

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

BRENDA CARVALHO DAMASCENA LIMA

**DESAFIOS PARA A PREVENÇÃO E CONTROLE DA DENGUE NO MUNICÍPIO
DE NOVA VENÉCIA- ESPÍRITO SANTO A PARTIR DA PERCEPÇÃO DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

VITÓRIA-ES

2021

BRENDA CARVALHO DAMASCENA LIMA

**DESAFIOS PARA A PREVENÇÃO E CONTROLE DA DENGUE NO MUNICÍPIO
DE NOVA VENÉCIA- ESPÍRITO SANTO A PARTIR DA PERCEPÇÃO DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Dr^a Roberta Ribeiro Batista Barbosa

Co-orientadora: Dr^a Solange Rodrigues da Costa

Área de concentração: Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local.

Linha: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais.

VITÓRIA-ES

2021

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

L732d Lima, Brenda Carvalho Damascena
Desafios para a prevenção e controle da dengue no município de Nova Venécia – Espírito Santo a partir da percepção dos profissionais de saúde / Brenda Carvalho Damascena Lima. - 2022.
104 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Roberta Ribeiro Batista Barbosa.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2022.

1. Dengue – prevenção - Nova Venécia (ES). 2. Epidemiologia. 3. Vigilância epidemiológica. 4. Políticas de saúde. I. Barbosa, Roberta Ribeiro Batista. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD: 614.571

BRENDA CARVALHO DAMASCENA LIMA

**DESAFIOS PARA A PREVENÇÃO E CONTROLE DA DENGUE NO MUNICÍPIO
DE NOVA VENÉCIA- ESPÍRITO SANTO A PARTIR DA PERCEPÇÃO DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em.....de.....de.....

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Roberta Ribeiro Batista Barbosa

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM
(Orientadora)

Prof^a Dr^a Maria Carlota de Rezende Coelho

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM
(Banca Interna)

Prof. Dr. Marcello Dalla Bernardina Dalla

Instituto Capixaba de Educação Pesquisa e Inovação em Saúde da Secretaria de
Estado da Saúde do Espírito Santo
(Banca Externa)

RESUMO

A dengue é uma arbovirose de grande impacto na saúde pública no Brasil e em vários países do mundo. Sabe-se que a erradicação da doença não é possível na atualidade, portanto, é necessário buscar mecanismos mais eficazes de controle da doença. Algumas políticas de saúde são de grande importância e norteiam as ações de prevenção, controle e tratamento dos pacientes acometidos pela dengue, dentre as mais importantes estão a Política Nacional de Controle da Dengue e as Diretrizes para Prevenção e Controle da Dengue. O estudo propõe-se conhecer os desafios enfrentados por um município do Espírito Santo frente à prevenção e controle da dengue, sob a visão dos profissionais de saúde e descrever possíveis estratégias a serem adotadas pelo município para a superação desses desafios enfrentados. Trata-se de pesquisa exploratória, descritiva, de abordagem qualitativa, desenvolvida por meio de entrevistas com profissionais de saúde do referido município. A análise dos dados deu-se por meio de Análise Textual Discursiva. Observou-se que muitos são os desafios a serem enfrentados para o controle da dengue, que é uma das doenças de maior importância no município. Dentre os profissionais entrevistados estão profissionais da gerência da vigilância epidemiológica e secretaria de saúde, médicos, enfermeiros, agentes comunitários de endemias e supervisores de área, que constituem importantes atores na prevenção, controle e tratamento de pacientes acometidos pela dengue. Algumas estratégias já foram implementadas, como ajuste no quantitativo de agentes de endemias de acordo com o número de imóveis do município e aplicação de multas para moradores que não cumprirem a notificação para limpeza correta dos imóveis com focos do vetor *Aedes Aegypti*. Toda a questão se norteia em conseguir conscientizar a população da importância de cuidar ativamente do seu espaço e de fazer-se entender que os órgãos públicos e governantes precisam pensar na dengue de forma dinâmica, já que as estratégias comuns não têm alcançado o efeito desejado na prevenção da doença.

Palavras-Chave: Dengue. Epidemiologia. Vigilância Epidemiológica. Políticas de Saúde.

ABSTRACT

Dengue is an arbovirus with a great impact on public health in Brazil and in several countries around the world. It is known that eradication of the disease is not currently possible, so it is necessary to seek more effective mechanisms for controlling the disease. Some health policies are of great importance and guide the actions of prevention, control and treatment of patients affected by dengue, among the most important are the National Policy for Dengue Control (PNCD) and the Guidelines for the Prevention and Control of Dengue. The study proposes to understand the challenges faced by a municipality in Espírito Santo regarding the prevention and control of dengue, from the perspective of health professionals, and to describe possible strategies to be adopted by the municipality to overcome these challenges. This is an exploratory, descriptive research with a qualitative approach, developed through interviews with health professionals from that municipality. Data analysis was carried out through Discursive Textual Analysis. It was observed that there are many challenges to be faced for the control of dengue, which is one of the most important diseases in the city. Among the professionals interviewed are professionals from the management of epidemiological surveillance and the health department, physicians, nurses, community agents for endemic diseases and area supervisors, who are important actors in the prevention, control and treatment of patients affected by dengue. Some strategies have already been implemented, such as adjusting the quantity of endemic agents according to the number of properties in the municipality and applying fines to residents who do not comply with notification for correct cleaning of properties with outbreaks of the *aedes aegypti* vector. The whole issue is guided by making the population aware of the importance of actively taking care of their space and making themselves understood that public bodies and governments need to think about dengue in a dynamic way, since common strategies have not achieved the desired effect on disease prevention.

Keywords:

Dengue. Epidemiology. Epidemiological surveillance. Health policies

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Classificação de risco de acordo com sinais e sintomas	30
Figura 2 - Competências de cada ponto de atenção à saúde	32
Figura 3 - Casos notificados de dengue de 1995 a 2012 no Espírito Santo.....	37
Figura 4 - Casos de dengue no Espírito Santo de 2013 a 2019.....	37
Figura 5 - Curva epidêmica dos casos notificados de dengue, por semana epidemiológica de início de sintomas, Espírito Santo, SE 1 a 53/2020.....	41
Figura 6 - Taxa de incidência de dengue no Espírito Santo, por município SE 1 a 53, 2020	41
Figura 7 - Taxa de incidência de dengue no Espírito Santo, por município, SE 01 a 17, 2021	42
Figura 8 - Número de casos de dengue por semana epidemiológica (SE) 01 (03/01/2021 a 09/01/2021) e a semana epidemiológica (SE) 26 (27/06/2021 a 03/07/2021) no Estado do Espírito Santo.....	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Casos prováveis de dengue de acordo com ano de notificação no período de 2014 a 2020 no Brasil	39
Tabela 2 - Casos Prováveis de dengue segundo ano de notificação no período de 2014 a 2019 no município de Nova Venécia	45

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Número de óbitos confirmados em investigação de dengue até a SE 50 no Estado do Espírito Santo, 2020.....	42
Quadro 2 - Caracterização dos participantes quanto ao local de trabalho, formação e tempo de atuação no município de Nova Venécia ES/Brasil.....	49
Quadro 3 - Fatores que dificultam a prevenção e controle da dengue.....	51
Quadro 4 - Desafios enfrentados pelo município para o controle da dengue.....	58
Quadro 5 - Medidas a serem tomadas pelo município para o controle da dengue ..	70

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE	Agentes Comunitários de Endemias
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ATD	Análise Textual Discursiva
CNES	Constam no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IES	Instituição de Ensino Superior
IBGE	Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LIRAA	Levantamento Rápido de Índices para <i>Aedes aegypti</i>
NEMES	Núcleo de Entomologia e Malacologia do Espírito Santo
PEAA	Programa de Erradicação do <i>Aedes aegypti</i>
PIACD	Plano de Intensificação das Ações de Controle da Dengue
PNEAM	Programa Nacional de Enfrentamento ao <i>Aedes</i> e a Microcefalia
SE	Semana Epidemiológica
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
UBS	Unidade Básica de Saúde
UVB	Ultrabaixo Volume

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVOS.....	16
2.1 OBJETIVO GERAL.....	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3 MÉTODOS	17
3.1 TIPO DE ESTUDO	17
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	17
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	20
3.3.2 Critérios de Inclusão	21
3.3.2 Critérios de Exclusão.....	21
3.4 PROTOCOLO DO ESTUDO	21
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	22
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	24
4. ESTRUTURA DA PESQUISA.....	25
5 CAPÍTULO I – ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS E A POLÍTICA DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA DENGUE: uma revisão integrativa	25
5.1 DENGUE: CONCEITO, TRANSMISSÃO, QUADRO CLÍNICO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO.....	25
5.2 HISTÓRICO DA DENGUE NO BRASIL E NO ESPÍRITO SANTO	33
5.3 EPIDEMIOLOGIA DA DENGUE NO BRASIL	38
5.3.1 Epidemiologia da Dengue no Espírito Santo.....	40
5.3.2 Epidemiologia da Dengue em Nova Venécia.....	44
5.4 POLÍTICAS DE SAÚDE PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DA DENGUE	45
5.4.1 Políticas de Prevenção da Dengue	47
5.4.2 Políticas de Controle da Dengue	48

5.5 ATORES ENVOLVIDOS NO CONTROLE E PREVENÇÃO DA DENGUE	49
6 CAPÍTULO II - DESAFIOS PARA A PREVENÇÃO E CONTROLE DA DENGUE EM NOVA VENÉCIA ESPÍRITO SANTO.....	49
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
REFERÊNCIAS.....	89
APÊNDICES	98
APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA SOBRE OS DESAFIOS PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DA DENGUE	98
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	99
ANEXOS	101
ANEXO A – PARECER DO CEP	101

1 INTRODUÇÃO

Os arbovírus são vírus transmitidos aos seres humanos pela picada de artrópodes hematófagos, que causam infecções clínicas e subclínicas que normalmente se manifestam sob a forma de quatro síndromes: encefalites, febres benignas de curta duração, febres hemorrágicas e poliartrite acompanhada de erupção cutânea. Apresentam gravidade variada, podendo ser assintomática, apresentar sintomas moderados a graves ou ter evolução para óbito (ROUQUAYROL; GURGEL, 2018).

Recentemente tem se observado a emergência de doenças causadas por arbovírus (arboviroses), com destaque para a Febre de Chikungunya e Febre de Zika, e reemergência da Dengue. Doenças reemergentes são aquelas causadas por microrganismos conhecidos que estavam controlados, porém se tornaram resistentes aos agentes antimicrobianos comuns ou que estão se disseminando de forma rápida (ROUQUAYROL; GURGEL, 2018).

As arboviroses constituem um grande desafio à saúde pública, devido às mudanças climáticas e ambientais e aos desmatamentos que favorecem a amplificação, a transmissão viral, além da transposição da barreira entre espécies, constituindo grande ameaça à saúde humana (LOPES; NOZAWA; LINHARES, 2014).

Sabe-se que a dengue é a principal arbovirose que atinge o homem na atualidade. Trata-se de patologia generalizada ao longo dos trópicos, com variações locais de risco, influenciadas pela precipitação, temperatura e rápida urbanização não planejada. No Brasil, os arbovírus encontraram ambiente favorável, pois o clima tropical e subtropical favorece a proliferação dos vetores, especialmente o *Aedes Aegypti*, sendo, o Espírito Santo, O estado da região Sudeste um dos mais afetados pelas arboviroses, com aumento significativo no número de casos (OPAS, 2019).

A prevenção e controle da dengue é feita através do cuidado com a multiplicação do vetor *Aedes Aegypti*, causador da doença, e se torna tão complexa, pois compreende melhorias na infraestrutura dos municípios, no saneamento básico, sistema de distribuição de águas, esgotos sanitários, aterros sanitários e coletas de

lixo regulares. Além de evidenciar a educação em saúde para conscientização e mobilização da população para o cuidado com seus domicílios. Por ser uma atividade a nível multissetorial, nota-se a dificuldade em colocar em prática a prevenção e controle da dengue, visto que precisa da colaboração e interação de vários setores da comunidade (GONÇALVES *et al.*, 2020).

Vários profissionais são fundamentais para que o controle da dengue aconteça. O trabalho dos Agentes Comunitários de Endemias (ACE) e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) contribuem de forma significativa para a melhoria da saúde da população, visto que têm forte vivência no dia a dia da comunidade, facilita as ações e fortalece a participação da população. O trabalho dos ACS, juntamente com o ACE, é de atuar em situação de surtos e epidemia, participar das ações de prevenção e controle de doenças e educação em saúde, juntamente com médicos, enfermeiros, gestores, coordenadores de vigilâncias, supervisores, bem como a comunidade, são os principais responsáveis pelo controle do vetor (TORRES, 2009).

Para dar conta da problemática da dengue, foi criado em 1996 o Programa de Erradicação do *Aedes Aegypti* (PEAa), devido ao aparecimento de casos de dengue hemorrágica, que consistiu na elaboração de um projeto de integração entre diversos ministérios para controlar a doença. Em 2001, a Fundação Nacional da Saúde (FUNASA) abandonou a meta de erradicar o *Aedes Aegypti* no País, visto que era uma meta irreal, frente a isso, foi necessário elaborar planos mais efetivos de controle da doença. Então, o Ministério da Saúde instituiu o Plano de Intensificação das Ações de Controle da Dengue (PIACD) (GOULART *et al.*, 2016).

O PIACD foi alicerçado em dez componentes: (1) vigilância epidemiológica – integração e fortalecimento de vigilâncias e diagnóstico laboratorial, (2) atenção básica e assistência, (3) vigilância entomológica e combate ao vetor, (4) ações específicas de saneamento básico no controle da dengue, (5) ações integradas de educação em saúde e mobilização social, (6) comunicação social, (7) legislação, (8) sustentação político/social, (9) acompanhamento e avaliação do plano e (10) pesquisa aplicada (FERREIRA; VERAS; SILVA, 2009 p. 963).

Em 2002 surge o Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), e entendeu-se que era necessário a construção “permanente” do programa por tratar-se de uma doença que não pode ser erradicada em curto prazo. O programa propôs os

seguintes objetivos: reduzir a infestação pelo *Aedes aegypti*, a incidência da dengue e a letalidade por febre hemorrágica de dengue (FERREIRA; VERAS; SILVA, 2009).

Apesar dos esforços empregados pelos órgãos responsáveis, campanhas e Políticas Públicas de saúde, se observa um fenômeno de reemergência da dengue, portanto, é de suma importância compreender como se dá o controle de prevenção e controle desse fenômeno.

A motivação para a realização desse estudo baseou-se na vivência como preceptora de estágio do curso de Enfermagem em uma Instituição de Ensino Superior (IES) localizada no município de Nova Venécia, norte do Espírito Santo, onde foi possível observar, em 2019, uma epidemia de dengue naquela região.

Em conversa com gestores e profissionais de saúde do município, observou-se que a temática da dengue afeta a população de forma significativa e exige que estudos sejam realizados no intuito de entender a ocorrência desse fenômeno e buscar soluções de enfrentamento. Mediante ao exposto, a pergunta do presente estudo é: “Quais os desafios para a prevenção e controle da dengue em Nova Venécia- ES, à partir da percepção dos profissionais de saúde?”.

