



Revista Brasileira de Enfermagem

ISSN: 0034-7167

reben@abennacional.org.br

Associação Brasileira de Enfermagem
Brasil

de Oliveira Cazola, Luiza Helena; Mamoru Tamaki, Edson; Jardim Cury Pontes, Elenir Rose
Incorporação do controle da dengue pelo agente comunitário de saúde
Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 67, núm. 4, julio-agosto, 2014, pp. 637-645
Associação Brasileira de Enfermagem
Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267032000021>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Incorporação do controle da dengue pelo agente comunitário de saúde

Incorporation of controlling dengue by community health agent
La incorporación del control de la dengue por agentes comunitarios de salud

Luiza Helena de Oliveira Cazola¹, Edson Mamoru Tamaki¹, Elenir Rose Jardim Cury Pontes¹

¹ Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Núcleo de Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste. Campo Grande-MS, Brasil.

Submissão: 12-12-2012 **Aprovação:** 27-06-2014

RESUMO

O estudo objetivou caracterizar as diferenças no processo de trabalho de agentes comunitários de saúde (ACS) em dois municípios sul-mato-grossenses, segundo sua percepção, frente às atividades desenvolvidas no controle da dengue e na saúde da família. Aplicaram-se entrevistas estruturadas a 57 ACS. Constatou-se que os ACS apresentavam características sociodemográficas semelhantes. Os de Rio Verde de Mato Grosso, que executavam apenas ações da saúde da família, não priorizaram o preenchimento da Ficha A. Em São Gabriel do Oeste, os ACS incorporaram as atividades do controle da dengue, extinguindo-se o Agente de Controle de Endemias, enquanto em Rio Verde de Mato Grosso ambos se mantiveram. Na percepção dos ACS de São Gabriel do Oeste, a acumulação dos dois programas não influenciou em sua produtividade. A unificação das ações dos dois programas em um mesmo profissional se mostrou viável, sem prejuízos às atividades desenvolvidas.

Descritores: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Dengue.

ABSTRACT

The purpose of this study was to identify self-perceived differences in the work processes of community health agents (CHA) in two counties of Mato Grosso do Sul, regarding dengue control and Family Health Strategy (FHS) activities. Structured interviews were applied to 57 CHA. The subjects had similar sociodemographic characteristics. Agents in Rio Verde de Mato Grosso county, who performed only FHS tasks, failed to complete essential data of the Form A. In São Gabriel do Oeste county, CHA currently perform tasks pertaining to dengue fever control, previously conducted by Endemic Disease Control Agents (now abolished), while in Rio Verde de Mato Grosso county, dengue control remained assigned to the latter group. In São Gabriel do Oeste county, CHA did not view the double workload of two programs as affecting their professional productivity. The pooling of tasks from the two programs proved to be feasible, with no detrimental effects on performance.

Key words: Family Health; Primary Health Care; Dengue.

RESUMEN

El objetivo del estudio consistió en caracterizar las diferencias de trabajo de los ACS en los dos municipios de Mato Grosso do Sul, de acuerdo con su percepción, en las actividades desarrolladas de control de dengue y salud de la familia. Entrevistas estructuradas con 57 ACS constataron características sociodemográficas similares. En São Gabriel do Oeste, los agentes comunitarios de salud (ACS) incorporaron las actividades del control del dengue, suprimiendo a los agentes de control de endemias (ACE), mientras que en Rio Verde de Mato Grosso ambos se mantuvieron. Los de Rio Verde de Mato Grosso, que ejecutaban tan sólo acciones de salud de la familia, no priorizaron la Ficha A. En la percepción de los ACS de São Gabriel do Oeste, la acumulación de dos programas no influyó en su productividad. La unificación de acciones de los programas en un mismo profesional se mostró factible, sin problemas para las actividades desarrolladas.

Palabras clave: Salud de la Familia; Atención Primaria de la Salud; Dengue.

AUTOR CORRESPONDENTE

Luiza Helena de Oliveira Cazola

E-mail: luizacazola@gmail.com

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Atenção Básica, estabeleceu quais as atribuições mínimas específicas de cada profissional inserido nas equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF)⁽¹⁾. Como peça central do processo de trabalho dessas equipes, encontra-se o Agente Comunitário de Saúde (ACS), que tem sob sua responsabilidade atribuições que podem ser classificadas em três grandes grupos: ações de promoção e prevenção da saúde, ações de mediação entre o serviço de saúde e os usuários e ações de acompanhamento e reabilitação⁽²⁾.

Além dos ACS, também estão lotados nas Unidades Básicas de Saúde os Agentes de Controle de Endemias (ACE), profissionais responsáveis pelas ações de controle da dengue. As ações desse Programa, no entanto, cabem também aos ACS, aos quais compete visitar domicílios e áreas peridomiciliares para identificar criadouros de difícil acesso ou outras situações que requeiram a utilização de larvicida, casos em que devem solicitar a presença do ACE de sua área⁽³⁾.

A integração desses dois profissionais em uma mesma base territorial é considerada fundamental para o êxito no controle das endemias, uma vez que a corresponsabilidade e consequente integração de atividades potencializam o trabalho preventivo e otimizam ações que, embora distintas, complementam-se⁽³⁾.

