenções para que os serviços prestados pelos agentes sejam perpetuados com excelente padrão de qualidade.

Visando a integralidade do Sistema Único de Saúde e a intersectorialidade, fundamentais para o bom funcionamento da Secretaria Municipal de Saúde de Anchieta, uma das atividades foi a inclusão do ACE na discussão dos resultados entomológicos levantados pelos mesmos. O que se observa é a ação mecânica do ACE: ir ao campo, realizar tratamento focal e perifocal, coletar formas de vida do mosquito, dentre outros. Tais ações são as mais importantes, sem dúvida, para o combate a dengue, mas os dados gerados pelo trabalho de campo necessitam se transformar em informação para eles. Quando se inclui o ACE no processo de tomada de ações e na mostra dos resultados as medidas para controle do vetor, certamente, serão enriquecidas e mais efetivas. Para realizar essa inclusão, realizou-se, mensalmente, uma reunião de equipe e uma reunião extraordinária caso houvesse alguma demanda espontânea que necessite ser discutida de imediato.

Outra ação seria o envolvimento de outros setores (intersectorialidade) no intuito de se conhecer o papel de cada setor na secretaria e no trabalho motivacional dos agentes. Refletindo sobre as possibilidades e demandas dos funcionários, foi de extrema relevância conversar com a equipe de apoio (equipe multiprofissional formada por psicólogo, assistente social, nutricionista e terapeuta ocupacional). Foi realizada uma reunião semanal com tal equipe com atividades como trabalhos em grupo, dinâmicas de grupo, discussão de textos e artigos científicos voltados para o aprimoramento do conhecimento de suas funções e atualização do que se descobre de novo no combate à dengue e outras doenças.

Outro setor que contribuiu foi a equipe de fisioterapia. Os ACE's realizam movimentos repetitivos que exigem muito de suas articulações, principalmente as do joelho, ombro e coluna, e, por esse motivo, apresentam queixas de dores com certa constância. A realização de ginástica laboral, numa periodicidade de três vezes por semana ao longo do ano, foi de suma importância para que tais dores fossem aliviadas ou deixem de existir. Além disso, válido é ressaltar que um servidor com dores intensas significa para a gestão, indiretamente, um custo alto, pois o servidor não prestará o serviço com qualidade, em caso de consultas e medicações em hospital público ou Unidades Básicas de Saúde (UBS's) irá aumentar o orçamento da prefeitura e em caso de lesões graves o servidor terá sua vida produtiva reduzida e, com isso, irá se aposentar mais cedo, causando, novamente, prejuízo para os cofres públicos municipais já que poderia ainda estar produzindo produtos e/ou serviços para o município. Após o domínio dos movimentos pelos ACE's, a equipe de fisioterapia elaborou uma cartilha com os movimentos a serem realizados antes do início de trabalho dos ACE's.

A equipe de saúde do trabalhador também foi de grande ajuda para motivação do servidor. Conhecendo bem sobre o processo de trabalho e como agir em determinados casos, como em lesões sofridas

durante rotina de serviço, foi fornecida aos agentes maior segurança ao saberem que serão amparados por lei e que o órgão em questão os ajudará a exigirem seus direitos de maneira coerente. Foram realizadas, dessa forma, encontros periódicos com a equipe de saúde do trabalhador para levantamento de dúvidas pertinentes ao trabalho pelos ACE's com posterior pesquisa e respostas dos questionamentos.

4.4 Educação em saúde

No combate à dengue, não basta apenas ações efetivas de campo para erradicá-la de vez. A participação da comunidade é imperiosa para alcance desse objetivo muitíssimo almejado. Sendo assim, para se aprimorar o combate à dengue no município é necessário, também, discutir com a comunidade local e mobilizá-la através de ferramentas e estratégias de educação em saúde.

É de fundamental importância que cada comunidade onde o agente trabalha seja informada sobre a situação da dengue e saiba como combatê-la de maneira eficiente. Refletindo sobre isso, foram realizadas duas reuniões anuais com cada comunidade onde dados entomológicos foram levantados.