Acredita-se que, os resultados deste estudo, fornecerá informações necessárias, através da visão dos servidores sobre os principais desafios para a prevenção e controle da dengue, na qual será possível subsidiar ações que poderão ser adotadas pelo município em seu planejamento estratégico. Este estudo será apresentado à Secretaria Municipal de Saúde do referido município e espera-se que possa contribuir com o enfrentamento da Dengue, diminuindo as consequências causadas pela doença na população local.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer os desafios enfrentados por um município do Espírito Santo frente à prevenção e controle da dengue, sob a visão dos profissionais de saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar os fatores que dificultam a prevenção e o controle da dengue no município;
- b) Descrever possíveis estratégias a serem adotadas pelo município para a superação desses desafios enfrentados.

3 MÉTODOS

A dissertação está estruturada em dois capítulos. O primeiro capítulo buscou, a partir de uma revisão narrativa da literatura, apresentar os aspectos clínicos e epidemiológicos da dengue, bem como a política de prevenção e controle do agravo no Brasil, ES e em Nova Venécia buscando subsídios para a discussão dos resultados. O segundo capítulo, trata-se dos resultados que buscou conhecer os desafios para a prevenção e controle da Dengue em um município do norte do Espírito Santo.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva e de abordagem qualitativa. “As pesquisas exploratórias têm o objetivo de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores” (GIL, 2010, p.46).

No estudo descritivo os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira diretamente neles. Isso significa que os fenômenos do mundo físico e humano são estudados, porém, não há intervenção por parte do pesquisador (GIL, 2010; MARCONI; LAKATOS, 2017). A pesquisa qualitativa, de acordo com Minayo (2013, p.22-23):

[...] entendida como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no município de Nova Venécia, situado ao norte do estado do Espírito Santo, localizado a 250 quilômetros da capital, Vitória. Possui área de 1.448 km², é o quarto município em extensão territorial do Estado. No último censo, da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, Nova

Venécia tinha uma população de 46.063 habitantes, porém, a estimativa em 2020 era de cerca de 50.434 habitantes.

O território do atual Município de Nova Venécia foi habitado pelos índios Aimorés que, fugindo dos combates com as forças portuguesas, procuraram refúgio nas serras situadas nas cabeceiras do rio Cricaré. A primeira penetração no território efetuou-se em 1870, pelo Major Antônio Rodrigues da Cunha, Barão de Aimorés. Com a chegada de outros colonizadores, fundou-se um núcleo populacional denominado Serra dos Aimorés, devido a região ter sido habitada inicialmente pelos índios dessa tribo. O município é composto por 4 distritos: Nova Venécia, Guararema e Santo Antônio do Quinze e Cristalino (INCAPER, 2020).

Nova Venécia é um município com influência da cultura italiana, atualmente muito valorizada, devido ao fato de ser colonizada pelos imigrantes italianos no Estado, conhecida como “capital nacional do granito” devido suas imensas jazidas. A cafeicultura e a pecuária bovina (leite) são as atividades mais importantes do setor primário do município, seguidas pelas extrações de rochas ornamentais, que tem crescido muito na região (ESPÍRITO SANTO, 2011). O município é muito montanhoso e seu território está situado quase todo sobre uma formação rochosa muito antiga, hoje, bastante desgastada, formada pelo resfriamento do magma sob a superfície. A Pedra do Elefante, com cerca de 604 metros de altitude, é a formação montanhosa mais conhecida e se tornou cartão postal da cidade. A geologia do município é relativamente acidentada, com muitos morros e colinas. A cidade se desenvolveu principalmente ao longo do vale do rio Cricaré, mas também se estende para atrás de algumas colinas. Possui clima tropical, com temperaturas elevadas e chuvas de novembro a março¹.

Constam no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), como postos de Saúde, oito estabelecimentos e como Unidades Básicas de Saúde, treze estabelecimentos e um Hospital filantrópico, que atende ao Sistema Único de Saúde (SUS). Conta também com uma unidade da Rede Cuidar Norte, que atende à demanda de especialidades da região norte do Estado. Em relação à gestão da

¹ Informação disponível em: <https://lugaresquefazer.com/wiki/nova-venecia-espírito-santo-brasil?spmchkbj=spmprvbj39hw>

saúde no município, os setores que estão envolvidos na prevenção e controle da dengue no município são as vigilâncias: em saúde, sanitária, epidemiológica e ambiental. Todos trabalham em conjunto, cada um em suas competências, de forma hierarquizada.

De acordo com informações colhidas no setor de vigilância ambiental, em 2019 o município contava com dezessete agentes comunitários de endemias, número insuficiente comparado à demanda do município. A falta de recursos dificulta as ações de prevenção e controle dessa arbovirose.

De acordo com a Portaria nº 1025, de 21 de julho de 2015, da vigilância ambiental, seriam necessários 24 Agentes Comunitários de Endemias (ACE) para atender as necessidades do município, que, segundo informações, em 2021, foi corrigido pelo município. São estabelecidos alguns critérios para a contratação de agentes comunitários de endemias:

Para o critério dengue, foram utilizadas as informações do ano de 2014, sobre infestação dos municípios, considerando o cálculo de 1 ACE para cada 6.750 imóveis para municípios não infestados e 1 ACE para cada 800 imóveis para municípios infestados, conforme descrito no Programa Nacional de Controle da Dengue. Para a definição do número de imóveis, foram adotados os dados do IBGE do Censo de 2010, pela Tabela de Imóveis, retirando-se o número dos apartamentos, com a aplicação do percentual fornecido pelo próprio IBGE, e acrescentando-se 30% relativo ao número de prédios comerciais e terrenos baldios. Foi acrescido ainda ao número de imóveis considerado para o cálculo, o número total de imóveis da base de dados do Programa Habitacional “Minha casa, minha vida” entregues no período de 2010 a 2014” (BRASIL, 2018, s./p.).

O município segue as Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle da Dengue de 2009, instituída pelo Ministério da Saúde, onde os pacientes assistidos passam por uma triagem para os casos suspeitos, que são classificados de acordo com a gravidade, através de grupos. Possui atenção primária, secundária e terciária, porém, não conta com leitos de Unidade de Terapia Intensiva. Quando ocorre demanda deste serviço, os pacientes são encaminhados para o município de São Mateus.

Os pacientes, identificados como suspeitos de dengue, passam por um acolhimento na Unidade Básica de Saúde (UBS), que realiza a verificação de sinais vitais e a classificação de risco. Podendo ser classificados da seguinte forma:

Grupo A - são aqueles que não apresentam sangramentos ou sinais de alarme e são encaminhados a Unidade Básica de Saúde;

Grupo B - são os que apresentam sangramento, devem ser atendidos em um ponto da atenção secundária e necessitam de hidratação venosa. Como o município não possui pronto atendimento, esses pacientes são encaminhados para o hospital;

Grupo C - pacientes que apresentam sinais de alarme, são atendidos na atenção terciária e necessitam de hidratação venosa vigorosa;

Grupo D - apresentam sinais de choque, necessitam de hidratação venosa imediata e monitorização em leitos de UTI, sendo então encaminhado para o município de São Mateus.

Por se tratar de doença de notificação compulsória, é necessário o preenchimento da Ficha de Notificação/investigação, que alimenta o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), que contém dados sobre o paciente, local de atendimento, sinais e sintomas, resultados de exame laboratorial, dentre outras informações pertinentes.

Em relação à ficha de notificação, ela é preenchida nas Unidades de Saúde pelo enfermeiro, é solicitada a coleta de sangue e encaminhada ao laboratório de referência para confirmação. O paciente é encaminhado ao setor de vigilância epidemiológica, onde a Ficha de Investigação é preenchida para encerramento do caso.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo 16 profissionais. Dentre eles, responsáveis pelo planejamento de estratégias, bem como aqueles que executam ações para o enfrentamento das arboviroses nesse município: gerente de vigilância em saúde, coordenador da vigilância epidemiológica, profissional da vigilância epidemiológica,

profissional da vigilância ambiental, gerente do serviço de zoonoses e coordenador da vigilância ambiental. Os demais profissionais, que não fazem parte da gerência, foram selecionados a partir de indicação da chefia ou se apresentaram desejo em participar da pesquisa. Trata-se de profissionais que possuem experiência e inserção no processo de gestão do controle da dengue no município.

3.3.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídos como participantes deste estudo os agentes de endemias, gestores e profissionais de saúde que aceitaram contribuir e que estavam exercendo suas funções no controle da dengue no município de Nova Venécia no período da coleta de dados, entre março e setembro de 2020.

3.3.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos do estudo os participantes que no período de coleta de dados estavam de licença médica ou em período de férias.

3.4 PROTOCOLO DO ESTUDO

Os dados foram obtidos por meio de entrevista estruturada. Nesse tipo de entrevista, o entrevistador segue um roteiro estabelecido, onde as perguntas são previamente determinadas através de um formulário que é aplicado a pessoas selecionadas, de acordo com os objetivos (MINAYO, 2013). Para a realização das entrevistas, a pesquisadora entrou em contato com os profissionais e os que aceitaram participar da pesquisa puderam indicar qual melhor lugar para realizá-la. As entrevistas, gravadas no próprio local de trabalho, foram feitas em salas fechadas sem a presença de terceiros, para que o entrevistado tivesse privacidade em suas falas.

O formulário de entrevistas foi composto de perguntas com o intuito de obter informações relacionadas às possíveis dificuldades encontradas pelos servidores do município em relação à prevenção e controle da dengue, bem como as sugestões para superá-las (APÊNDICE A). O tempo das entrevistas foi em média vinte minutos, foi utilizado o gravador de um smartphone como instrumento de registro. Posteriormente foram transcritas na íntegra pela pesquisadora.

Foi realizado agendamento prévio das entrevistas, em data e local combinados entre o pesquisador e o entrevistado. O entrevistado escolheu o local que se sentisse mais à vontade para responder o questionário, para minimizar os riscos de constrangimento.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Nesse estudo foram utilizadas técnicas que visam analisar os conteúdos obtidos por meio das entrevistas. Portanto, foi utilizada uma metodologia de análise de dados e informações de natureza qualitativa com a finalidade de produzir novas compreensões sobre o fenômeno estudado. Para tanto, foram adotados os procedimentos de organização do material, exploração dos conteúdos e o tratamento dos resultados (FRANCO, 2018; MORAES; GALIAZZI, 2007; CÂMARA, 2013). A primeira etapa da análise foi ouvir várias vezes as gravações com as respostas dos entrevistados.

Esse tipo de abordagem tem a finalidade de explicar e sistematizar o conteúdo da mensagem e seu significado por meio de técnicas, que realizam deduções lógicas e justificadas, tendo como referência sua origem (quem emitiu) e o contexto das mensagens ou os efeitos delas (KRIPKA; SCHELLER; BONOTTO, 2015; MORAES; GALIAZZI, 2007).

Sendo assim, optou-se pela Análise Textual Discursiva (ATD), abordagem que transita entre a análise de conteúdo e a análise de discurso. Tem a finalidade de produzir novas compreensões sobre os fenômenos e discursos, se desenvolve em três momentos: unitarização, categorização e comunicação. O pesquisador, em um primeiro momento, desconstrói os discursos obtidos nas entrevistas, e em seguida fragmenta as informações obtidas, produzindo diversas unidades de análise, para, posteriormente, categorizá-las. Por fim, são desenvolvidos textos para apresentar o que foi compreendido do objeto investigado (MORAES; GALIAZZI, 2007).

Podemos definir da seguinte forma os passos da primeira fase - a unitarização - do processo analítico com a Análise Textual Discursiva:

A prática de unitarização tem demonstrado que esta pode ser concretizada em três momentos distintos: 1. fragmentação dos textos e codificação de cada unidade; 2. reescrita de cada unidade de modo que assuma um significado o mais completo possível em si mesma; 3. atribuição de um nome ou título para cada unidade assim produzida (MORAES, 2003, p. 195 *apud* MEDEIROS; AMORIM, 2017).

A unitarização do corpus da análise está relacionada ao processo de desconstrução, desmontagem e fragmentação dos textos e/ou discursos analisados, enfatizando seus elementos constituintes. Consiste em focar nos detalhes e nas partes componentes do material selecionado para análise, é um processo de divisão que toda análise qualitativa desenvolve. Com essa desmontagem e fragmentação do material analisado, objetiva-se perceber, por meio da leitura e da significação realizada, os sentidos dos textos e discursos em diferentes limites de seus detalhes (MEDEIROS; AMORIM, 2017).

As tabelas foram construídas de acordo com as três perguntas do questionário, contendo a função do entrevistado e as unidades de sentido encontradas nas respostas.

A partir da unitarização foi possível realizar a categorização, com o surgimento de novos entendimentos e sentidos. As categorias vão emergindo, inicialmente sem precisão e inseguras, mas gradativamente sendo explicitadas com rigor e clareza (MORAES; GALIAZZI, 2006).

Na categorização ocorre o agrupamento de componentes similares, nomeação e estabelecimento das categorias, no momento em que vão sendo produzidas. A explicitação das categorias acontece através do retorno cíclico às unidades de análise, no intuito da construção gradativa do significado de cada categoria. Devido a isso, as categorias vão sendo aprimoradas e delimitadas com rigor e precisão (MORAES, 2003). As tabelas foram divididas em unidades de sentido, e duas subcategorias: população e órgãos públicos.

Na última fase, concretiza-se a comunicação, representada em metatextos que, de forma criativa e original, mostram a compreensão do objeto investigado. É resultante de processos auto-organizados a partir de intensa análise feita pelo pesquisador. O

metatexto traz as marcas de realidades coletivas, mas também de quem o construiu (MEDEIROS; AMORIM, 2017).

Por fim, após leitura e escuta exaustiva do material, percebeu-se que as respostas se repetiam em várias falas, o que possibilitou sintetizar e discorrer à luz do conteúdo.

Para o tratamento dos resultados foi realizada também análise e interpretação dos dados a partir das evidências científicas a respeito da temática pesquisada, sendo muito importante, nesse processo, a valorização das falas dos participantes do estudo. Trata-se de um movimento que busca, por meio da análise dos discursos, compreender os fenômenos manifestos e também aqueles que estão latentes (CÂMARA, 2013).

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi realizada de acordo com as recomendações da Resolução CNS nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para Pesquisa Científica em Seres Humanos, sendo assim, o projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM com nº 3.849.861 (ANEXO A).

Houve uma explicação prévia sobre o estudo e em seguida os profissionais elegíveis para participar do estudo foram convidados a participar, e manifestaram a aquiescência por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). Foi preservado o anonimato dos indivíduos participantes do estudo, sendo que eles não foram identificados nos relatórios de pesquisa. As gravações em áudios serão guardadas sob a responsabilidade da pesquisadora por um período de cinco anos.

5 CAPÍTULO I – ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS E A POLÍTICA DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA DENGUE: UMA REVISÃO NARRATIVA.

5.1 DENGUE: CONCEITO, TRANSMISSÃO, QUADRO CLÍNICO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

A Dengue é uma doença viral transmitida pelo mosquito *Aedes Aegypti*, se dissemina rapidamente no mundo, sendo a mais importante arbovirose que afeta o ser humano, constituindo-se em sério problema de saúde pública. É uma doença febril aguda, onde a maioria dos pacientes se recupera após evolução clínica leve e autolimitada e uma pequena parte progride para doença grave.