Esse modelo, que envolve o compartilhamento em uma mesma base geográfica por dois agentes, é utilizado em vários municípios brasileiros, como Rio Verde de Mato Grosso-MS, que, em 2002, alcançou cobertura de 100% da ESF. Nesse mesmo ano, o município vizinho, São Gabriel do Oeste-MS, também atingiu 100% de cobertura da ESF e determinou que os ACS passassem a desenvolver tanto as ações prioritárias dessa estratégia quanto as ações de controle e prevenção da dengue, extinguindo dessa forma a figura do Agente de Controle de Endemias (ACE).

A partir de então, os ACS de São Gabriel do Oeste passaram a incorporar de maneira rotineira em suas microáreas, além das visitas em imóveis domiciliares, as visitas em estabelecimentos comerciais, terrenos baldios e pontos estratégicos (como cemitérios, barracões e depósitos de sucata e de materiais de construção). Eles receberam, também, a incumbência de destruir criadouros de difícil acesso e utilizar larvicidas químicos e biológicos. A aplicação de larvicidas químicos é realizada com equipamentos de aspersão manual (bomba intercostal). Devido ao peso desse equipamento, essa atividade foi designada aos agentes do sexo masculino que, quando necessário, eram deslocados de suas microáreas. Outra tarefa incorporada foi o registro dos mapas diários do Sistema de Informação da Febre Amarela e Dengue (SISFAD), o que até então era de responsabilidade exclusiva dos ACE⁽⁴⁾.

A existência desses dois municípios sul-mato-grossenses com distintas propostas de atuação no controle da dengue no âmbito da ESF permitiu estabelecer como objetivo deste estudo a análise das diferenças no processo de trabalho do ACS, segundo a sua percepção, frente às atividades de controle da dengue e as demais incumbências na Estratégia Saúde da Família.

MÉTODO

Pesquisa realizada com ACS de Rio Verde de Mato Grosso e de São Gabriel do Oeste, municípios de mesmo porte populacional, com 19.217 e 21.646 habitantes⁽⁵⁾, respectivamente, pertencentes à mesma região econômica e geográfica e que atingiram 100% de cobertura da ESF em suas áreas urbanas em 2002.

A rede de serviços básicos de saúde de Rio Verde de Mato Grosso no momento da pesquisa era constituída por seis Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) na área urbana (congregando 38 ACS) e uma na rural (8 ACS), totalizando 46 ACS. São Gabriel do Oeste contava com sete UBSF na área urbana (44 ACS) e uma na rural (8 ACS), totalizando 52 ACS.

Foram convidados a participar da pesquisa todos os ACS pertencentes às UBSF urbanas, já que nas microáreas rurais não são realizadas atividades de controle de vetores. Foram excluídos os ACS que, apesar de atuarem na área urbana, tinham menos de seis meses de experiência no momento da pesquisa, tempo considerado o mínimo necessário para que tivessem pleno conhecimento de sua função. Também foram excluídos os ausentes no momento da coleta de dados e os que se recusaram a participar. Ao final, o estudo incluiu 30 ACS em São Gabriel do Oeste e 27 em Rio Verde de Mato Grosso.

Os dados foram coletados em novembro de 2009, por meio de entrevistas que seguiram um roteiro constituído de perguntas fechadas. As entrevistas foram previamente agendadas e realizadas em salas reservadas das UBSF no início de cada expediente, momento em que os ACS reuniam-se para iniciar as atividades. As questões propostas abordaram características socioeconômicas (sexo, escolaridade), tempo de atuação como ACS, capacitações realizadas para o serviço, atividades realizadas (número e forma de desenvolvimento), acompanhamento de programas prioritários de saúde e de controle de dengue.

Para analisar as repercussões da incorporação das ações de controle da dengue às atividades dos ACS, selecionaram-se, dentre as áreas estratégicas da Atenção Básica⁽¹⁾, os principais programas relacionados à mulher (gestantes), à criança (imunização) e à hipertensão e ao diabetes, que constituem os dois principais fatores de risco para doenças cardiovasculares.

Os dados obtidos foram submetidos à análise estatística e as diferenças estatísticas analisadas pelo teste Qui-quadrado (χ^2) e, quando necessário, o teste de Fisher, considerando-se estatisticamente significativas aquelas com valor de p menor ou igual a 0,05. Utilizou-se o *software* Epi-Info, versão 3.4.3.

A pesquisa seguiu os procedimentos formais recomendados pela Resolução 196/96 do CNS, aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob o Protocolo de nº 1.062/2007, e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas dos ACS pesquisados. Houve predomínio do sexo feminino em ambos os municípios. Com relação ao tempo de atuação como ACS, em Rio Verde de Mato Grosso encontrou-se um maior percentual de agentes com mais de dois anos de

atuação (96,3%) e também maior percentual daqueles com grau de escolaridade médio e superior (96,3%) em comparação a São Gabriel do Oeste (86,7%).

Comparando-se as capacitações dos ACS nos dois municípios, não houve diferença estatisticamente significativa nas proporções dos que fizeram o Curso Introdutório, embora

em São Gabriel do Oeste tal proporção tenha sido menor. Os cursos mais frequentados nesse município foram os de Controle da Dengue (85,7%), de primeira etapa de Técnico ACS (76,2%) e do Programa de Formação de Agentes Locais em Vigilância em Saúde – PROFORMAR (42,9%). Em Rio Verde de Mato Grosso também predominaram essas duas primeiras capacitações, seguidas do Programa do Hipertenso. Entre os dois municípios, observou-se diferença estatisticamente significativa entre as capacitações do Programa do Hipertenso e do PROFORMAR (Tabela 2).