Os dados, como IIP e pendências e principais depósitos encontrados foram transformados em informação para a comunidade onde a reunião foi realizada, explanando, também, a melhor maneira de se combater o mosquito e não deixar que o mesmo se prolifere. As comunidades, durante reunião, apresentaram outras demandas, além da dengue, que foram relatadas e repassadas para os respectivos responsáveis, através de ofícios, cabendo aos mesmos tomar as devidas providências. Essas reuniões foram o ponto de interseção entre comunidade e prefeitura se criando, então, um vínculo entre servidores e usuários mostrando a cada um deles a responsabilidade sobre a saúde da comunidade que os mesmos possuem.

4.5. Quebrando a rotina dos ACE's

A diversificação de atividades também é fator importante para a motivação dos ACE's. Tal ação promoveu quebra da rotina de trabalho por fornecer ao agente uma gama maior de informações sobre o setor ao realizar atividades diferenciadas de sua rotina. Com isso, optou-se pela rotatividade de ações no setor. Foi montada uma escala para que cada ACE exercesse todas as funções que o setor realiza e permanecesse naquela em que mais se identificasse. Elaboração de atividades alternativas que contribuam para o desenvolvimento dos programas também foram de grande valia.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As intervenções acima citadas foram implantadas no segundo trimestre de 2010 e vingam até a presente data, principalmente a setorização. Relato dos próprios ACE's indicam a importância dessas intervenções na mudança sobre suas percepções da atuação do agente na sua saúde bem como da população.

Assume-se aqui a subjetividade e multicausalidade dos fatores que contribuem para a proliferação da dengue e das intervenções aqui realizadas. Dessa forma, os resultados dos dados apresentados foram aqui analisados por conglomerado das intervenções, ou seja, as intervenções realizadas em conjunto, influenciaram juntas, e não separadamente, o IIP e P. Como o IIP é influenciado por diversos fatores (pluviosidade, temperatura, saneamento básico, etc) o mesmo não será discutido embora tenha havido redução em várias das localidades como Morro da Penha, Centro, Nova Betânia, Vila Samarco, Ubú, Porto de Cima, Alvorada e Iriri (Tabela 1). A pendência foi considerada para análise. Destaca-se, embora, a relevância da setorização dentro das intervenções pois permitiu maior criação de vínculo, acesso e acessibilidade ao serviço de controle da dengue entre população e ACE.

Tabela 1. Índice de Infestação Predial (IIP) e Pendência (P) nos anos de 2009 (antes das intervenções) e 2010 (após as intervenções) no município de Anchieta. Redução % P = porcentagem de redução da pendência.

Localidade	2009		2010		redução % P
	IIP	P	IIP	P	
N. Anchieta	0,20	28,68	0,40	10,12	64,73
N.Esperança	0,00	30,62	0,00	13,90	54,57
Morro Cx, Dágua	0,06	37,38	0,13	18,60	50,26
Jaqueira	0,00	41,18	0,00	21,12	48,73
Castelhanos	0,03	31,94	0,03	18,04	43,44
N. Jerusalém-	0,00	44,91	0,01	25,64	42,89
Morro da Penha	1,65	38,83	0,12	24,54	36,75
Subaia	0,00	34,15	0,00	22,78	33,39
Limeira	0,00	30,78	0,00	21,20	31,16
Centro Novo	1,20	35,21	0,60	24,69	29,85
Horizonte	0,00	33,33	0,00	24,28	27,68
Jabaquara	0,00	34,65	0,00	26,03	24,98
N. Bethânia	0,13	36,20	0,36	27,47	24,11
Chapada do A	0,00	33,12	0,00	25,36	23,38
Vila Samarco	1,51	39,02	0,67	29,94	23,23
Guanabara	0,00	42,51	0,00	32,96	22,44
Ubú	0,26	47,42	0,07	36,90	22,15
Porto de Cima	0,74	34,28	0,25	27,13	20,90
Alto Pongal	0,00	29,53	0,00	23,51	20,30
Alvorada	0,31	37,59	0,05	30,30	19,41
Iriri	0,85	55,98	0,28	45,21	19,26
Mãe – ba	0,00	45,08	0,00	37,80	16,18
Recanto do Sol	0,00	39,98	0,21	34,20	14,50
Justiça I	0,09	35,97	0,06	22,75	13,25
Parati	0,00	46,32	0,00	40,84	11,79
Inhaúma	0,00	33,97	0,03	30,20	11,17
Justiça II	0,16	33,46	0,16	31,84	4,95
Ponta Castelhanos	0,25	41,83	0,38	39,76	4,88
Média	0,27	37,64	0,14	27,40	27,75