As primeiras células infectadas após a inoculação viral pela picada do mosquito são, provavelmente, as células dendríticas da pele. Após a replicação inicial e migração para os linfonodos, os vírus aparecem na corrente sanguínea (viremia) durante a fase febril aguda, geralmente por três a cinco dias. A gênese dos sintomas da dengue ainda não é bem esclarecida, porém considera-se que a liberação de citocinas, como resultado da infecção das células dendríticas, macrófagos e a ativação de linfócitos TCD4+ e TCD8+, desempenha um papel importante. Além disso, a liberação de interferon pelos linfócitos T pode estar intimamente relacionada à queda na contagem de plaquetas, pela supressão da atividade da medula óssea, o que gera sintomas como as petéquias espalhadas pelo corpo. Da corrente sanguínea, os vírus são disseminados a órgãos como fígado, baço, nódulos linfáticos, medula óssea, podendo atingir o pulmão, coração e trato gastrointestinal (SANTOS *et al.*, 2008 *apud* LOPES, NOZAEA; LINHARES, 2014, p. 57).

A etiologia da dengue já foi relacionada aos miasmas, às bactérias, aos protozoários, a um “agente ultramicroscópico”; da mesma forma, a transmissão já foi considerada por meio de miasmas, da via respiratória e, por último, de mosquitos (COURA, 2013).

O vírus da dengue é transmitido através da picada de fêmeas do mosquito *Aedes aegypti*, que tem como reservatório o ser humano. O mosquito transmite a infecção

de 8 a 12 dias depois de se alimentar com sangue humano contaminado. O período de incubação é de 3 a 6 dias, podendo atingir até 15 dias. A doença tem aspectos clínicos variados, podendo apresentar-se como assintomática, dengue clássica, dengue hemorrágica e até choque (ROUQUAYROL; GURGEL, 2013). Pertence à família Flaviviridae, do gênero Flavivírus, apresenta quatro sorotipos, denominados DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4 (BRASIL, 2016).

Quando um sorotipo viral é introduzido em uma população suscetível a ele, aliado a uma alta taxa de infestação predial, e condições ambientais favoráveis ao vetor, ocorre a possibilidade de epidemias (COURA, 2013).

Quando o vírus da dengue circulante no sangue de um humano em viremia (geralmente um dia antes do aparecimento da febre até o sexto dia da doença) é ingerido pela fêmea do mosquito, o vírus infecta o intestino médio e depois se espalha sistemicamente ao longo de um período de oito a doze dias. Após esse período de incubação, o vírus pode ser transmitido para humanos durante futuros repastos. O período de incubação é influenciado por fatores ambientais, especialmente a temperatura. O mosquito permanece infectante até o final da sua vida (6 a 8 semanas) (BRASIL, 2013).

O mosquito *Aedes aegypti* é capaz de transmitir outras arboviroses além da dengue, como a chikungunya, zika e a febre amarela. Essas doenças se disseminam rapidamente no mundo, sendo as mais importantes arboviroses que afetam o ser humano. Essas doenças ocorrem e se disseminam especialmente nos países tropicais e subtropicais, onde as condições do meio ambiente favorecem o desenvolvimento e a proliferação do mosquito (FRANÇA *et al.*, 2017).

A transmissão dos sorotipos do vírus da dengue em uma determinada comunidade e a magnitude das epidemias estão no conjunto de vários fatores, chamados de macro e micro determinantes. Entre os macrodeterminantes destacam-se elevadas temperaturas e a umidade relativa do ar, alta densidade populacional, coleta de resíduos sólidos domiciliares e abastecimento de água potável deficientes; dentre os macrodeterminantes estão o percentual de suscetíveis aos sorotipos circulantes, abundância e tipos de criadouros do mosquito transmissor, altos índices de

infestação predial e densidade demográfica de fêmeas desse vetor (PAHO, 1994 apud COURA, 2013).

O vetor tem um ciclo reprodutivo que se modifica de acordo com as variações de temperatura, o que se relaciona à influência sazonal da doença nos meses mais quentes e úmidos. Apesar da incidência de casos diminuir quando a temperatura cai na segunda metade do ano e aumentar nos meses mais quentes, não há interrupção da cadeia de transmissão (MEDEIROS *et al.*, 2011).

O vírus da dengue pode afetar indivíduos de todas as idades, recém-nascidos, crianças, adultos e idosos, causando um espectro de doenças que vai desde a febre da dengue até as formas mais graves de dengue hemorrágica e síndrome do choque da dengue (LOPES; NOZAWA; LINHARES, 2014).

Deve-se pensar em dengue em todo paciente com febre aguda por até sete dias, acompanhada de no mínimo mais dois sintomas como: cefaleia, dor retroorbital, mialgia, artralgia, cansaço, exantema associado ou não a presença de hemorragias. Constata-se se o paciente esteve em áreas com casos da doença ou que tenha presença registrada de *Aedes Aegypti* por pelo menos 15 dias (GUSSO; LOPES, 2012).

No início da fase febril da doença, se torna mais difícil diferenciá-la de outras doenças febris. Podem ocorrer manifestações hemorrágicas leves, como sangramento de mucosas e membranas e petéquias. Geralmente, costuma ocorrer um aumento e maior sensibilidade do fígado depois de alguns dias da febre. No período de declínio da febre, que costuma ocorrer entre o 3º e o 7º dia da doença, pode haver aumento da permeabilidade capilar, juntamente com o aumento dos níveis de hematócritos, o que caracteriza o início da fase crítica da doença. Leucopenia progressiva e rápida diminuição na contagem de plaquetas precede o extravasamento de plasma. Derrame pleural e ascite podem ser detectados clinicamente, de acordo com o grau do extravasamento e o volume de fluidos infundidos. O choque ocorre quando um volume crítico de plasma é perdido através do extravasamento, o que ocorre entre os dias 4 ou 5 (com intervalo entre 3 a 7 dias) de doença, geralmente precedido por sinais de alarme. Os sinais de alarme

devem ser monitorados rotineiramente e os pacientes devem ser orientados a procurar a assistência médica na ocorrência desses sinais (SANTA CATARINA, 2015).

O choque pode ser identificado através de sintomas como pulso fraco e rápido, declínio da pressão de pulso, extremidades frias, enchimento capilar tardio, pele pegajosa e agitação. Alguns pacientes apresentam manifestações neurológicas, como irritabilidade e convulsões e pode levar a óbito de 12 a 24 horas ou o paciente pode se recuperar de forma rápida, se receber o tratamento correto. O choque prolongado pode comprometer os órgãos e causar acidose metabólica e coagulação intravascular, que pode levar a hemorragias graves, causando diminuição do hematócrito e choque grave. Pode causar o comprometimento de órgãos e, em decorrência disso, levar a hepatites, encefalites, miocardites, sangramentos gastrointestinais e intracranianos (SANTA CATARINA, 2015).

O quadro de dengue hemorrágica está relacionado ao aumento da permeabilidade vascular que faz com que haja extravasamento de plasma, o que causa hemoconcentração. O surgimento da dengue hemorrágica está ligado à imunidade. É identificada com mais frequência em áreas com circulação de vários sorotipos e pessoas que foram infectadas por sorotipos diferentes (ROUQUAYROL; GURGEL, 2013).

O diagnóstico da dengue é clínico e feito por um médico e confirmado com exames laboratoriais de sorologia, de biologia molecular e de isolamento viral, ou confirmado com teste rápido, usado para triagem (BRASIL, 2013). Costuma ser feito a partir da pesquisa de IgM no soro a partir do quinto dia da doença. Porém há outros métodos, como inibição da hemaglutinação, fixação de complemento, captação de anticorpos IgM e IgG e neutralização. O vírus pode ser isolado nos primeiros dias de apresentação da doença.

No acompanhamento de pacientes com dengue, os exames podem ser específicos e inespecíficos. Os exames específicos consistem em isolamento viral, mais específico, PCR (reação de cadeia da polimerase), NS1- detecção do antígeno NS1 e sorologia (método ELISA). Quando dos sintomas, inicialmente até o 5º dia e após

o 7º dia, o exame de escolha, quando indicado, é a sorologia para identificar anticorpos totais para dengue. Já os exames inespecíficos podem incluir hemograma, coagulograma, provas de função hepática, dosagem de albumina sérica e exames de imagem, de acordo com indicação clínica. Algumas alterações que podem ser encontradas no hemograma são leucopenia com neutropenia, linfócitos atípicos, plaquetopenia e hemoconcentração. Nas primeiras 48 horas da doença, não costumam aparecer alterações importantes no hemograma. Outros exames complementares podem ser necessários (ROUQUAYROL; GURGEL, 2013; GUSSO; LOPES, 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde, não existe tratamento específico para a dengue. Em caso de suspeita é fundamental procurar um profissional de saúde para o correto diagnóstico. A assistência em saúde é realizada para alívio dos sintomas. De acordo com Brasil (2013), recomenda-se para o tratamento: Fazer repouso; ingerir bastante líquido (água); não tomar medicamentos por conta própria; a hidratação pode ser por via oral (ingestão de líquidos pela boca) ou por via intravenosa (com uso de soro, por exemplo).

O tratamento é feito de forma sintomática, sempre de acordo com avaliação do profissional de saúde, conforme cada caso (BRASIL, 2013, s./p.). Para a dengue ou dengue grave, não existe tratamento específico, mas a detecção oportuna e o acesso a assistência médica adequada reduzem as taxas de mortalidade abaixo de 1%. A dengue grave (ou dengue hemorrágica) foi identificada pela primeira vez nos anos cinquenta do século passado, durante uma epidemia da doença nas Filipinas e na Tailândia. Na atualidade, afeta a maioria dos países da Ásia e América Latina e se tornou uma das principais causas de hospitalização e morte de crianças e adultos nessas regiões.

Nas últimas décadas, a incidência da dengue no mundo aumentou de forma significativa. A grande maioria dos casos é assintomática, o que leva a subnotificação ou classificação incorreta (WHO, 2019). De acordo com uma estimativa recente, 390 milhões de infecções por dengue ocorrem a cada ano, das quais, 96 milhões (67 a 136 milhões) se manifestam clinicamente (BRATT *et al.*, 2013 *apud* WHO, 2019). Em outro estudo sobre a prevalência da dengue, estima-se

que 390 milhões de pessoas, de 128 países, estão em risco de infecção pelo vírus da dengue (BRADY *et al.*, 2012 *apud* WHO, 2019). A forma grave da doença inclui dor abdominal intensa e contínua, vômitos persistentes e sangramento de mucosas. Ao apresentar os sintomas, é importante procurar um serviço de saúde para diagnóstico e tratamento adequados, todos oferecidos de forma integral e gratuita por meio do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013).

O tratamento da dengue é baseado na hidratação adequada, levando em conta a classificação de risco (A, B, C e D) para subsidiar a tomada de decisão. De acordo com as Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue (2009), os grupos são divididos da seguinte forma:

Figura 1 - Classificação de risco de acordo com sinais e sintomas

■ Azul	Grupo A – atendimento de acordo com o horário de chegada
■ Verde	Grupo B – prioridade não urgente
■ Amarelo	Grupo C – urgência, atendimento o mas rápido possível
■ Vermelho	Grupo D – emergência, paciente com necessidade de atendimento imediato

Fonte: BRASIL (2009)

Quando identificada suspeita de dengue em visita domiciliar, as pessoas já devem ser orientadas, pelo Agente Comunitário de Saúde ou pela equipe de saúde da família, quanto à hidratação oral e encaminhadas à unidade de saúde mais próxima. Todo paciente sob suspeita de dengue deve receber soro de hidratação oral, de imediato, assim que chegar na unidade de saúde, mesmo enquanto espera por atendimento. Considera-se Grupo Especial todo paciente com suspeita de dengue que se enquadre nas seguintes características: crianças menores de 15 anos, gestantes, adultos maiores de 60 anos e pacientes com comorbidades. Para esse grupo, é mandatório a realização do hemograma completo com contagem de plaquetas, mesmo que não houver sangramentos e sinais de alarme. Para os demais pacientes, a realização do exame é recomendável (BRASIL, 2009).

Os óbitos por Dengue, em sua maioria, podem ser evitados, o que depende, muitas vezes, da qualidade da assistência que é prestada nos serviços de saúde. Para

padronizar o atendimento é feita a classificação de risco, que tem por objetivo reduzir o tempo de espera do paciente por atendimento médico, buscando acelerar o diagnóstico, tratamento e internação, quando for o caso, contribuindo para organização do fluxo e priorização do atendimento dos casos de acordo com a gravidade. Para a classificação de risco do paciente com suspeita de dengue, utilizaram-se os critérios da Política Nacional de Humanização e o estadiamento da doença. Com base nessas informações, a classificação de risco poderá ser realizada por enfermeiro ou médico, que irá identificar os pacientes que necessitam de tratamento imediato, considerando o potencial de risco, o grau de sofrimento e o agravamento à saúde. O profissional deverá avaliar, orientar, encaminhar, coletar e registrar dados da forma mais detalhada possível no protocolo técnico. Esse dado subsidiará o médico quanto ao diagnóstico, estadiamento e tratamento do paciente com suspeita de dengue (BRASIL, 2002).

A triagem dos pacientes é necessária e fundamental para a seleção rápida dos pacientes assim que chegam aos serviços de saúde, a fim de identificar de forma eficaz casos de dengue grave, pacientes com sinal de alerta e os casos não urgentes (GUSSO; LOPES, 2012). A Figura 2 ilustra os grupos de risco e para que nível de atenção devem ser encaminhados os pacientes.

Todas as pessoas com suspeita de dengue devem receber o primeiro atendimento na unidade de saúde que procuraram inicialmente e após a avaliação e conduta inicial, mesmo que o paciente precise ser encaminhado para outros serviços de saúde, deve-se garantir o suporte de vida adequado para encaminhamento e prestar orientações quanto à rede assistencial (BRASIL, 2009).

Toda rede de atenção à saúde está estruturada para que cada nível assuma suas responsabilidades na prevenção, controle e enfrentamento da dengue. A Figura 2 ilustra a competência de cada ponto de atenção, sendo ela atenção primária, secundária e terciária.