A realização de supervisões em campo aos ACS, os programas priorizados, o planejamento e o número de visitas domiciliares diárias realizadas foram reunidos na Tabela 3. Houve diferença estatisticamente significativa no número de supervisões de campo, em que São Gabriel do Oeste alcançou maior percentual (76,7%), que foram realizadas principalmente pelo supervisor de área (73,9%). Em Rio Verde de Mato Grosso, coube às enfermeiras a maior parte (66,7%) das supervisões.

Quanto às visitas domiciliares, em São Gabriel do Oeste, a maioria (83,3%) dos ACS realizou planejamentos diários, enquanto em Rio Verde de Mato Grosso, as visitas foram planejadas no início da semana ou do mês (44,5%). Não houve diferença estatisticamente significativa no número de visitas diárias, embora um maior percentual de ACS em Rio Verde de Mato Grosso tenha priorizado na visita principalmente os programas de diabetes, mulher/gestante e hipertensão. Em São Gabriel do Oeste, os maiores percentuais de priorização foram para os programas voltados à hipertensão, dengue e diabetes e criança. Houve diferença estatisticamente significativa entre os municípios na priorização do Programa de Controle da Dengue, ao contrário dos programas voltados às diabetes, mulheres/gestantes e hanseníase (este último nem foi citado pelos ACS de São Gabriel do Oeste).

Tabela 1 – Número e porcentagem de agentes comunitários de saúde segundo características sociodemográficas. Rio Verde de Mato Grosso (RVMT) e São Gabriel do Oeste (SGO), Mato Grosso do Sul, 2009

Variáveis	RVMT (n = 27)		SGO (n = 30)		P
	f	%	f	%	
Sexo					0,427 ⁽¹⁾
Feminino	25	92,6	25	83,3	
Masculino	2	7,4	5	16,7	
Tempo de atuação					0,005 ⁽²⁾
6 meses a 1 ano	1	3,7	2	6,7	
Mais de 1 ano a 2 anos	-	-	10	33,3	
Mais de 2 anos a 3 anos	2	7,4	-	-	
Acima de 3 anos	24	88,9	18	60,0	
Grau de escolaridade					0,302 ⁽²⁾
Ensino Fundamental completo	1	3,7	4	13,3	
Ensino Médio completo	15	55,6	18	60,0	
Ensino Superior incompleto e completo	11	40,7	8	26,7	

Nota:

Se $p \leq 0,05$ – diferença estatisticamente significativa.

⁽¹⁾ Teste de Fisher.

⁽²⁾ Teste Qui-quadrado.

Tabela 2 – Número e porcentagem de agentes comunitários de saúde segundo as capacitações realizadas, Rio Verde de Mato Grosso (RVMT) e São Gabriel do Oeste (SGO). Mato Grosso do Sul, 2009

Variáveis	RVMT (n = 27)		SGO (n = 30)		P
	f	%	f	%	
Curso Introdutório					
Sim	25	92,6	24	80,0	0,258 ⁽¹⁾
Não	2	7,4	6	20,0	
Capacitação					
Sim	27	100,0	21	70,0	0,002⁽¹⁾
Não	-	-	9	30,0	
Capacitação realizada⁽²⁾					
Programa de Controle da Dengue	26	96,2	18	85,7	0,305 ⁽¹⁾
Técnico ACS (Etapa I)	18	66,7	16	76,2	0,471 ⁽³⁾
Programa do Hipertenso	14	51,8	5	23,8	0,049⁽³⁾
Programa da Mulher	11	40,7	6	28,6	0,382 ⁽³⁾
Programa da Diabetes	11	40,7	6	28,6	0,382 ⁽³⁾
Programa do Idoso	9	33,3	5	23,8	0,471 ⁽³⁾
Programa da Criança	7	25,9	5	23,8	0,867 ⁽³⁾
Programa de Hanseníase	5	18,5	3	14,3	1,000 ⁽¹⁾
PROFORMAR	2	7,4	9	42,9	0,006⁽¹⁾
Programa de Tuberculose	1	3,7	3	14,3	0,306 ⁽¹⁾
Programa do Adolescente	-	-	1	4,8	0,438 ⁽¹⁾
Outros	1	3,7	3	14,3	0,306 ⁽¹⁾

Nota:

Se $p \leq 0,05$ – diferença estatisticamente significativa.

⁽¹⁾ Teste de Fisher.

⁽²⁾ Cada agente comunitário poderia ter realizado 1 ou mais capacitações, as porcentagens são relativas aos que fizeram capacitação: RVMT (n = 27) e SGO (n = 21).

⁽³⁾ Teste Qui-quadrado.