No município houve redução da pendência entre os anos estudados de aproximadamente 10% em média (redução de 37,64% em 2009 para 27,40% em 2010). Quanto à redução da pendência por localidade, foi observado uma redução considerável em todas as localidades trabalhadas, com algumas alcançando redução de mais de 50% (Nova Anchieta, Nova Esperança e Morro da Caixa D'água).

Analisando a tabela 1, observa-se uma característica muito peculiar: os agentes que atuaram nas localidades com maior redução da pendência (Nova Anchieta, Nova Esperança, Morro da Caixa d'água, Jaqueira, Castelhanos, Nova Jerusalém e Morro da Penha) são aqueles que moram nas localidades a pelo menos 5 anos. As localidades que obtiveram menor redução foram aquelas que, devido à logística do setor, são trabalhadas por diferentes ACE's o que indica que a redução da pendência pode estar diretamente ligada à territorialidade do ACE, haja vista que ocorre maior geração de vínculo com o morador gerando, dessa forma, maior acesso e acessibilidade dos ACE às residências e do morador ao SUS.

Os ACE's comentaram que após o morador observar a frequência das visitas domiciliares do mesmo agente, o morador "se sentia mais à vontade em abrir a porta da sua casa". O vínculo depende do modo de produção do trabalho em saúde e quando ocorre com os usuários do serviço de saúde, amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço, visto que não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito que fala, julga e deseja (SCHIMITH; LIMA, 2004).

Starfield (2004) comenta que a acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, e o acesso permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis. Seria, portanto, a forma como a pessoa experimenta o serviço de saúde. Segundo Souza *et. al.*, (2008), acesso inclui aspectos de organização e dinâmica do processo de trabalho, considerando a contribuição e a importância de análises de várias características (geográficas, sócio-econômicas, entre outras).

Em todo lugar em que ocorre um encontro entre trabalhadores de saúde e usuários, operam-se processos tecnológicos que visam a produção de relações de escutas e responsabilizações as quais se articulam com a constituição dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenção (FRANCO *et. al.*, 1999) (SOUZA *et. al.*, 2008).

6. CONCLUSÃO

Como conclusão se pode destacar a relevância de se realizarem intervenções em nível local no controle do vetor da dengue. Os resultados demonstraram a eficácia desse fato tendo como estudo de caso o município de Anchieta. As intervenções aqui descritas demonstram que é necessário a sensibilização dos técnicos envolvidos bem como da gestão para que se melhore os índices que são monitorados. Outro fator imperioso é a valorização do ACE para que o mesmo realize suas atividades motivados e com excelência na qualidade e quantidade gerando, dessa forma, vínculo com a comunidade na qual atua e, assim, proporcionando maior acesso e acessibilidade aos munícipes para com os serviços de saúde (o combate a dengue, no presente caso). A participação ativa da gestão se torna pedra triangular para efetividade das ações bem como a continuidade das mesmas.