Figura 2 – Competências de cada ponto de atenção à saúde

Ponto de Atenção	Competência
Atenção Primária	Identificação e eliminação de criadouros domiciliares, em trabalho integrado com os ACE.
Unidade de Saúde da Família	Identificação e estadiamento de casos suspeitos de dengue. Hidratação oral imediata a todos os pacientes com suspeita de dengue em sua chegada na unidade de saúde.
Unidade Básica de Saúde	Manejo clínico de pacientes classificados no Grupo A – Azul ou no Grupo B – Verde, quando possível, conforme fluxogramas apresentados no componente Assistência, e encaminhamento dos demais casos para o ponto de atenção adequado.
Centros de Saúde	Receber todos os pacientes após melhora clínica satisfatória ou alta de qualquer outro ponto de atenção, para realização de consulta de retorno e acompanhamento.
Postos de Saúde	Ações de educação em saúde e mobilização social, com ênfase na mudança de hábitos para prevenção e controle da dengue. Notificação dos casos. Visita domiciliar dos ACS.
Atenção Secundária	Identificação e estadiamento de casos suspeitos de dengue que dão entrada na unidade.
Unidade de Saúde com suporte para observação ou pronto atendimento (UPA) ou hospital de pequeno porte	Manejo clínico de pacientes classificados no grupo B - Verde e no Grupo Especial, conforme fluxogramas apresentados no componente Assistência, e encaminhamento dos demais casos, após avaliação e conduta, para o ponto de atenção adequado. Assegurar consulta de retorno, preferencialmente na APS, para todos os pacientes atendidos na unidade. Notificação dos casos.
Atenção Terciária	Identificação e estadiamento de casos suspeitos de dengue que dão entrada na unidade.
Hospital de referência com leitos de internação	Manejo clínico de pacientes classificados no Grupo C – Amarelo, conforme fluxograma apresentado no componente Assistência, e encaminhamento dos demais casos, após avaliação e conduta, para o ponto de atenção adequado. Assegurar consulta de retorno, preferencialmente na Atenção Primária, para todos os pacientes atendidos na unidade. Notificação dos casos.
Atenção Terciária	Identificação e estadiamento de casos suspeitos de dengue que dão entrada na unidade.
Hospital de referência com leitos de unidade de terapia intensiva	Manejo clínico de pacientes classificados no Grupo D – Vermelho, conforme fluxograma apresentado no componente Assistência, e encaminhamento dos demais casos, após avaliação e conduta, para o ponto de atenção adequado. Assegurar consulta de retorno, preferencialmente na Atenção Básica, para todos os pacientes atendidos na unidade. Notificação dos casos.

Fonte: Brasil (2009)

Para cada tipo de classificação há um conjunto de condutas a serem tomadas para eficácia do atendimento e conseqüente prevenção de agravos da dengue. Os pacientes estadiados como A e B podem ser atendidos e acompanhados nas

unidades básicas de saúde. Os pertencentes ao grupo C devem ser atendidos inicialmente nas unidades de saúde e serem encaminhados para internação. Os pacientes com estadiamento D, com hipotensão ou choque, devem receber o primeiro atendimento o mais breve possível e serem transferidos para hospitais com suporte para atendimento intensivo (GUSSO; LOPES, 2012).

Os casos suspeitos de dengue, independente de qual nível foram atendidos, devem ser notificados. Por ser um agravo de notificação compulsória, todos os casos suspeitos (sendo ou não confirmados) devem ser notificados obrigatoriamente à Vigilância Epidemiológica do município.

Para nortear as ações dos profissionais de saúde quanto aos casos suspeitos de dengue, é necessário passar por uma triagem para identificar os sintomas e a gravidade da doença. O fluxograma de atendimento dos pacientes é separado em dois segmentos, de acordo o risco: presença dos sinais de alarme e/ou choque (grupos C ou D) ou ausência destes sinais (grupos A ou B). Essa triagem inicial é essencial para diferenciar os pacientes graves dos não graves, para que o tratamento seja iniciado o mais rápido possível (BRASIL, 2013).

Feita a classificação de risco, o profissional deve realizar o manejo do paciente de acordo com sua condição clínica. Para os casos suspeitos em acompanhamento ambulatorial é necessário classificá-los novamente a cada consulta, pois o manejo adequado desses pacientes depende do cuidado constante, do reconhecimento precoce dos sinais de alarme e da reposição adequada de líquidos. É válido lembrar que por ser doença de notificação compulsória, a notificação dos casos suspeitos é obrigatória (BRASIL, 2013).

5.2 HISTÓRICO DA DENGUE NO BRASIL E NO ESPÍRITO SANTO

O primeiro caso provável de dengue foi registrado em uma enciclopédia médica chinesa da Dinastia Jim (séculos III ao V), onde a doença foi referida como “doença da água”, associada a insetos voadores. Houve descrição de epidemias no século XVII, porém, relatos mais consistentes da doença ocorreram em 1779 e 1780 na

Ásia, África e América do Norte, quando uma epidemia atingiu essas regiões. Em 1906 foi confirmada que a transmissão era através do mosquito da dengue e em 1907 houve a demonstração de que era causada por um vírus (SIQUEIRA, 2016 *apud* GUZMAN *et al.*, 2010). Também há relatos de que o *Aedes Aegypti* surgiu na África e espalhou-se pela Ásia e Américas, devido à migração do homem através do tráfego marítimo. No Brasil, chegou com as embarcações que traziam escravos no período da colonização. Em 1850 ocorreu a primeira epidemia de febre amarela no Rio de Janeiro (BRASIL, 2016).

A primeira epidemia documentada clínica e laboratorial ocorreu em 1981-1982, na cidade de Boa Vista/RR, provocada pelos sorotipos 1 e 4. A partir de 1986 ocorreram epidemias na região metropolitana do estado do Rio de Janeiro e algumas capitais da região Nordeste. Desde então, a dengue vem ocorrendo no Brasil de forma contínua, intercalando-se com a ocorrência de epidemias geralmente associadas à recirculação de seus diferentes sorotipos (BRASIL, 2016). Na epidemia que ocorreu em 1986, identificou-se a ocorrência do sorotipo DENV1, a princípio no Estado do Rio de Janeiro, disseminando-se para outros seis estados até 1990. Nesse ano, foi identificada a circulação do DENV2 também no Estado do Rio de Janeiro (BRASIL, 2009).

Durante a década de 90 ocorreu um aumento significativo da incidência, o que mostra a ampla dispersão do *Aedes Aegypti* no Brasil. A presença do vetor, associada à mobilidade da população, fez com que os sorotipos DENV1 e DENV2 se disseminassem para 20 dos 27 estados do país. Entre os anos de 1990 e 2000, várias epidemias foram registradas, principalmente nos grandes centros urbanos das regiões Sudeste e Nordeste do Brasil, responsáveis pela maior parte dos casos notificados. As regiões Centro-Oeste e Norte foram acometidas mais tarde, com epidemias registradas a partir da segunda metade da década de 90. A circulação do sorotipo DENV3 do vírus foi identificada, pela primeira vez, em dezembro de 2000 no Estado do Rio de Janeiro e depois no Estado de Roraima, em novembro de 2001. Em 2002 foi observada a maior incidência da doença, quando foram confirmados cerca de 697.000 casos, refletindo a introdução do sorotipo DENV3. Essa epidemia levou a uma rápida disseminação do sorotipo DENV3 para outros estados, o que

culminou, em 2004, na circulação simultânea dos sorotipos DENV1, DENV2 e DENV3 do vírus da dengue nos 3 dos 27 estados do país (BRASIL, 2009).

Oswaldo Cruz combateu o mosquito *Aedes Aegypti* com todas as forças, inclusive com ajuda militar. Enfrentou grande oposição da população por falta de conhecimento a respeito da doença. Desde então, o país passou por períodos de remissão e epidemias. A erradicação do vetor é considerada impossível, por vários fatores como: crescimento populacional, ocupação desordenada, falta de infraestrutura de grandes centros urbanos, falta de conscientização da população quanto às formas de prevenção, dentre outros motivos (BRASIL, 2016).

Antes de 1970, somente nove países haviam sofrido epidemias de dengue grave. Agora, a doença é endêmica em mais de 100 países nas regiões da África, Américas, Mediterrâneo Oriental, Sudeste Asiático e Pacífico Ocidental. As regiões mais afetadas pela infecção são as Américas, o Sudeste Asiático e o Pacífico Ocidental (WHO, 2019).

Além do aumento do número de casos aumentar à medida que a doença se espalha, estão ocorrendo grandes surtos epidêmicos. O ano de 2016 foi caracterizado por grandes surtos de dengue em todo o mundo. A Região das Américas registrou mais de 2.380.000 casos naquele ano e, somente no Brasil, houve pouco menos de 1.500.000 casos, ou seja, cerca de três vezes mais que em 2014. Na região também foram relatadas 1032 mortes por dengue. Na região do Pacífico Ocidental, em 2016, foram relatados mais de 375.000 casos, 176.411 deles nas Filipinas e 100.028 na Malásia, números que representam um fardo semelhante ao dos anos anteriores nos dois países. As Ilhas Salomão declararam um surto com mais de 7.000 casos suspeitos. Na região africana, Burkina Faso relatou um surto localizado com 1061 casos prováveis (WHO, 2019).

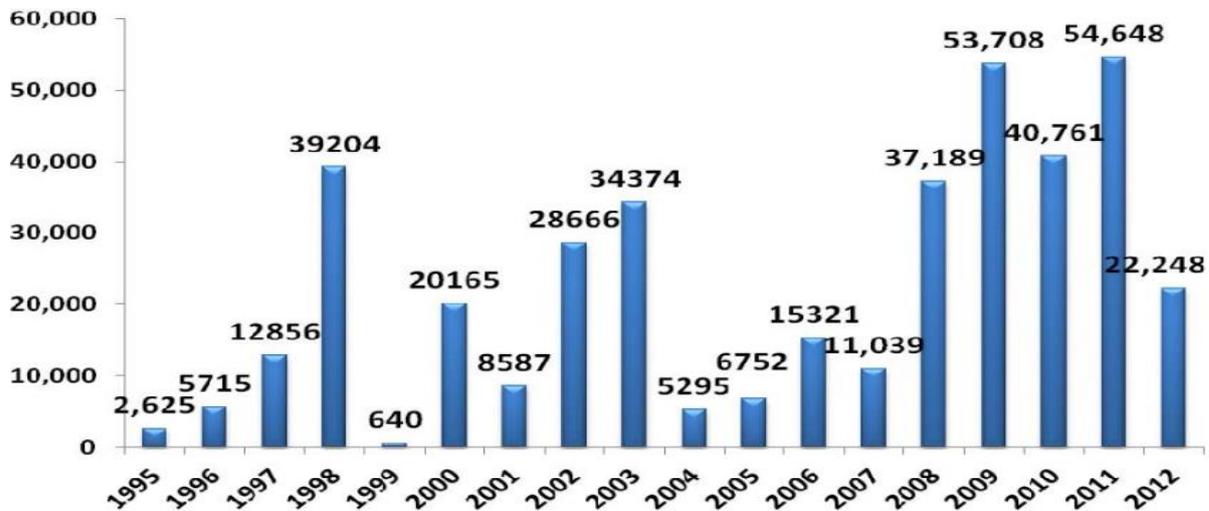
Uma estimativa indica 390 milhões de infecções pelo vírus da dengue por ano, desses, 96 milhões (67–136 milhões) se manifestam clinicamente (com sintomas ou qualquer gravidade da doença). O número de casos de dengue notificados à OMS aumentou mais de 8 vezes nos últimos 20 anos, de 505.430 casos em 2000, para

mais de 2,4 milhões em 2010 e 4,2 milhões em 2019. Mortes notificadas entre 2000 e 2015 aumentaram de 960 para 4.032 (WHO, 2020).

Em 2017 houve uma redução no número de casos de dengue relatados nas Américas: de 2.177.171 em 2016 para 584.263 em 2017, representando uma redução de 73%. Os únicos países em que houve um aumento de casos em 2017 foram Aruba, Panamá e Peru. Em 2017 houve também, uma redução de 53% no número de casos de dengue grave. Na região do Pacífico Ocidental foi observado um aumento no número de casos na Austrália, Camboja, China, República Democrática Popular do Laos, Malásia, Filipinas, Cingapura e Vietnã, enquanto casos de DENV-2 foram registrados na Nova Caledônia e por DENV-1 na Polinésia Francesa. Também foi observado um aumento no número de casos em vários países da Região das Américas, estimando-se que 500.000 pessoas sejam hospitalizadas anualmente com dengue grave, onde a taxa de mortalidade estimada é de 2,5%. No entanto, muitos países o reduziram para menos de 1%, e a taxa de letalidade global diminuiu 28% entre 2010 e 2016, graças ao fato de o tratamento de casos ter melhorado significativamente com a capacitação nos países (WHO, 2019).

O *Aedes Aegypti* está presente pelo menos desde 1990 no Espírito Santo, onde foi identificado através de levantamentos entomológicos realizados pelo Núcleo de Entomologia e Malacologia do Espírito Santo (NEMES/SESA). Nesse período, o *Aedes Aegypti* foi encontrado em 16 (dezesesseis) municípios do Estado. Desde então, a dispersão do vetor cresceu consideravelmente, com uma maior velocidade a partir de 1995. Em 2005 foram contabilizados 59 municípios com infestação, correspondendo a 75,6% do total de municípios do Espírito Santo, nos quais residem 90% da população do Estado. No final de 2008 e início de 2009, o NEMES realizou pesquisas entomológicas com uso de ovitrampas nos municípios sem infestação predial para o vetor da dengue, passando o Estado a possuir somente 10 municípios não infestados (ESPÍRITO SANTO, 2013).

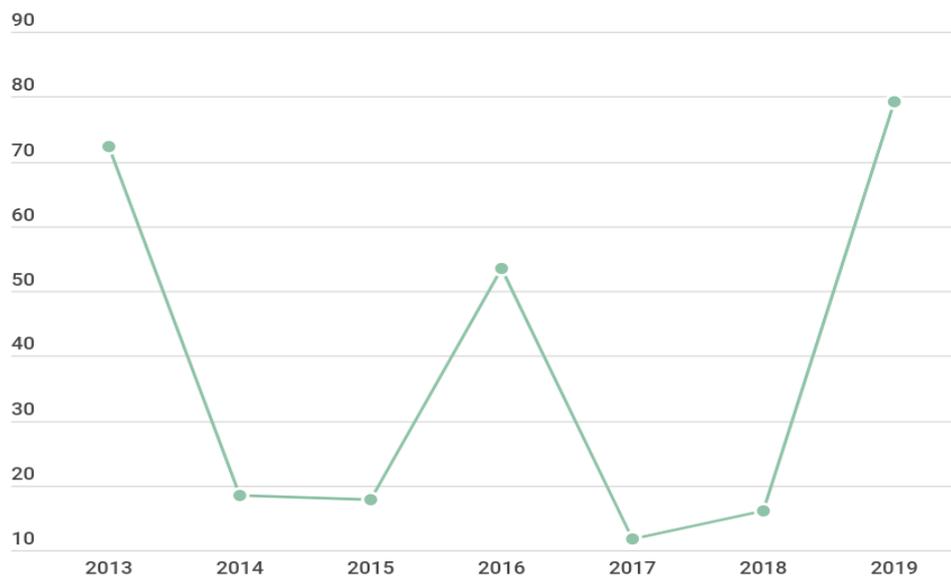
Figura 3 - Casos notificados de dengue de 1995 a 2012 no Espírito Santo



Fonte: VAREJÃO (2013)

As notificações de dengue iniciaram em 1995 e, desde então, ocorreram três epidemias da doença no Estado, nos anos de 2009, 2011 e 2013 (ESPÍRITO SANTO, 2019).