Tabela 3 – Número e porcentagem de agentes comunitários de saúde segundo as atividades realizadas, Rio Verde de Mato Grosso (RVMT) e São Gabriel do Oeste (SGO). Mato Grosso do Sul, 2009

Atividades	RVMT (n = 27)		SGO (n = 30)		P
	f	%	f	%	
Supervisão em campo					< 0,001⁽¹⁾
Sim	9	33,3	23	76,7	
Não	18	66,7	7	23,3	
Profissional que realiza⁽²⁾					
Enfermeiro	6	66,7	12	52,2	0,694 ⁽¹⁾
Supervisor de Área	-	-	17	73,9	< 0,001⁽¹⁾
Coordenador de Endemias	4	44,4	2	8,7	0,038⁽¹⁾
Gerente da Unidade	-	-	-	-	-
Outros	2	22,2	-	-	0,073 ⁽¹⁾
Prioriza programa na visita domiciliária					< 0,001⁽¹⁾
Sim	26	96,3	16	53,3	
Não	1	3,7	14	46,7	
Programa priorizado⁽³⁾					
Programa de Diabetes	16	61,5	8	50,0	0,463 ⁽⁴⁾
Programa da Mulher/Gestante	15	57,7	6	37,5	0,204 ⁽⁴⁾
Programa de Hipertensão	15	57,7	10	62,5	0,758 ⁽⁴⁾
Programa da Criança	10	38,5	8	50,0	0,463 ⁽⁴⁾
Programa do Idoso	7	26,9	4	25,0	1,000 ⁽¹⁾
Programa de Hanseníase	5	19,2	-	-	0,138 ⁽¹⁾
Programa de Controle da Dengue	4	15,4	9	56,3	0,014⁽¹⁾
Outros	4	15,4	-	-	0,280 ⁽¹⁾
Planeja as visitas domiciliárias					< 0,001⁽¹⁾
Diariamente	10	37,0	25	83,3	
No início da semana ou do mês	12	44,5	2	6,7	
Conforme a necessidade do morador	5	18,5	3	10,0	
Número de visitas diárias					0,648 ⁽¹⁾
Mais de 8 visitas diárias	22	81,5	23	76,7	
Até 8 visitas diárias	4	14,8	4	13,3	
Conforme a necessidade do morador	1	3,7	3	10,0	

Nota:

Se $p \leq 0,05$ – diferença estatisticamente significativa.⁽¹⁾Teste de Fisher.⁽²⁾Cada agente poderia citar 1 ou mais profissionais, as porcentagens são relativas aos que receberam supervisão: RVMT (n=9) e SGO (n=23).⁽³⁾Cada agente poderia citar 1 ou mais programas, as porcentagens são relativas aos que priorizam os programas: RVMT (n=26) e SGO (n=16).⁽⁴⁾Teste Qui-quadrado.

Na análise das atividades realizadas pelos ACS (Tabela 4), não se constatou diferença estatisticamente significativa na priorização de relatórios. No entanto, a análise por tipo de relatório revelou maior percentual de agentes que priorizava os relatórios dos programas voltados às mulheres/gestantes, hipertensão e diabetes em Rio Verde de Mato Grosso e hipertensão, Ficha de Cadastramento das Famílias (Ficha A) e

controle da dengue em São Gabriel do Oeste.

Quanto ao acompanhamento de gestantes, a maioria dos ACS de São Gabriel do Oeste relatou realização adequada de pré-natal, 30% deles solicitava o cartão da gestante durante as visitas e apenas 16,6% verificava o preenchimento da Ficha B – Gestante. Somente os ACS de Rio Verde de Mato Grosso relataram realizar visitas domiciliares com maior frequência.

Para o acompanhamento do esquema vacinal, 44,4% dos ACS de Rio Verde de Mato Grosso informou que a equipe da unidade comunicava-se com a criança está com o esquema vacinal atrasado e necessita ser visitada. A utilização do cartão-espelho e de um caderno para anotação dos dados vacinais das crianças foi citada respectivamente por 33,3% e 29,6% dos agentes desse município. Já em São Gabriel do Oeste, o cartão-espelho foi relatado com maior percentual.

Em Rio Verde de Mato Grosso, os agentes que realizavam acompanhamento do tratamento de diabéticos e hipertensos perfizeram maior percentual (59,2%), enquanto em São Gabriel do Oeste, a maioria (83,3%) relatou oferecer orientações sobre medicamentos prescritos, dieta, controle da pressão arterial e da glicemia capilar.

Em relação às atividades do Programa Nacional de Controle da Dengue, os ACS de Rio Verde de Mato Grosso relataram que perguntavam ao morador sobre a presença de possíveis criadouros, sem a necessidade de vistoriar o imóvel, e registravam a visita. Em São Gabriel do Oeste, os ACS disseram que vistoriavam os cômodos da casa, acompanhados pelo morador, verificavam a existência de focos de criadouros de *Aedes aegypti* e outros mosquitos, realizavam a coleta de larvas para posterior exame laboratorial e comunicavam ao supervisor imediato a presença de focos no domicílio para possíveis intervenções. Consideraram que existia sobrecarga em relação às atividades desenvolvidas, no entanto, mais da metade dos entrevistados afirmou ter incorporado as atividades extras na rotina do trabalho e achava que deveria receber um salário maior (Tabela 5).