7. REFERÊNCIAS

- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integridade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**. n. 16 (9).p. 39-52, 2005.
- BESEN, C. B. *et al.* A estratégia de saúde da família como objeto de educação em saúde. **Saúde e Sociedade**. n. 1 (16).p. 57-68, jan-abr, 2007.
- CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**. n. 31 (2).p. 209-213, 1997.
- DONALÍSIO, M. R.; ALVES, M. J. C. P.; VISOCKAS, A. Inquérito sobre conhecimentos e atitudes da população sobre a transmissão do dengue – região de Campinas São Paulo, Brasil, 1998. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**.n. 34 (2).p. 197-201, 2001.

- DONALÍSIO, M.R.; GLASSER, C. M. Vigilância Entomológica e Controle de Vetores do Dengue. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 5.n. 3, 2002.
- FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MARHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 15(2): 345-353.abr-jun, 1999.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA . Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/> > Acesso em 13 out. 2010.
- LÁBBATE, S. Educação em saúde: uma nova abordagem. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n. 10(4). p. 481-490, out-dez, 1994.
- LEFÉVRE, F., *et al.* Representações sociais sobre relações entre casos de plantas e o vetor da dengue. **Revista de Saúde Pública**.n. 38(3).p. 405-414, 2004.
- LENZI, M. de F.; COURA, L. C. Prevenção da dengue: a informação em foco. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**.n. 37 (4).p. 343-350, jul-ago, 2004.
- MARZOCHI, K. B. F. Dengue endêmico: o desafio das estratégias de vigilâncias. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**.n. 37 (5).p. 413-415, set-out, 2004.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (FUNASA). **Dengue: Instruções para pessoal de combate ao vetor-Manual de Normas Técnicas** . Brasília, 2001.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (FUNASA). **Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue**. Brasília, 2009.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (FUNASA). **Programa Nacional de Controle da Dengue**. Brasília, 2002.
- NETO, F. C.; MORAES, M. S. de; FERNANDES, M. A.. Avaliação dos resultados de atividades de incentivo à participação da comunidade no controle da dengue em um bairro periférico do Município de São José do Rio Preto, São Paulo, e da relação entre conhecimentos e práticas desta população. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n. 14(sup.2). p. 101-109, 1998.
- OLIVEIRA, R. M.de; VALLA, V. V. As condições e as experiências de vida de grupos populares no Rio de Janeiro: repensando a mobilização popular no controle do dengue. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n. 17(suplemento). p. 77-88. 2001.
- PENNA, M. L. Um desafio para a saúde pública brasileira: o controle do dengue. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n. 19(1). p. 305-309, jan-fev, 2003.
- REIS, D. M. *et al.* Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. **Ciência e Saúde Coletiva**. n. 15 (1).p. 269-276, 2010.
- SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. da. Acolhimento e vínculo em uma equipe de Programa de Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(6): 1487-1494.nov-dez, 2004.
- SESA. Governo do Estado do Espírito Santo. Gerência de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico de Dengue**. Vitória: 2010. Disponível em: <<http://www.saude.es.gov.br/dengue/>> Acesso em: 13 out. 2010.
- SIMAS, N. K. *et al.* Produtos naturais para o controle da transmissão da dengue- atividade larvicida de *Myroxylon balsamum* (óleo vermelho) e de ternpenóides e fenilpropanóides. **Química Nova**. n. 27(1). p. 46-49, 2004.
- SOUZA, E. C. F. *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup: 100-110, 2008.
- STARFIELD B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: **Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde**; 2004.
- TAUIL, P. L. Aspectos críticos do controle do dengue no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n. 18(3). p. 867-871, mai-jun, 2002.
- TAUIL, P. L. Urbanização e ecologia do dengue. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n. 17(suplemento). p. 99-102, jan-fev, 2001.

TEIXEIRA, M. G. Controle do dengue: importância na articulação de conhecimentos transdisciplinares. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**. n. 5.p.442-451, abr-jun, 2008.

VASCONCELOS, E. M.. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n. 14(sup. 2). p. 39-57, 1998.