Figura 4 - Casos de dengue no Espírito Santo de 2013 a 2019



Fonte: Lopes (2020)

As maiores epidemias de dengue no período de 2013 a 2019, ocorreram em 2019 e 2013, respectivamente. Em 2017 e 2018, o número de casos caiu drasticamente. Existem 4 sorotipos da dengue, e o sorotipo 2, considerado mais agressivo, voltou a

circular no Brasil no ano de 2019, que juntamente com o aumento das chuvas, proporcionou o aumento exponencial dos índices de dengue nesse período. Em 2019 foi o segundo ano com maior número de casos da dengue desde que começou a ser notificado em 1990, apresentando 79.245 casos (LOPES, 2020).

5.3 EPIDEMIOLOGIA DA DENGUE NO BRASIL

Os casos suspeitos de dengue, independente de qual nível foram atendidos, devem ser notificados. Por ser um agravo de notificação compulsória, todos os casos suspeitos (sendo ou não confirmados) devem ser notificados obrigatoriamente à Vigilância Epidemiológica do município. As unidades de saúde dispõem de formulários padronizados do Sinan (Ficha de Investigação Epidemiológica) para a maioria das doenças incluídas no sistema de vigilância epidemiológica (BRASIL, 2009).

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) foi implantado no Brasil em 1990 e a partir de 1998 tornou-se obrigatória a alimentação regular da base de dados nacional pelos municípios, estados e Distrito Federal, tem por objetivo a inserção e disseminação dos dados de agravos de notificação compulsória nas três esferas de governo em tempo real, fornecendo dados de forma rápida e íntegra para análise e tomada de decisões. O sistema tem por atribuições a coleta, a transmissão e a disseminação de dados gerados rotineiramente, fornecendo informações para análise do perfil da morbidade da população (SINAN, 2016). A coleta e o processamento dos casos notificados ocorrem em todo o território nacional, desde o nível local, utilizando formulário padronizado, que é a Ficha Individual de Notificação/Investigação. Essa ficha é preenchida para cada paciente e é encaminhada pelas unidades assistenciais aos serviços responsáveis pela informação e/ou vigilância epidemiológica. É utilizada como roteiro de investigação e seu preenchimento é feito pelos serviços municipais de vigilância ou unidades de saúde capacitadas para a realização da investigação epidemiológica. A coleta dos dados do sistema de vigilância da dengue é feita de forma passiva, com a notificação espontânea de dados ambulatoriais e hospitalares. A Ficha de

Investigação da dengue é o instrumento usado para se registrar os casos no Sinan (BRASIL, 2002).

Em 2019, foram notificados 1.544.987 casos prováveis (taxa de incidência de 735,2 casos por 100 mil habitantes) de dengue no país de acordo com o boletim epidemiológico de janeiro de 2020 - Notificações ocorridas entre as Semanas Epidemiológicas (SE) 1 e 52 (30/12/2018 a 30/12/2019). Em 2019, foram confirmados 1.419 casos de dengue grave (DG) e 18.740 casos de dengue com sinais de alarme (DSA). Entretanto, 1.297 casos de DG e DSA permanecem em investigação. Até o momento, foram confirmados 782 óbitos por dengue no Brasil, sendo 101 por critério clínico epidemiológico. As maiores taxas de letalidade (óbitos/100), considerando os casos prováveis de dengue, foram observadas nas regiões Centro-Oeste com 0,08% e Sul com 0,06%. Permanecem em investigação 312 óbitos (BRASIL, 2020).

Entre as semanas epidemiológicas (SE) 1 e 50 (29/12/2019 a 12/12/2020), foram notificados 979.764 casos prováveis (taxa de incidência de 466,2 casos por 100 mil habitantes) de dengue no país. A região Centro-Oeste liderou o ranking de maior incidência com 1.200 casos/100 mil habitantes, seguida das regiões Sul (934,1 casos/100 mil habitantes), Sudeste (376,4 casos/100 mil habitantes), Nordeste (261,5 casos/100 mil habitantes) e Norte (120,7 casos/100 mil habitantes).

Até a SE 11, a curva epidêmica dos casos prováveis ultrapassa o número de casos do mesmo período para o ano de 2019. Porém, a partir da SE 12, houve uma diminuição dos casos prováveis em relação ao ano de 2019. Isso se deve provavelmente à mobilização que as equipes de vigilância epidemiológica estaduais estão realizando para enfrentamento da pandemia do coronavírus (covid-19), além do receio da população de procurar atendimento em uma unidade de saúde. Devido a situação, pode ocorrer atraso ou subnotificação das arboviroses (BRASIL, 2020).

Com relação aos óbitos por dengue, foram confirmados 541, sendo 447 (82,6%) por critério laboratorial e 93 (17,2%) por clínico-epidemiológico. Observa-se que 92,9 % (503) dos óbitos confirmados ocorreram entre as SE 1 e 26 e estão concentrados nos estados da região Sul (Paraná), Sudeste (São Paulo) e Centro-Oeste (Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Goiás e Distrito Federal). Nesse período permanecem em investigação 138 óbitos,

distribuídos, em sua maioria, entre os estados da região Sudeste (Minas Gerais e São Paulo), Centro-Oeste (Goiás) e região Nordeste (Pernambuco) (BRASIL, 2020, p. 05).

Tabela 1 - Casos prováveis de dengue de acordo com ano de notificação no período de 2014 a 2020 no Brasil

Ano	Número de casos
2014	591.128
2015	1.697.801
2016	1.518.858
2017	243.336
2018	266.386
2019	1.556.595
2020	965.019

Fonte: Elaborado pelo autor com base no Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

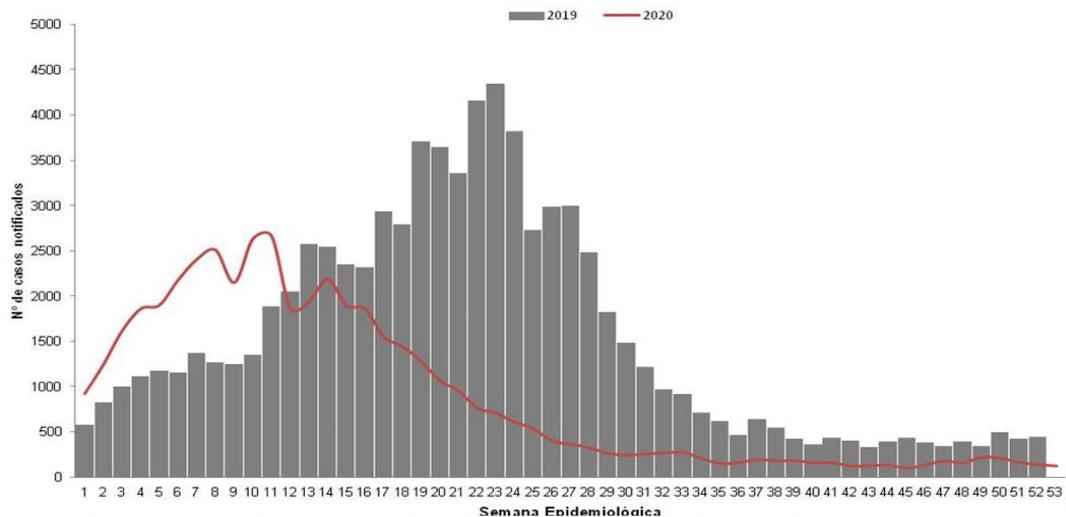
Segundo a tabela de dados apresentados acima, o ano de 2015 foi o que apresentou maior número de casos, que caiu drasticamente em 2016 e volta a subir em 2019.

Da Semana Epidemiológica 1 a 21 (3/1/2021 a 29/5/2021) foram notificados 348.508 casos prováveis de dengue no país, ou seja 164,6 casos por 100 mil habitantes. Ocorreu redução de 57,4% de casos registrados para o mesmo período analisado em 2020 (BRASIL, 2021).

5.3.1 Epidemiologia da Dengue no Espírito Santo

Quando analisamos dados mais recentes do ano de 2020, nas semanas epidemiológicas 1 a 53 (29/12/2019 a 02/01/2021), foram notificados 46.352 casos (taxa de incidência de 1.153,42 casos por 100 mil habitantes) (ESPÍRITO SANTO, 2020).

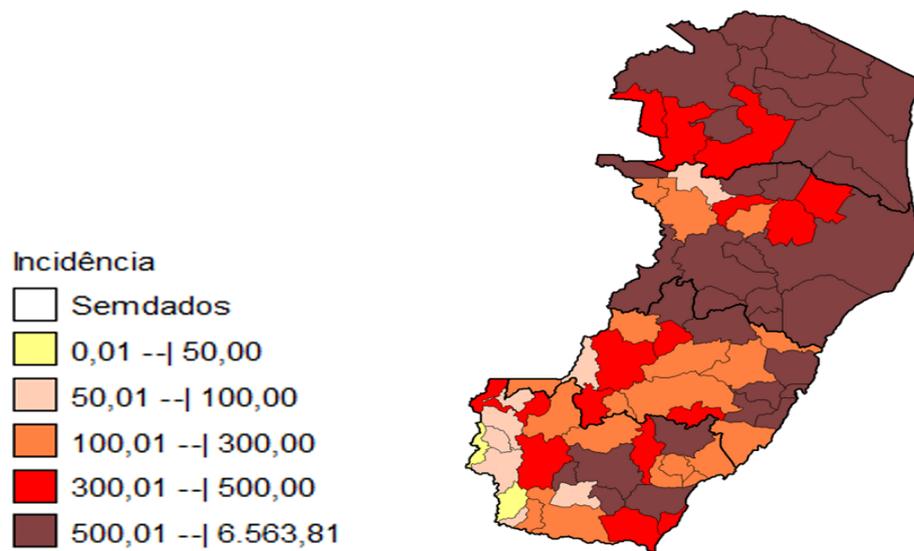
Figura 5 - Curva epidêmica dos casos notificados de dengue, por semana epidemiológica de início de sintomas, Espírito Santo, SE 1 a 53/2020



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde (2020)

Até a 11^a semana, a curva epidêmica dos casos notificados no ano de 2020 ultrapassa o número de casos do mesmo período para o ano de 2019. Porém, a partir da SE 12, observa-se uma diminuição dos casos prováveis em relação ao ano de 2019, que pode ser explicado pela subnotificação de casos devido à epidemia da Covid-19. Quando analisamos as quatro regiões de saúde do Espírito Santo, observa-se que no período da SE 1 a 53 de 2020, todas apresentaram incidência maior que 300 casos/100 mil habitantes, considerada alta (ESPÍRITO SANTO, 2020).

Figura 6 - Taxa de incidência de dengue no Espírito Santo, por município SE 1 a 53, 2020



Fonte: Secretaria de estado da saúde do Espírito Santo (2020)

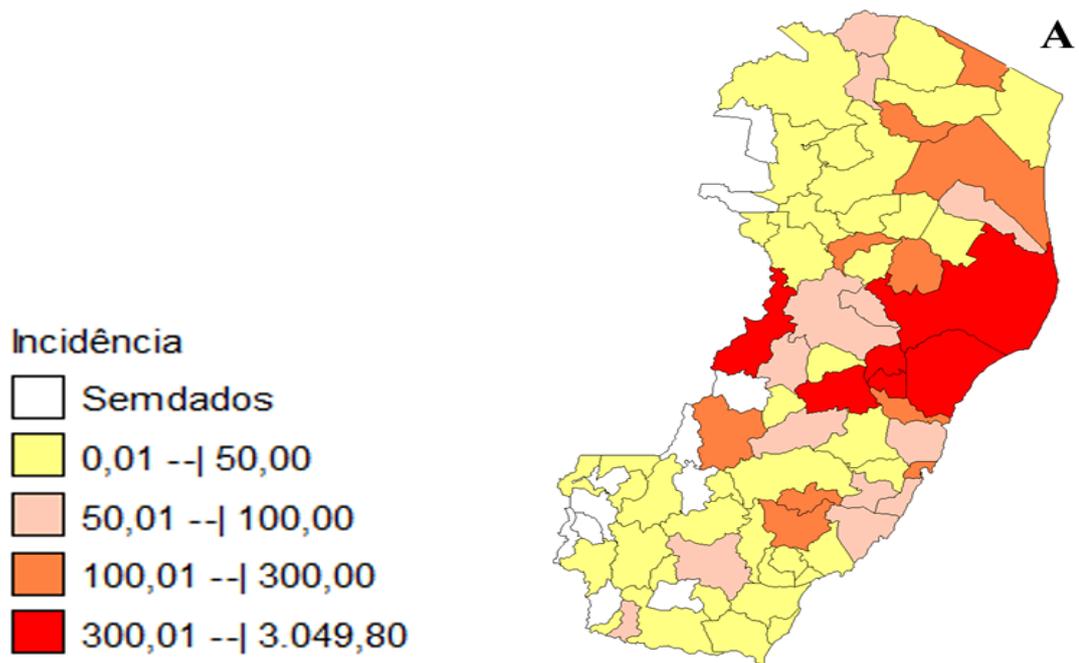
Quadro 1 - Número de óbitos confirmados em investigação de dengue até a SE 50 no Estado do Espírito Santo, 2020

Espírito Santo	Óbitos confirmados	Óbitos em investigação
	7	9

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados de Brasil (2020)

Os dados disponíveis na Secretaria de estado da saúde (2021), semanas epidemiológicas (SE) 1 a 17 (03/01/2021 a 01/05/2021) notificaram 4.949 casos (taxa de incidência de 121,78 casos por 100 mil habitantes). As taxas de incidência apresentam-se baixas, que pode ter relação com o comportamento sazonal da doença e com a pandemia do Coronavírus (Covid-19), devido a necessidade de concentrar esforços para esses casos, resultando em atraso ou subnotificação dos casos de dengue.

Figura 7 - Taxa de incidência de dengue no Espírito Santo, por município, SE 01 a 17, 2021



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde (2021)

Quando observamos os dados entre a semana epidemiológica (SE) 01 (03/01/2021 a 09/01/2021) e a semana epidemiológica (SE) 26 (27/06/2021 a 03/07/2021), foram notificados 8.519 casos de dengue no Espírito Santo, com incidência de 209,62 casos por 100 mil habitantes e um óbito registrado nesse período. Os níveis de incidência são classificados da seguinte forma: baixa (menos de 100 casos/100 mil habitantes), média (de 100 a 300 casos/100 mil habitantes) e alta (mais de 300 casos/100 mil habitantes). Levando em consideração essas informações, no ano de 2021, até o mês de julho, a taxa de incidência da dengue no Estado do Espírito Santo é considerada média.