Tabela 4 – Número e porcentagem de agentes comunitários de saúde segundo priorização na elaboração de relatórios, acompanhamento da gestante, vacina, diabético e hipertenso, Rio Verde de Mato Grosso (RVMT) e São Gabriel do Oeste (SGO). Mato Grosso do Sul, 2009

Variáveis	RVMT (n = 27)		SGO (n = 30)		p
	f	%	f	%	
Prioriza relatório					
Sim	23	85,2	20	66,7	0,189 ⁽¹⁾
Não	4	14,8	10	33,3	
Relatório priorizado⁽²⁾					
Programa da Mulher/ Gestante	14	60,9	6	30,0	0,043⁽¹⁾
Programa de Hipertensão	13	56,5	8	40,0	0,280 ⁽¹⁾
Programa da Diabetes	12	52,2	6	30,0	0,142 ⁽¹⁾
Programa da Criança	1	4,3	2	10,0	0,590 ⁽³⁾
Relatório Mensal	1	4,3	-	-	1,000 ⁽³⁾
Ficha A – SIAB	-	-	8	40,0	< 0,001⁽³⁾
Ficha de Controle da Dengue	-	-	8	40,0	< 0,001⁽³⁾
Cartão SUS	-	-	4	20,0	0,039⁽³⁾
Todos são Importantes	4	17,4	-	-	0,111 ⁽³⁾
Acompanhamento da gestante⁽⁴⁾					
Verifica se está realizando o Pré-natal adequadamente	17	62,9	22	73,3	0,578 ⁽¹⁾
Solicita o cartão da gestante para acompanhamento e orientações	8	29,6	9	30,0	0,976 ⁽¹⁾
Realiza visita domiciliária com maior frequência	7	25,9	-	-	0,003⁽³⁾
Verifica o preenchimento da Ficha B-Gestante	4	14,8	5	16,6	1,000 ⁽³⁾
Solicita a presença da enfermeira se necessário	1	3,7	-	-	0,474 ⁽³⁾
Acompanhamento do esquema vacinal⁽⁴⁾					
A equipe da unidade avisa quando a criança está com a vacina atrasada e merece, portanto, ser visitada	12	44,4	5	16,6	0,022⁽¹⁾
Através do cartão espelho que possui de todas as crianças	9	33,3	25	83,3	< 0,001⁽¹⁾
Verifica o esquema vacinal apenas no cartão da criança, não possuindo cartão espelho	9	33,3	3	10,0	0,031⁽¹⁾
Por meio de um caderno com os dados das crianças e datas de vacinas	8	29,6	-	-	0,001⁽³⁾
A enfermeira possui um arquivo com as fichas vacinais que ela acompanha	5	18,5	4	13,3	0,722 ⁽³⁾
Não possui uma rotina para acompanhar as vacinas das crianças	-	-	-	-	
Acompanhamento de diabéticos e hipertensos⁽⁴⁾					
Acompanha o tratamento pela Ficha B – Hipertenso e Diabético	16	59,2	10	33,3	0,050⁽¹⁾
Orienta sobre os medicamentos prescritos, a dieta, verificação da PA e da glicemia capilar	11	40,7	25	83,3	< 0,001⁽¹⁾
Realiza visita domiciliária com maior frequência, principalmente dos acamados	3	11,1	2	6,6	0,660 ⁽³⁾
Convida para as reuniões de hipertensos e diabéticos	2	7,4	-	-	0,220 ⁽³⁾
Solicita acompanhamento da enfermeira ou da auxiliar de enfermagem nas visitas domiciliares	2	7,4	-	-	0,220 ⁽³⁾
Acompanha a realização dos exames para controle no domicílio	-	-	-	-	-

Nota:

Se $p \leq 0,05$ – diferença estatisticamente significativa.⁽¹⁾ Teste Qui-quadrado.⁽²⁾ Cada agente poderia citar 1 ou mais tipos de relatório, as porcentagens são relativas aos que priorizam os relatórios: RVMT (n = 23) e SGO (n = 20).⁽³⁾ Teste de Fisher.⁽⁴⁾ Cada agente poderia citar 1 ou mais respostas.

Tabela 5 – Número e porcentagem de agentes comunitários de saúde segundo atividades realizadas no Programa de Controle da Dengue, Rio Verde de Mato Grosso (RVMT) e São Gabriel do Oeste (SGO). Mato Grosso do Sul, 2009

Variáveis	RVMT (n = 27)		SGO (n = 30)		p
	f	%	f	%	

Atividades de Dengue durante a visita domiciliária ⁽¹⁾					
Orienta o morador sobre a forma de evitar e eliminar locais que possam oferecer risco para a formação de criadouros do Aedes aegypti	26	96,2	30	100,0	0,474 ⁽²⁾
Encaminha os casos suspeitos para a Unidade de Saúde	11	40,7	10	33,3	0,563 ⁽³⁾
Atua junto aos domicílios informando os seus moradores sobre a doença – seus sintomas e riscos – e o agente transmissor	9	33,3	12	40,0	0,602 ⁽³⁾
Atende queixa de vizinhos sobre denúncias de possíveis criadouros na microárea	6	22,2	9	30,0	0,506 ⁽³⁾
Pergunta ao morador sobre a presença de possíveis criadouros sem a necessidade de vistoriar e registra a visita	4	14,8	-	-	0,044⁽²⁾
Vistoria os cômodos da casa, acompanhado pelo morador, verificando a existência de focos de criadouros de Aedes aegpty e mosquitos	3	11,1	29	96,6	<0,001⁽³⁾
Comunica ao seu supervisor imediato a presença de focos no domicílio para possíveis intervenções	2	7,4	10	33,3	0,016⁽³⁾
Vistoria os cômodos da casa, acompanhado pelo morador, verificando a existência focos de criadouros de Aedes aegpty e mosquitos, realizando a coleta de larvas para posterior exame laboratorial	-	-	25	83,3	<0,001⁽³⁾
Como o agente se sente em relação às atividades desenvolvidas					
Sobrecarregado	11	40,7	22	73,3	0,006⁽³⁾
Não sobrecarregado	16	59,2	6	20,0	0,002⁽³⁾
Indiferente	-	-	2	6,7	0,492 ⁽³⁾
Qual sua opinião sobre o ACS trabalhar no Programa da Dengue ⁽¹⁾					
Não é nossa tarefa, pois tem ou deveria ter o agente de endemias pra fazer isso	10	37,0	5	16,6	0,081 ⁽³⁾
Já está incorporado na nossa rotina de trabalho	10	37,0	17	56,6	0,138 ⁽³⁾
Deveríamos receber mais por fazer essa atividade	5	18,5	19	63,3	<0,001⁽³⁾
Outra opção	8	29,6	1	3,3	0,010⁽²⁾