Figura 8 - Número de casos de dengue por semana epidemiológica (SE) 01 (03/01/2021 a 09/01/2021) e a semana epidemiológica (SE) 26 (27/06/2021 a 03/07/2021) no Estado do Espírito Santo

Semana epidemiológica	Período	Notificações
1	03/01/2021 – 09/01/2021	249
2	10/01/2021 – 16/01/2021	235
3	17/01/2021 – 23/01/2021	230
4	24/01/2021 – 30/01/2021	244
5	31/01/2021 – 06/02/2021	272
6	07/02/2021 – 13/02/2021	198
7	14/02/2021 – 20/02/2021	203
8	21/02/2021 – 27/02/2021	235
9	28/02/2021 – 06/03/2021	290
10	07/03/2021 – 13/03/2021	268
11	14/03/2021 – 20/03/2021	350
12	21/03/2021 – 27/03/2021	329
13	28/03/2021 – 03/04/2021	255
14	04/04/2021 – 10/04/2021	364
15	11/04/2021 – 17/04/2021	333
16	18/04/2021 – 24/04/2021	520
17	25/04/2021 – 01/05/2021	422
18	02/05/2021 – 08/05/2021	385
19	09/05/2021 – 15/05/2021	455
20	16/05/2021 – 22/05/2021	458
21	23/05/2021 – 29/05/2021	407
22	30/05/2021 – 05/06/2021	497
23	06/06/2021 – 12/06/2021	412
24	13/06/2021 – 19/06/2021	419
25	20/06/2021 – 26/06/2021	270
26	27/06/2021 – 03/07/2021	219
Total acumulado		8.519

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (2021)

5.3.2 Epidemiologia de dengue em Nova Venécia

Em pesquisa no site Tabnet, foi observado maior número de casos prováveis de dengue em 2017 no município de Nova Venécia. Nos anos de 2018 e 2019 ocorreu uma queda dos casos notificados.

O município de Nova Venécia, cenário do estudo, correspondente a região Norte, apresentou 250 casos notificados e taxa de incidência de 498,90 por 100 mil habitantes entre a semana epidemiológica 1 e 53 (29/12/2019 a 02/01/2021) e 12 casos com taxa de incidência de 23,79 por 100 mil habitantes entre a semana epidemiológica 1 e 17 (03/01/2021 a 01/05/2021) (ESPÍRITO SANTO, 2021).

Tabela 2 - Casos Prováveis de dengue segundo ano de notificação no período de 2014 a 2019 no município de Nova Venécia

Ano	Número de casos
2014	74
2015	203
2016	403
2017	563
2018	114
2019	157

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados do Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net (2020)

5.4 POLÍTICAS DE SAÚDE PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DA DENGUE

Para o enfrentamento desse problema de saúde pública, são necessárias estratégias de prevenção e controle da doença. Com o advento da ciência, as possibilidades foram ampliadas, sendo que a melhoria nas condições de vida das populações, principalmente nos países mais ricos, influenciou na redução de muitas doenças. Há que se considerar que o avanço científico e tecnológico na área da microbiologia, imunologia, formulação de medicamentos e imunobiológicos contribuiu para a redução das doenças transmissíveis, em especial, nas sociedades onde as condições de vida eram desfavoráveis (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

Porém, apesar dos investimentos tecnológicos empregados na saúde, algumas doenças continuam assolando a população e outras novas surgem a uma velocidade sem precedentes. Devido a isso, torna-se então necessário a realização de pesquisas no âmbito das doenças infecciosas, dentre elas a dengue.

Essa morbidade tornou-se permanente no Brasil devido às condições socioambientais e climáticas que propicia a permanência do arbovírus no país, sendo preciso conviver com epidemias e mortes por essa doença. É importante destacar que, não existe uma solução única, fácil e de baixo custo para um

problema tão complexo, porém, há algumas estratégias a serem seguidas (COELHO, 2008).

Para o enfrentamento desse problema foi criada a Política Nacional de Combate à Dengue (PNCD). Em vigor desde 2002, compreende ações de vigilância integrada, entomológica e sobre o meio ambiente, assistência, educação em saúde, comunicação e mobilização social, educação permanente, monitoramento, avaliação dentre outros (COSTA; CUNHA; COSTA, 2008).

Essa Política Pública incorpora alguns fundamentos essenciais a partir de lições e experiências nacionais e internacionais de controle da dengue, sendo elas:

- 1) a elaboração de programas permanentes, uma vez que não existe qualquer evidência técnica de que erradicação do mosquito seja possível, a curto prazo;
- 2) o desenvolvimento de campanhas de informação e de mobilização das pessoas, de maneira a se criar uma maior responsabilização de cada família na manutenção de seu ambiente doméstico livre de potenciais criadouros do vetor;
- 3) o fortalecimento da vigilância epidemiológica e entomológica para ampliar a capacidade de predição e de detecção precoce de surtos da doença;
- 4) a melhoria da qualidade do trabalho de campo de combate ao vetor;
- 5) a integração das ações de controle da dengue na atenção básica, com a mobilização do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e Programa de Saúde da Família (PSF);
- 6) a utilização de instrumentos legais que facilitem o trabalho do poder público na eliminação de criadouros em imóveis comerciais, casas abandonadas, etc.;
- 7) a atuação multissetorial por meio do fomento à destinação adequada de resíduos sólidos e a utilização de recipientes seguros para armazenagem de água; e
- 8) o desenvolvimento de instrumentos mais eficazes de acompanhamento e supervisão das ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, estados e municípios (BRASIL, 2002, p. 4).

Além da PNCD, o Ministério da Saúde lançou também outras estratégias de enfrentamento ao *Aedes Aegypti*, pois além de ser o vetor da dengue, ele também é responsável pela transmissão de outras doenças, tais como: a febre amarela, chikungunya e zika vírus, que se tornaram grandes problemas de saúde pública em todo o Brasil.

Para tanto, surge então o Plano Nacional de Enfrentamento ao Aedes e à Microcefalia (2016), com o objetivo de dar resposta ao grande número de casos da doença. Esse plano trabalha com três focos prioritários: prevenção e combate ao mosquito *Aedes Aegypti*, melhoria da assistência às gestantes e crianças e realização de pesquisas sobre essa temática (BRASIL, 2015). O foco no enfrentamento ao vetor é de grande importância, pois dessa forma se previne a dengue e as outras doenças causadas por ele.

5.4.1 Políticas de Prevenção da Dengue

A melhor forma de prevenção da dengue é evitar a multiplicação do mosquito *Aedes Aegypti*, que pode ser feita eliminando água armazenada, que podem se tornar possíveis criadouros, como em vasos de plantas, galões de água, pneus, garrafas plásticas, piscinas sem uso e sem manutenção, e até mesmo em recipientes pequenos, como tampas de garrafas. É recomendado usar roupas que minimizem a exposição da pele durante o dia, quando os mosquitos são mais ativos. Repelentes e inseticidas também podem ser usados. Mosquiteiros são uma boa proteção para aqueles que dormem durante o dia, como bebês, pessoas acamadas e trabalhadores noturnos (BRASIL, 2013).

A medida de prevenção mais eficaz, de acordo com Rouquayrol e Gurgel (2013), está relacionada ao combate do vetor, que pode ser feito da seguinte forma:

1. Educação da população para eliminação de possíveis reservatórios de água limpa, que servem como criadouros para o mosquito;
2. Aplicação de larvicidas em depósitos de água que possam servir de locais de proliferação do vetor;
3. Em caso de epidemias, a dispersão aérea ou nebulização de inseticidas apropriados para eliminação do mosquito adulto;
4. Uso de repelentes, mosquiteiros e roupas que protejam da picada do mosquito;
5. A notificação dos casos suspeitos por profissionais da saúde é um dos principais instrumentos para a mobilização de esforços para o controle de epidemias;

6. A vigilância sobre o vetor, para identificar o índice de infestação e a vigilância virológica para identificar presença de novos sorotipos do vírus circulando na região, também são importantes para o controle de epidemias.

A dengue apresenta um padrão epidemiológico de hiperendemicidade, determinado pela circulação dos vários sorotipos, a doença tem acarretado impacto negativo na saúde dos seres humanos e na economia dos países. O desenvolvimento de uma vacina segura e eficaz contra os quatro sorotipos do vírus configura-se, cada vez mais, como avanço necessário para ampliar as medidas efetivas relacionadas ao controle da doença (BRASIL, 2016).

5.4.2 Políticas de Controle da Dengue

Para enfrentar a dengue foi necessária a criação de políticas públicas que norteassem as ações de prevenção e controle. Surge então, o Programa de Erradicação do *Aedes Aegypti* (PEAa) em 1996, além do controle químico do vetor, teve uma proposta multissetorial, envolvendo a participação das esferas federal, estadual e municipal. Mas não contava com apoio da população, o que resultou na baixa eficácia do programa (ROQUE *et al.*, 2017).

Já em 2002, foi criado o Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), cujas diretrizes se baseiam no desenvolvimento de campanhas publicitárias para disseminação de informações e mobilização civil; fortalecimento da vigilância epidemiológica e entomológica para detecção de surtos precoces; ações de saneamento básico; integração das ações de controle da doença associadas com os Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programas de Saúde da Família (PSF); utilização de instrumentos legais que permitem a entrada em propriedades particulares abandonadas para a eliminação de criadouros; destinação adequada de resíduos sólidos; utilização de meios seguros para armazenamento de água e acompanhamento e supervisão das ações desenvolvidas (BRASIL, 2002 *apud* BRASIL, 2017, p. 04).

Contamos com um importante documento que são as Diretrizes Nacionais para Prevenção e controle da Dengue (2009), que veio para auxiliar estados e municípios na organização de suas atividades de prevenção e controle, em períodos de baixa transmissão ou durante epidemias, para evitar a ocorrência de óbitos e para reduzir os prejuízos à saúde. É um documento desenvolvido com o objetivo de “organizar,

orientar, facilitar, agilizar e uniformizar as ações necessárias a uma resposta solidária, coordenada e articulada entre os integrantes do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2009, p. 12).

Além da Dengue, outras arboviroses, como o Zika vírus trazem enormes prejuízos à população. Em 2015 foi criado o Programa Nacional de Enfrentamento ao Aedes e a Microcefalia (PNEAM), que trabalha em três frentes: prevenção e combate ao vetor *Aedes aegypti*, melhoria da assistência às gestantes e crianças e a realização de estudos e pesquisas nessa área. O programa tem objetivo de reduzir o índice de infestação do mosquito para menos de 1% nos municípios brasileiros, para diminuir o número de casos de doenças (ROQUE *et al.*, 2017).

As ações de combate à dengue no Brasil passaram por constantes mudanças e aprimoramentos ao longo dos anos, tentando se adaptar à realidade de cada momento. No início achavam que era possível eliminar a doença, para tanto, começaram a criar políticas de saúde para isso. Porém, com o passar dos anos e os desafios se apresentando cada vez mais complexos, viu-se que o possível era controlá-la. Então redirecionaram as ações para esse fim.

5.5 ATORES ENVOLVIDOS NO CONTROLE E PREVENÇÃO DA DENGUE

Os profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) são responsáveis pelas ações de prevenção e controle da dengue, porém, a atenção secundária e terciária também participa dos cuidados e recuperação dos infectados. As ações preventivas devem fazer parte das rotinas e estarem integradas às demais ações desenvolvidas. Os Agentes Comunitários de endemias, agentes de saúde, enfermeiros, médicos, gestores, e todos os diferentes profissionais das Equipes Saúde da Família têm importante contribuição nas ações de controle da dengue (BRASIL, 2009).

Da equipe de trabalho, os ACS's e ACE's lidam diretamente com a população em visitas aos seus imóveis. O ACE é o profissional responsável pelas atividades de combate ao vetor junto aos imóveis. Dentro de suas responsabilidades estão:

- Atualizar o cadastro de imóveis;
- Realizar a pesquisa larvária em imóveis, para levantamento de índices e descobrimento de focos;
- Identificar criadouros do mosquito;
- Orientar moradores e responsáveis para a eliminação dos focos do mosquito;
- Executar a aplicação de larvicidas indicados;
- Registrar as informações referentes às atividades executadas;
- Vistoriar e tratar os imóveis cadastrados;
- Atuar junto aos domicílios e seus moradores fazendo o trabalho de educação em saúde;
- Promover reuniões com a comunidade para trabalhar questões de prevenção e controle da dengue;
- Reunir-se, sistematicamente, com a equipe de Atenção Primária em Saúde para trocar informações (BRASIL, 2009).

Já as Atribuições do Agente Comunitário de Saúde (ACS) são:

- Encaminhar os casos suspeitos de dengue às Unidades Atenção Primária em Saúde (APS);
- Atuar junto aos domicílios na educação em saúde;
- Vistoriar o domicílio acompanhado pelo morador, para identificar locais de existência de objetos que sejam ou possam se transformar em criadouros do mosquito da dengue;
- Orientar e acompanhar o morador na limpeza de quintal e dependências do imóvel, retirando objetos que possam se transformar em criadouros de mosquitos;
- Trabalhar em conjunto com o ACE e comunicar casos que necessitem do uso de larvicidas/biolarvicidas;
- Promover reuniões com a comunidade para conscientização;
- Comunicar ao enfermeiro supervisor e ao ACE a existência de áreas com criadouros do mosquito transmissor da dengue que necessitem de

tratamento químico ou biológico, ou interveniência da vigilância sanitária ou de outras intervenções do poder público;

- Comunicar ao enfermeiro supervisor e ao ACE os imóveis fechados e as recusas à visita;
- Notificar os casos suspeitos de dengue e informar a equipe da APS;
- Reunir-se, semanalmente, com o agente de controle de endemias, para planejar estratégias conjuntas e trocar informações sobre a situação de saúde da sua área;
- Realizar visitas domiciliares aos pacientes com dengue (ver quadro no componente Assistência); e
- Registrar as atividades realizadas nos formulários apropriados, com o objetivo de alimentar os sistemas de informações (BRASIL, 2009).

O profissional de enfermagem, por estar presente em todos os níveis de atenção à saúde, sendo ele enfermeiro ou técnico de enfermagem, tem importante papel no enfrentamento da dengue, sendo responsável por inúmeras ações, como a prevenção, o cuidado aos infectados, monitoramento, notificação e controle de novos casos e alimentação dos sistemas de informação.

A equipe de Enfermagem tem papel fundamental no atendimento do paciente com suspeita de dengue, seja na identificação dos casos suspeitos, no reconhecimento dos sinais associados à gravidade e/ou no monitoramento dos pacientes em acompanhamento ambulatorial e em internação (BRASIL, 2013).

Para conter a dengue e tratar os pacientes, o trabalho do médico de família e comunidade, atuante na rede pública ou privada, tem sua atenção ao reconhecimento precoce e tratamento adequado aos casos suspeitos ou confirmados, bem como, deve auxiliar na prevenção e Educação em Saúde, tornando-os multiplicadores do conhecimento e praticantes de medidas preventivas (SBMFC, 2016).

Os demais profissionais fazem parte do maquinário público que está responsável pelas ações de saúde, como funcionários das vigilâncias em saúde, epidemiológica, ambiental e sanitária. Cada um nas atribuições que cabem às suas funções, estas são de extrema importância para o funcionamento dos serviços de saúde.

6 CAPÍTULO II – DESAFIOS PARA A PREVENÇÃO E CONTROLE DA DENGUE EM NOVA VENÉCIA ESPÍRITO SANTO

Os resultados da pesquisa foram obtidos através da opinião de 16 entrevistados, atuantes na prevenção e controle da Dengue no município de Nova Venécia. As funções exercidas pelos participantes são: coordenador da vigilância ambiental, secretário de saúde, médicos, agentes comunitários de endemias e enfermeiros, todos distribuídos pelas unidades básicas de saúde do município e secretaria municipal de saúde. Houve resistência por parte dos agentes comunitários de saúde e agentes comunitários de endemias para responder ao questionário, possibilitando apenas 3 entrevistas dessa classe de servidores.

Com relação a formação, observou-se que a maioria eram enfermeiros e o tempo de atuação no serviço de saúde variaram entre 1 mês até 18 anos, sendo que 50% dos entrevistados trabalhavam por um período superior a 3 anos e 6 (37,5%) inferior a 1 ano (Quadro 2).

Quadro 2 - Caracterização dos participantes quanto ao local de trabalho, formação e tempo de atuação no município de Nova Venécia ES/Brasil.

Código de identificação	Local de trabalho	Formação	Tempo de atuação
E1	Vigilância Epidemiológica	Enfermagem	10 meses
E2	Secretaria Municipal de Saúde	Enfermagem	2 meses
E3	Unidade Básica de Saúde Ângelo Piassaroli	Medicina	3 anos
E4	Unidade Básica de Saúde Carlos Scherer Neto	Medicina	6 anos
E5	Unidade Básica de Saúde Padre Luiz Roncador	Medicina	2 meses

E6	Secretaria Municipal de Saúde-Vigilância Ambiental	Técnico em eletrotécnica	05 anos
E7	Secretaria Municipal de Saúde-Vigilância Ambiental	Enfermagem	11 anos
E8	Secretaria de Saúde	Técnico em Laboratório	18 anos
E9	Secretaria de Saúde	Ensino Médio Completo	11 anos
E10	Secretaria de Saúde	Ensino Médio Completo	12 anos
E11	Unidade Básica de Saúde Mateus Bellucio	Enfermagem	1 mês
E12	Unidade Básica de Saúde Lusquinho e Mazarini	Enfermagem	03 anos
E13	Unidade Básica de Saúde Carlos Scherer Neto	Enfermagem	1 ano
E14	Unidade Básica de Saúde Wilson Dames Selia	Enfermagem	1 ano
E15	Unidade Básica de Saúde Jacinto Mota	Enfermagem	03 meses
E16	Unidade Básica de Saúde Padre Luiz Roncador	Enfermagem	08 meses

Fonte: Elaborado pelo autor

De acordo com as respostas obtidas na entrevista, e com as unidades de sentido emitida pelas falas dos participantes, o resultado foi dividido em 3 categorias: 1 – fatores que dificultam a prevenção e o controle da dengue; 2- desafios enfrentados pelo município para o controle desse agravo; 3 – medidas a serem tomadas pelo município.

Ainda, as categorias foram divididas em duas subcategorias de acordo com a natureza da resposta, a saber: fatores relacionados à população e fatores

relacionados aos órgãos públicos. O Quadro 3, a seguir, ilustra o resultado obtido na primeira categoria “fatores que dificultam a prevenção e controle da dengue”.

Quadro 3 - Fatores que dificultam a prevenção e controle da dengue

Categories	Subcategorias	Unidades de Sentido
Fatores que dificultam a prevenção e o controle da dengue.	População	Falta de receptividade do morador; Morador não executa orientações; Armazenamento do lixo em local indevido; Falta de conscientização;
	Órgãos públicos	Comprometimento dos gestores e órgãos públicos Falta de interação entre os setores públicos; Propriedades fechadas.

Fonte: Elaborado pelo autor

De acordo com os relatos dos profissionais envolvidos no processo de prevenção e controle da Dengue, algo que aparece em vários momentos é a falta de conscientização do morador para com seu espaço de vivência. Uma resposta quase unânime dos profissionais.

Um dos entrevistados cita a seguinte fala:

“Nosso maior problema hoje quanto a prevenção, é que o morador assuma esse papel de cuidar do seu espaço físico. Vários anos passando pela epidemia e 70% dos focos são encontrados dentro das residências. Também são encontrados focos em órgãos públicos, porém em maior número nas residências. Plantas, calhas, atrás de geladeiras, bebedouros, piscinas, baldes, vasilhas de cachorro, ralos inutilizados... [...] Mas de fato o maior problema hoje é a sociedade civil que não assume o papel de protagonista de cuidar do seu próprio espaço físico” (E2).

As doenças relacionadas à disseminação do mosquito *Aedes* apresentam um forte componente de participação social, e a adoção de estratégias educacionais requer mudanças de comportamento através do conhecimento transmitido à população sobre as medidas de controle do vetor e características da doença (FRANÇA et al, 2017).

Outro fator que foi citado algumas vezes foi a falta de receptividade do morador em receber os agentes de endemias para verificação das residências e quintais, fazendo o trabalho de prevenção e educação. Quando perguntado sobre os fatores que dificultam a prevenção e controle da dengue, o entrevistado emite a seguinte fala:

[...] Na minha opinião, pelo que a gente tem de experiência e ouvimos o relato dos agentes de endemias, um dos fatores dificultantes seria o morador, porque ele não atende os agentes comunitários de saúde, então eles fecham a porta para não receber. E mesmo quando eles recebem, não executam as orientações passadas na forma de prevenção (E1).

O próprio morador acaba dificultando o trabalho de prevenção quando não abre a residência para entrada dos ACS's e ACE's, causando prejuízos à saúde dos próprios familiares e vizinhos.

Na Legislação, existe uma Lei Nº 13.301, de 27 de junho e 2016 que trata da adoção de medidas de vigilância em saúde quando verificada situação de iminente perigo à saúde pública pela presença do mosquito transmissor do vírus da dengue, do vírus chikungunya e do vírus da zika. A Lei autoriza o ingresso forçado a imóveis com reincidência de focos do *Aedes Aegypti*; autoriza o agente sanitário a acionar ajuda das autoridades policiais se for o caso e ainda dispõe sobre a multa a esses proprietários. Portanto, a lei ampara os profissionais que fazem o combate da dengue e cada município tem uma conduta a seguir nesses casos.

Existe também o problema de armazenamento de lixo em local indevido. Que se torna um ambiente propício para criadouro do mosquito, principalmente se houver acúmulo de água, o que traz sério risco a doenças transmitidas pelo mosquito, como dengue, chikungunya, zika vírus e febre amarela.

"Os moradores ainda jogam muito lixo nos terrenos baldios. Há muitas chamadas desse tipo de solicitação no setor de obras", é o que diz um dos entrevistados (E1).

É preciso que o governo e sociedade assumam suas responsabilidades, visando gerenciar de modo mais adequado a grande quantidade de resíduos sólidos que são produzidos diariamente nas residências. Em um estudo sobre a relação dos resíduos sólidos e a dengue, Cibotto (2018) diz que há uma forte relação entre os

resíduos sólidos urbanos e a proliferação da dengue e que, apesar da relação encontrada entre os resíduos sólidos urbanos e os casos de dengue, as causas da sobrevivência do mosquito e disseminação da doença são complexas e englobam várias questões, pois o vetor encontrou novas formas de se multiplicar, então, todo tipo de lixo deve ser descartado da forma correta.

A política nacional de controle da dengue (PNCD) (2002) foi implantada por intermédio de 10 componentes. No componente seis estão descritas as Ações Integradas de Educação em Saúde, Comunicação e Mobilização social, que dão as seguintes disposições:

1. Elaborar, em todos os municípios, um programa de educação em saúde e mobilização social, contemplando estratégias para:
2. Promover a remoção de recipientes nos domicílios que possam se transformar em criadouros de mosquitos;
3. Divulgar a necessidade de vedação dos reservatórios e caixas de água;
4. Implementar medidas preventivas para evitar proliferação de *Aedes aegypti* em imóveis desocupados;
5. Promover orientações dirigidas a imóveis especiais (escolas, unidades básicas de saúde, hospitais, creches, igrejas, comércio, indústrias, etc.);
6. Organizar o Dia Nacional de Mobilização contra a dengue, em novembro;
7. Implantar ações educativas contra a dengue na rede de ensino básico e fundamental;
8. Divulgar informações aos prefeitos sobre as ações municipais que devem ser desenvolvidas e as estratégias a serem adotadas;
9. Incentivar a participação da população na fiscalização das ações de prevenção e controle da dengue executadas pelo Poder Público;
10. Constituir Comitês Nacional e Estaduais de Mobilização com participação dos diversos segmentos da sociedade (BRASIL, 2002, p. 10).

Observa-se nos componentes acima, responsabilidades e participação de todos os setores da comunidade e do poder público nas ações. Além das medidas preventivas e educativas, é evidenciada a necessidade de fiscalização por parte da população. Várias entidades como escolas, igrejas, empresas e o próprio comércio local são incluídos como fontes de informação.

O principal objetivo desses componentes é auxiliar na implantação de ações educativas para a mudança de comportamento da comunidade e implantação de ações para manutenção do cuidado com os domicílios e imóveis. A comunicação

social tem o objetivo de informar sobre ações de educação em saúde e a mobilização social visa gerar mudança de comportamento e de hábitos da população para diminuir a reprodução do *Aedes Aegypti* por meio da utilização dos recursos disponíveis na mídia (BRASIL, 2009).

Além disso, a PNCD prevê várias ações para incentivar a participação social, bem como orientar a população quanto às ações preventivas e educativas, cabe aos municípios adotarem as medidas necessárias.

A participação comunitária, de forma consciente e ativa, nas ações de prevenção e controle do *Aedes Aegypti*, é um dos principais eixos de um efetivo enfrentamento da doença, porém se constitui uma das mais complexas tarefas a serem executadas. Através da educação em saúde, a população torna-se ativa e informada no combate, um processo educativo de construção de conhecimento, que se faz por meio de persistência e constância, através da valorização do saber popular e do conhecimento prévio do indivíduo, aumentando a autonomia das pessoas para auxiliarem no controle da doença (CATÃO *et al.*, 2019).

No que se refere ao papel desempenhado pelos órgãos públicos no combate à Dengue, foi citada a falta de interação entre os setores públicos do próprio município.

O esforço conjunto do governo deve ter como eixo combater as diferentes injustiças e como devem ser evitadas, todos os setores devem buscar o bem-estar da população, de uma maneira articulada (FLISCH, 2017).

O poder público precisa realizar ações de prevenção que impeçam surtos e epidemias e garantir direitos fundamentais, previstos em lei, aos cidadãos, como acesso à água encanada e à coleta de lixo, a fim de diminuir criadouros do mosquito nas residências. Mas para que o controle da dengue seja eficaz, a própria sociedade deve estar sensibilizada a ponto de ajudar na vigilância e eliminação dos focos de mosquitos (SILVA, 2019). É necessário fortalecer as parcerias com a gestão pública e entidades comerciais, que não envolvam somente o setor saúde como, por exemplo, a educação e o planejamento urbano (FRANÇA *et al.*, 2017).

A incidência da dengue é um fator preocupante para os órgãos públicos que investem recursos financeiros na prevenção, combate e tratamento dos doentes e para a população que sofre com as consequências da doença. É importante conhecer os condicionantes, passíveis de controle pelo Estado, para oferecer subsídios aos gestores públicos para o desenvolvimento de meios mais eficazes no combate à dengue, levando em consideração os desafios identificados (ROQUE *et al.*, 2017).

Observa-se que, para o enfrentamento da dengue, é necessário promover a intersetorialidade na política pública, pois fortalece o espaço interno de discussão, possibilita a tomada de decisões de forma mais rápida, possibilita o avanço na implementação das ações, articula saberes e experiências, garante a união de esforços para obter melhores resultados, inclusive, promove articulação dentro da administração pública e com a população, possibilitando uma abrangência ainda maior das ações de enfrentamento da dengue (TORTELLO; COSTA, 2016). Com a intersetorialidade, espera-se encontrar ações conjuntas que visam o mesmo objetivo entre setores diferentes (FLISCH, 2017).

Quando é encontrado algum foco no qual precisa de remoção de entulho, é necessário acionar o setor de obras para utilizar o maquinário e realizar a retirada do material. Os entrevistados relataram que há uma dificuldade em conseguir alinhar esse trabalho, pois o setor de obras é acionado, mas demora para atender às solicitações. Esse é um dos problemas que seriam solucionados trabalhando melhor a intersetorialidade no município.

Muitos fatores envolvem a prevenção e o controle da dengue: a responsabilidade dos indivíduos e do poder público, a inadequação de infraestrutura urbana (habitação e saneamento ambiental, armazenamento de água e destinação inadequada de resíduos), baixos investimentos em educação e acesso (FLISCH, 2017), e muitos dos desafios relatados no município vêm de encontro com esses fatores, que parecem se replicar em vários municípios, estados e países que sofrem com os casos de dengue.

De acordo com algumas falas dos entrevistados, os governantes precisam dar a devida importância para as consequências da dengue, pois é uma doença que afeta a região de forma recorrente e gera custos ao Sistema Único de Saúde e prejuízos à saúde da população.

Há necessidade de melhorar a organização da resposta do sistema de saúde às epidemias, exigindo esforço de mobilização dos gestores e da comunidade, com um permanente processo de treinamento contínuo dos profissionais de saúde. Os serviços de vigilância em saúde precisam estar atentos às tendências dessas doenças para conseguir detectar mudanças em seu perfil e orientar ações de prevenção e controle oportunas (PEIXOTO *et al.*, 2020).

Os gestores da cidade também possuem um importante papel ativo na prevenção e controle do vetor, através da promoção da saúde, com ações educativas, saneamento básico, melhorias e manutenção do espaço público, auxiliando assim, na diminuição da proliferação do mosquito, contribuindo diretamente com trabalho dos Agentes, fazendo com que se obtenha, com êxito, o combate ao mosquito da dengue, zika vírus e febre chikungunya (FRANÇA *et al.*, 2020).

Outro fator agravante para o trabalho dos agentes de endemias é a dificuldade em acessar as propriedades fechadas, tanto as que não possuem moradores como as que os proprietários não se encontram no horário de trabalho dos agentes de endemias.

“Há uma dificuldade com pendências, que são as residências que não conseguem ser acessadas, devido os moradores trabalharem, chegarem tarde”, diz um dos entrevistados (E2).

Um dos principais empecilhos para o sucesso dos programas de controle da dengue são as pendências, que são os imóveis fechados no momento da visita do agente, ou aqueles em que o proprietário não aceita que o agente realize o seu trabalho, o que caracteriza uma recusa. O Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) (2009), reconhecendo que as pendências podem atrapalhar o alcance das metas preconizadas pelo Programa, deu especial atenção ao seu Componente 8 –

Legislação, propondo a elaboração de um instrumento normativo que orientasse o poder público municipal e estadual na execução das atividades de prevenção e controle da dengue (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde, através do documento Programa Nacional de Controle da Dengue - Amparo legal à execução das ações de campo - Imóveis fechados, abandonados ou com acesso não permitido pelo morador (2006), orienta os municípios e dispõe uma minuta que dispõe sobre os procedimentos a serem tomados em casos de situações que representem risco ou ameaça à saúde pública, que esteja relacionado aos indivíduos, grupos populacionais e ambiente (BRASIL, 2006).

Art. 2º Dentre as medidas que podem ser determinadas para a contenção das doenças ou agravos à saúde que apresentem potencial de crescimento ou de disseminação, de forma a representar risco ou ameaça à saúde pública, no que concerne a indivíduos, grupos populacionais e ambiente, destacam-se:

I – o ingresso forçado em imóveis particulares, nos casos de recusa ou de ausência de alguém que possa abrir a porta para o agente sanitário quando isso se mostrar fundamental para a contenção da doença ou do agravo à saúde. (BRASIL, 2006, p. 30).