Nota:

Se $p \leq 0,05$ – diferença estatisticamente significativa.⁽¹⁾Cada agente poderia citar 1 ou mais respostas.⁽²⁾Teste de Fisher.⁽³⁾Teste Qui-quadrado.

DISCUSSÃO

Em ambos os municípios houve predominância de ACS do sexo feminino, situação encontrada em outros municípios brasileiros⁽⁶⁻¹⁰⁾. Com relação ao tempo de atuação na função, mais da metade exercia o trabalho há mais de três anos, o que evidencia a baixa rotatividade desses profissionais, um aspecto positivo, por facilitar a criação de vínculo com as famílias residentes na microárea do agente.

Um dos requisitos para exercer a profissão de ACS é ter concluído o ensino fundamental⁽¹¹⁾. No entanto, os ACS pesquisados tinham maior grau de escolaridade (ensino médio ou superior), o que pode estar refletindo a baixa oferta de trabalho mais especializado e de salários mais altos nesses municípios. Achados semelhantes foram encontrados em quatro

municípios do Noroeste Paulista⁽⁷⁾, onde 65,8% dos ACS possuía ensino médio completo, 7,9% ensino médio incompleto e 21,1% ensino superior incompleto. Em estudo realizado em Porto Alegre (RS)⁽⁸⁾, foi identificada situação oposta, com a maioria dos agentes dispondo apenas de escolaridade fundamental completa. A boa escolaridade dos ACS pode contribuir para melhor assimilação de novos conhecimentos e facilitar a realização das ações junto às famílias atendidas.

O Ministério da Saúde estabeleceu que todos os profissionais que ingressam na ESF frequentem o Curso Introdutório em um prazo máximo de seis meses⁽¹⁾, para permitir o início de um processo de educação permanente. Os índices de participação dos ACS nesse curso foram satisfatórios em ambos os municípios pesquisados, embora resultados inversos já tenham sido constatados⁽⁷⁾, em que mais da metade dos

agentes entrevistados (52,6%) não havia frequentado o Curso Introdutório.

Com relação ao número de capacitações realizadas, os ACS de Rio Verde de Mato Grosso apresentaram percentuais superiores aos de São Gabriel do Oeste, com destaque para o Programa de Controle da Dengue, que, nesse município, é compartilhado com o ACE. Essa capacitação teve como propósito implantar uma nova metodologia de trabalho para os ACS, denominada Zoneamento Compartilhado⁽¹²⁾ e atender à Portaria nº44/GM, que definiu as atribuições desses agentes na prevenção e no controle da malária e dengue⁽¹³⁾. O alto percentual de menções de realização do curso em Rio Verde do Mato Grosso pode estar relacionado ao fato de que a pesquisa de campo foi realizada logo após o oferecimento do curso.

Embora em São Gabriel do Oeste os ACS executem o Programa de Controle da Dengue, menos da metade estava capacitada. Esse baixo número pode estar relacionado ao menor tempo de serviço, já que 40% dos ACS atuam há menos de dois anos nesse município.

As capacitações e a educação permanente dos ACS são fundamentais para que atendam às necessidades das famílias, direcionando o olhar e as ações de saúde tanto para as práticas curativas como para as preventivas e de promoção⁽¹⁰⁾.

Outra capacitação realizada por mais da metade dos ACS de ambos os municípios foi a primeira etapa do curso Técnico Agente Comunitário de Saúde, requisito básico para a formação profissional. Essa etapa visa desenvolver o perfil esperado desse técnico e seu papel no âmbito da equipe multiprofissional na rede de Atenção Básica do SUS⁽¹⁴⁾.

A presença de enfermeiros nas unidades da ESF permite a realização de supervisões tanto da equipe de enfermagem como dos ACS, atividade essa que lhe é inerente⁽¹⁾ e que foi exercida por mais da metade dos enfermeiros em ambos os municípios pesquisados. Os ACS de São Gabriel do Oeste, que acumulavam os dois programas, receberam maior número de supervisões, não apenas por enfermeiros, mas também por supervisores de área, já que compartilhavam das mesmas bases geográficas, o que favoreceu o acompanhamento em campo.

As visitas domiciliares são uma ferramenta importante para os programas de saúde⁽¹⁵⁾. Em Rio Verde de Mato Grosso, houve maior priorização dos programas durante as visitas, principalmente aqueles voltados a diabéticos, mulheres/gestantes e hipertensos, o que vem atender às áreas estratégicas de atuação da Atenção Básica⁽¹⁾.

Já em São Gabriel do Oeste, onde os ACS estavam encarregados do Programa de Controle da Dengue, este foi o segundo mais citado dentre os programas executados nesse município, o que demonstra que já está incorporado à rotina diária desses agentes. Cabe destacar que a dengue é um desafio a ser enfrentado por todos os ACS vinculados às UBSF e que suas ações de combate devem fazer parte de sua rotina⁽³⁾. Para maior efetividade, as visitas domiciliares devem ser planejadas de modo a potencializar a utilização do tempo de trabalho, além de respeitar a disponibilidade de tempo dos moradores visitados⁽¹⁶⁾.

Os ACS relataram diferentes propostas de planejamento para a realização das visitas. Em São Gabriel do Oeste planejavam-nas diariamente, o que possivelmente se deve à maior

disponibilidade de supervisão; já em Rio Verde de Mato Grosso, o planejamento era feito no início da semana ou do mês. Pôde-se constatar, no entanto, que, embora os ACS atuem de maneiras distintas, a maioria expressou que planeja as visitas domiciliares. Segundo o Ministério da Saúde, os ACS devem realizar no mínimo oito visitas diárias, o que pode variar de acordo com as necessidades identificadas⁽¹⁵⁾.

Verificou-se que o acúmulo dos dois programas na percepção dos ACS de São Gabriel do Oeste não interferiu na produtividade de suas visitas diárias, que foram feitas em número semelhante a Rio Verde de Mato Grosso, onde os ACS executavam exclusivamente visitas pertinentes à ESF.

Indagou-se também se os ACS priorizavam alguns dos vários relatórios que preenchiam. As respostas foram afirmativas, mas revelaram priorizações diferenciadas. Embora os agentes de Rio Verde de Mato Grosso executassem exclusivamente ações da ESF, a Ficha A não foi citada. Ao contrário, os ACS de São Gabriel do Oeste, que acumulavam dois programas, citaram a Ficha A com percentuais iguais aos da Ficha de Controle da Dengue, o que demonstra serem ambos importantes para esse grupo. A Ficha de Cadastramento das Famílias - Ficha A é um instrumento essencial, pois possibilita ao ACS conhecer as reais condições de vida das famílias residentes em sua área de atuação⁽¹⁷⁾.

Entre os grupos prioritários analisados, não foram identificadas diferenças no acompanhamento das gestantes, com exceção do número de visitas domiciliares, que, em Rio Verde de Mato Grosso, foram realizadas com maior frequência.

No acompanhamento dos esquemas vacinais houve maior participação das equipes de Rio Verde de Mato Grosso, pois comunicavam aos ACS o nome das crianças não vacinadas, a fim de que fossem visitadas. Esta participação foi pouco relatada pelos agentes de São Gabriel do Oeste. Como recurso para o acompanhamento da situação vacinal, a grande maioria dos ACS de São Gabriel do Oeste utilizava o cartão-espelho, bem menos empregado em Rio Verde de Mato Grosso, possivelmente pelo fato de que os ACS desse município utilizavam também um caderno para registro de dados das crianças e datas das vacinas. Apesar do acúmulo dos dois programas em São Gabriel do Oeste, não houve prejuízo, segundo a percepção dos ACS, no acompanhamento dos esquemas vacinais, visto que a maioria relatou acompanhá-los por meio do cartão-espelho.

Outra atividade analisada foi o monitoramento dos hipertensos e diabéticos cadastrados. As Fichas B – Hipertenso e B - Diabético foram utilizadas por mais da metade dos ACS de Rio Verde de Mato Grosso, ao passo que as orientações referentes aos medicamentos prescritos, à dieta e ao controle da pressão arterial e glicemia capilar, foram mais citadas pelos agentes de São Gabriel do Oeste. As orientações a esses pacientes são fundamentais para o controle da doença e foram as priorizadas pelos ACS de São Gabriel do Oeste.

Com relação ao Programa de Controle da Dengue, dentre as atribuições inerentes aos ACS que foram preconizadas desde 2002, por meio da Portaria nº 44, está a vistoria dos cômodos das moradias, que deve ser acompanhada pelos moradores, para a identificação de criadouros de *Aedes aegypti* e outros mosquitos⁽³⁾. Essa atividade foi citada pela quase totalidade dos ACS de São Gabriel do Oeste, o que mais uma vez

demonstra que o controle da dengue já estava incorporado a sua rotina de trabalho, contrariamente ao verificado entre os ACS de Rio Verde de Mato Grosso que, apesar de capacitados, não faziam vistorias, concentrando-se principalmente no repasse de informações e orientações.

A sobrecarga de trabalho foi mencionada em maior percentual pelos ACS de São Gabriel do Oeste, embora considerassem as atividades do Programa de Controle da Dengue como de sua responsabilidade. No entanto, destacaram a questão salarial, pois, por acumularem os dois programas, consideravam-se merecedores de maiores salários.

A sobrecarga é agravada pela falta de clareza na delimitação das atribuições dos ACS⁽¹⁸⁾. Na prática, um leque considerável de ações junto às famílias e à comunidade lhes é atribuído, o que inclui a identificação de crianças fora da escola, a limpeza de caixas d'água para combate ao mosquito da dengue e o recebimento das mais variadas reclamações.

Em experiência realizada no município de Pirai-RJ, a incorporação das ações de vigilância da dengue pelos ACS também demonstrou sobrecarga de trabalho, justificada pela quantidade de protocolos de atendimentos pelos quais são responsáveis, e da vigilância a diversos agravos a saúde. Além disso, referiram dificuldades operacionais devido à falta de articulação com outros ACS, com os ACE ou com as coordenações, de maneira a viabilizar modos de operar mais funcionais e homogêneos entre os profissionais⁽¹⁹⁾.

Outro exemplo dessa incorporação foi desenvolvido em São José do Rio Preto-SP, que a considerou viável, capaz de evitar duplicidade das visitas domiciliares pelos agentes, maior adesão e facilidade no repasse de orientações sobre prevenção aos moradores pelo ACS. A atuação desse profissional trouxe novos elementos à discussão sobre o papel do ACE e de sua relação com a população e o serviço de saúde⁽¹³⁾.

CONCLUSÃO

A pesquisa evidenciou que a proposta de incorporação das ações do Programa de Controle da Dengue à Estratégia Saúde da Família, com a presença de apenas um agente de saúde, mostrou-se viável em São Gabriel do Oeste e, segundo a percepção dos ACS, não trouxe prejuízos a suas atividades.

Foi possível identificar a necessidade de que os gestores municipais realizem adequações locais, para que não ocorra sobrecarga de trabalho para os ACS, como a diminuição de suas microáreas, levando em conta as peculiaridades de seus territórios; e de que atividades de maior complexidade, como o uso de bombas intercostais, sejam realizadas por outros profissionais, a fim de não prejudicar o atendimento da população adscrita. Foi identificada também a necessidade de valorização desse profissional, por meio de remuneração pertinente, já que assumem um maior número de atividades em sua rotina de trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica 2012 [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012 [acesso em 20 de setembro de 2012]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
2. Ávila MMM. O programa de agentes comunitários de saúde no Ceará: o caso de Uruburutama. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(1):349-60.
3. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes nacionais para a prevenção e controle de epidemias de dengue [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009 [acesso em 20 de setembro de 2012]. Disponível em: file:///C:/Users/Cliente/Downloads/diretrizes_dengue.pdf
4. São Gabriel do Oeste (MS). Lei Complementar nº 52, de 24 de abril de 2008. Dispõe sobre a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde, na forma que específica e dá outras providências. *Diário Oficial dos Municípios do Estado do Mato Grosso do Sul* 2008;Seção 1.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cadernos de Informações de Saúde [Internet]. Mato Grosso do Sul: IBGE; 2010 [acesso em 01 de julho de 2011]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/ms.htm>
6. Mascarenhas CHM, Prado FO, Fernandes MH. Fatores associados à qualidade de vida de agentes comunitários de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(5):1375-86.
7. Santos KT, Saliba NA, Moimaz SAS, Arcieri RM, Carvalho ML. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(Suppl.1):1023-8.
8. Ferraz L, Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(2):347-55.
9. Santana JCB, Vasconcelos AL, Martins CV, Barros JV, Soares JM, Dutra BS. Agente comunitário de saúde: percepções na estratégia da saúde da família. *Cogitare Enferm*. 2009;14(4):645-52.
10. Gomes KO, Cotta RMM, Cherchiglia ML, Mitre SM, Batista RS. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. *Saúde Soc [Internet]*. 2009 [acesso em 01 de julho de 2011];18(4):744-55. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?!isScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=534236&indexSearch=ID>
11. Mota RRA, David HMSL. A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho? *Trab Educ Saúde*. 2010;8(2):229-48.
12. Mato Grosso do Sul (MS), Secretaria de Estado de Saúde, Diretoria Geral Vigilância em Saúde, Coordenadoria de Controle de Vetores. Capacitação para agentes do PNCD: EACS/ESF na estratégia do zoneamento compartilhado. Campo Grande; Secretaria de Estado de Saúde; 2009.
13. Chiaravalloti Neto F, Barbosa AAC, Cesarino MB, Favaro

- EA, Mondini A, Ferraz AA, 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. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(5):987-97.
14. Barros DF, Barbieri AR, Ivo ML, Silva MG. O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. *Texto & Contexto Enferm* [Internet]. 2010 [acesso em 01 de julho de 2011];19(1):78-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a09>
15. Moura MS, Carvalho CJ, Amorim JTC, Marques MFSS, Moura LFAD, Mendes RF. Perfil e práticas de saúde bucal do agente comunitário de saúde em municípios piauienses de pequeno porte. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(Supl.1):1487-95.
16. Ministério da Saúde (BR). O trabalho do agente comunitário de saúde [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009 [acesso em 01 de julho de 2011]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf
17. Costa SM, Araújo FF, Martins LV, Nobre LLR, Araújo FM, Rodrigues CAQ. Agente comunitário de saúde: elemento nuclear das ações em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(7):2147-56.
18. Tomaz JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super herói”. *Interface Comun Saúde Educ*. 2002;6(10):75-94.
19. Libanio KR, Favoreto CAO, Pinheiro R. Análise da integração da vigilância ambiental no controle da dengue com a estratégia saúde da família: impacto nos saberes e práticas dos agentes comunitários de saúde. *Physis (Rio J.)*. 2014;24(1):147-63.
-