Surge uma dúvida sobre até que ponto o ingresso forçado é realmente necessário ou se faz eficaz, visto que se torna um procedimento demorado e custoso e não efetivo para resolver a cobertura de visita dos domicílios. Porém, medidas enérgicas e mais violentas não fazem o perfil das políticas públicas brasileiras.

Os municípios têm autonomia para resolver a situação das pendências através de amparo legal. Cabe, a cada um, decidir a forma de lidar com essas situações, principalmente em períodos epidêmicos. Algumas estratégias precisam ser avaliadas para driblar as pendências, sejam elas por recusa ou por ausência dos proprietários.

Em casos de ausência, uma forma de minimizar os prejuízos e que está sendo adotada pelo município de Nova Venécia é a realização de mutirão de visitas nos fins de semana, em períodos estratégicos. Por estarmos passando por uma pandemia, algumas pessoas estão presentes com mais frequência em casa ou

trabalhando de *home office* ou devido a paralisação das aulas nas escolas, o que pode facilitar um pouco mais o trabalho dos ACE's.

O Quadro 4 apresenta a categoria 2, “Desafios enfrentados pelo município para o controle desse agravo”, com as subcategorias e as unidades de sentido.

Quadro 4 - Desafios enfrentados pelo município para o controle da dengue

Categorias	Subcategorias	Unidades de Sentido
Desafios enfrentados pelo município para o controle da dengue	População	Sensibilização da população como protagonista na prevenção de criadores do mosquito; Resistência em receber os agentes; Trabalhar mais a informação da população sobre forma de contágio da doença, controle de vetores e eliminação de focos. Divergência nos horários de trabalho dos agentes e período em que os moradores estão em casa;
	Órgãos públicos	Relação de agentes de endemias por imóveis; Falta de investimento necessário nos setores que atuam na prevenção e controle da dengue; União das forças nos níveis federal, estadual e municipal; Demora no processo de diagnóstico/investigação até chegar nas ações de controle; Falta de colaboração mútua do setor de obras e setor da saúde; Falta de transporte para realizar o trabalho no interior do município.

Podemos citar algumas das falas dos entrevistados quanto ao desafio que é conscientizar a população, que aparece tanto na resposta da pergunta 1 como da pergunta 2:

“Os moradores não recebem os agentes, não estão cuidando das residências, não fazem a profilaxia que tem de ser feita no próprio ambiente, pois acham que não vai acontecer na casa deles” (E3).

“É preciso colocar a comunidade como responsáveis por cuidar do próprio espaço. Isso, de fato, ajuda os órgãos públicos no combate à dengue” (E2).

“O principal fator é a conscientização das pessoas. Porque a grande maioria dos focos de dengue são encontrados dentro do domicílio, no quintal. As pessoas acabam deixando os focos através de vasilhas de água dos animais. Então tem que conscientizar as pessoas para estarem eliminando esses focos” (E4).

Acredita-se que, problemas como a dengue, podem ser minimizados com atividades coletivas e participação da população e, devido a conscientização da população ser um dos maiores desafios encontrados, é necessário repensar as formas de trabalho e dinamizar a relação entre profissionais da saúde-gestores-governantes e população (SILVA; MALLMANN; VASCONCELOS, 2015).

A comunidade representa o principal ator nas ações de enfrentamento ao mosquito, pois influencia no ambiente que vive, fiscalizando e eliminando focos do vetor de forma contínua, contribuindo para a prevenção de doenças, visto que, os profissionais, sozinhos, não conseguem fazer esse trabalho, e sim auxiliar, informar e inspecionar os domicílios (VIEIRA *et al.*, 2019).

Uma das atribuições dos ACE é “[...] atuar junto aos domicílios, informando os seus moradores sobre a doença, seus sintomas e riscos, o agente transmissor e medidas de prevenção [...]”. Para que esses profissionais consigam fazer esse trabalho é necessário que os moradores os recebam, pois, além de levar informação eles também são responsáveis por realizar a pesquisa larvária em imóveis, para levantamento de índices e descobrimento de focos; identificar criadouros do mosquito; orientar moradores para a eliminação e proteção de possíveis criadouros; executar a aplicação de larvicidas, dentre outras atribuições (BRASIL, 2009).

Através das visitas domiciliares estes profissionais percebem irregularidades ou hábitos dos moradores que colocam em risco sua saúde, de recipientes que podem armazenar água sem a devida proteção (VIEIRA *et al.*, 2019).

Com o aumento da criminalidade, o trabalho dos ACS e ACE ficou ainda mais difícil, por diversas vezes, são veiculadas notícias nos jornais, que meliantes se passam por profissionais da saúde para praticarem atos criminosos. O medo explica parte desse comportamento por parte da população. Devido a isso, os profissionais deveriam estar sempre paramentados e uniformizados para logo serem identificados como profissionais da prefeitura.

“[...]Jessa semana vimos relatos de algumas pessoas se passando por profissionais de saúde. Alguns não recebem os agentes por medo de abrir a porta e não ser profissional de saúde, outros por ignorância também. Então um dos maiores desafios dos agentes de endemias é a permissão de adentrar nos domicílios” (E16).

Um dos colaboradores cita a respeito da divergência de horário da população e dos ACE:

“[...] outro desafio que encontramos é o horário. Diversas vezes o horário das visitas não coincide com o período em que os moradores estão em casa. A noite não tem como fazer visita pois não há como fazer a inspeção do quinta” (E15).

Na Categoria 1 mencionamos o fator dificultante das propriedades fechadas que são classificadas como pendências e na Categoria 2, os profissionais relataram a dificuldade de encontrar os proprietários em casa, pois o horário de trabalho dos agentes costuma ser o mesmo dos moradores, que acabam se desencontrando. Os mutirões de visitas aos fins de semana seriam uma estratégia que viria de encontro às necessidades dos dois problemas mencionados.

Foi relatado que os maiores desafios que os órgãos públicos enfrentam para controlar a dengue são o desfalque no quantitativo de agentes de endemias. As Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle da Dengue diz que, o ideal é ter a disponibilidade de um agente para cada 800 a 1.000 imóveis (BRASIL, 2009).

Segundo informações fornecidas no período da coleta dos dados por um dos entrevistados (E7), que se deu de março a julho de 2020, o município contava, no ano de 2020, com 13 agentes de endemias para 23 mil imóveis, o que daria uma média de 1.769,23 imóveis por ACE.

O rendimento médio de 20 a 25 imóveis por dia somente será alcançado com carga horária de oito horas diárias. O município está com desfalque de pelo menos 10 ACE, levando em consideração o quantitativo de 1.000 imóveis por ACE (BRASIL,2009).

“Em média, hoje nós temos 23.000 imóveis e nós não temos condições de atingir a cada dois meses, esses 23.000 imóveis. Então é uma questão população e uma questão do órgão público que não investe no setor que deveria investir mais, pois investe pouco em vista da gravidade da dengue e da gravidade da doença” (E6).

O entrevistado (E7) fala ainda que o município está defasado em quantidade de agentes:

“[...] estamos com 16 em campo e dois de férias, então atuando são 14. Temos 23 mil imóveis em Nova Venécia. Então se fizer o cálculo do Ministério da Saúde de 900 imóveis para cada agente. Então temos que aumentar o número de imóveis por agente, que acaba estendendo o período de visita para 3 meses e o ideal é uma visita a cada 2 meses”.

Como vemos nas falas acima, ocorria uma divergência no cálculo da quantidade correta de agentes de endemias para a quantidade de imóveis existentes, o que dificultava o trabalho.

Nesta fala, o entrevistado deixa bem claro a divergência citada anteriormente:

“Na questão de recursos humanos, hoje o ministério da saúde determina que a cada dois a dois meses eu tenho que ir na sua residência fazer o trabalho educativo, só que isso não é feito, pois o quantitativo de agentes é pequeno. Mas a culpa é do município? Porque o próprio ministério da saúde repassa para o município que a região de Nova Venécia precisa de 13 agentes de endemias. São informações que não batem porque o município tem a média de 23.000 mil imóveis, só que o Ministério da Saúde preconiza que cada agente de endemias tem que ter no mínimo 900 imóveis” (E7).

Com o quantitativo inadequado de ACE, ocorre aumento do tempo de retorno nas residências, fazendo com que o mosquito consiga se proliferar e disseminar a doença com facilidade.

“Muitos moradores ligam para o setor de vigilância ambiental reclamando que o agente de endemias não passou. Nós verificamos e explicamos ao morador que devido ao quantitativo menor de profissionais, a visita é feita num intervalo maior. Isso tem um lado bom porque tem moradores que querem que nós façamos a visita” (E7).

Para realizar o cálculo da quantidade de agentes de endemias, de acordo com as Diretrizes para Prevenção e Controle da Dengue (2009), os municípios são categorizados em dois estratos diferentes:

- Estrato I – municípios infestados, com disseminação e manutenção do vetor nos domicílios;
- Estrato II - municípios não infestados, onde não foi detectada a presença disseminada do vetor nos domicílios ou, nos municípios anteriormente infestados, que permanecerem 12 meses consecutivos sem a presença do vetor.

São necessárias as seguintes atividades para municípios infestados, como é o caso de Nova Venécia:

Estrato I – Municípios infestados (em períodos epidêmicos e não epidêmicos)

- Pesquisa larvária amostral, bimestral ou quatro levantamentos rápidos de índices entomológicos (LIRAA) ao ano.
- Visita domiciliar bimestral em 100% dos imóveis.
- Pesquisa larvária nos pontos estratégicos, em ciclos quinzenais, com tratamento focal e/ou residual, com periodicidade mensal para o tratamento residual.
- Atividades de educação e comunicação, com vistas à prevenção e controle da dengue pela população.
- Articulação com órgãos municipais de limpeza urbana, tendo em vista a melhoria da coleta e a destinação adequada de resíduos sólidos.
- Articulação com outros órgãos municipais governamentais e entidades não governamentais, tendo em vista a atuação intersetorial.
- Realização do bloqueio da transmissão, quando necessário (BRASIL, 2009, p.54).

Sobre as medidas rotineiras de combate ao vetor, podemos citar o controle mecânico, o biológico, o legal e o químico. Controle mecânico está relacionado com a proteção, a destruição ou a destinação adequada de criadouros; controle biológico é feito através de bioinseticidas e controle legal consiste na aplicação de normas de conduta regulamentadas por medidas legais no âmbito dos municípios, pelos códigos de postura, com objetivo de responsabilizar o proprietário pela manutenção

e limpeza de terrenos baldios e permitir a visita domiciliar do ACE aos imóveis fechados, abandonados e onde exista recusa à inspeção (BRASIL, 2009)

Em conversa recente com o Coordenador da Vigilância Ambiental, quando perguntado do quantitativo atual de agentes de endemias, ele relatou que o município conta com 23 agentes, 2 deles estando de férias e 1 de licença no momento. Quantitativo informado maior que no ano de 2020, que era de 16 ACE.

Os parâmetros utilizados para definir o número de profissionais, vão de acordo com a Política Nacional de controle da Dengue, que preconiza 1 ACE para cada 800 imóveis para municípios infestados. O número de imóveis leva em consideração as informações do ano de 2014 sobre infestação dos municípios e o censo de 2010 para cálculo de imóveis (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2016).

O município tem cadastrado 24.980 imóveis. Pelos cálculos, $24.980/23 = 1.086,00$. O que leva a interpretação de que, no ano de 2021, o quantitativo de agentes comunitários de endemias está próximo dos padrões preconizados pela PNCD e pelas Diretrizes para Prevenção e Controle da Dengue, diferente do que foi relatado pelos entrevistados no ano de 2020, no mês de março a julho, quando os dados foram coletados. Porém ainda está insuficiente, pois teria que ter 31 ACE para atender o número de imóveis.

É preconizado que a visita domiciliar seja feita a cada dois meses. O que não ocorre no município, de acordo com os profissionais envolvidos na prevenção e controle da dengue, devido a insuficiência de ACE.

Cada município é livre para contratar o número de profissionais acima do quantitativo estabelecido na Portaria GM/MS nº 535/2016. Porém, será considerado para o cálculo do repasse da assistência financeira complementar da União o número de ACE até o limite máximo estipulado com base nos parâmetros de no máximo 5 ACE para municípios acima de 20.000 mil habitantes, como é o caso de Nova Venécia (GEPAM, 2016).

Em alguns momentos foi relatada a questão da necessidade de haver colaboração mútua entre o setor de obras e o de saúde, o que mostra que é um dos desafios a serem vencidos.

Em uma de suas falas, o entrevistado relata a seguinte situação:

“[...] tem a questão que trabalhamos junto com a secretaria de obras que tem o código de postura, porém infelizmente, por experiência própria, é falho”...

A Lei complementar nº 05, de 09 de abril de 2008, institui o código de posturas do município de Nova Venécia- ES, que tem o objetivo de regulamentar a convivência com o espaço público, estabelecer regras a serem seguidas pelos moradores e melhorar a organização da cidade.

“[...] Foram encontrados 5 focos, dentre esses 4 foram positivos, só em um terreno de um senhor que acumulava várias geladeiras e eletrodomésticos velhos. Passamos lá no outro mês e encontramos a mesma situação. Pois nós não temos o poder de notificar o dono do terreno para que ele realize a limpeza. Esse trabalho é do setor de obras. É necessário trabalhar em conjunto para resolver essas situações. Porque sozinhos não conseguimos fazer tudo. Se eles trabalharem junto com a gente conseguimos resolver (E7).

Essa fala, de outro profissional (E9), reforça a questão abordada pelo colega:

“Um dos maiores desafios é a questão da união dos setores. Os setores públicos da prefeitura não trabalham em união. O setor de obras poderia colaborar com a saúde e assim sucessivamente. Algumas vezes fazem mutirão de limpeza nos bairros, mas não é frequente. Então os setores poderiam trabalhar unidos” (E9).

Existe o Código de Posturas do município, que prevê que é obrigação do município a limpeza das vias públicas e dever do proprietário manter a conservação, manutenção e limpeza da edificação, quintais, jardins, pátios e terrenos, em perfeitas condições de higiene, de modo a não comprometer a saúde pública. Porém, quando é necessário articular ações entre setores para remoção do lixo,

ocorrem falhas e lentidão no processo de trabalho. Essa situação foi repassada por alguns dos entrevistados ao decorrer da pesquisa.

No âmbito do setor saúde, é necessário buscar a articulação sistemática da vigilância epidemiológica e entomológica com a atenção básica e os diversos setores envolvidos, integrando suas atividades para agilizar o trabalho, considerando, especialmente, o trabalho desenvolvido pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e pelos Agentes de Controle de Endemias (ACE) (BRASIL,2009).

Não se combate à dengue sem parcerias. É imprescindível envolver outros setores da administração do município, como limpeza urbana, saneamento, educação, turismo, meio ambiente, saúde, entre outros (BRASIL, 2009). Envolve ações que devem ser promovidas, incansavelmente, até que a comunidade adquira conhecimentos e consciência do problema e passe a mudar o comportamento, mantendo as residências livres do vetor. A intersectorialidade é prioritária na busca da integralidade da atenção (BRASIL, 2013).

Para dar conta dessa problemática, deve-se reunir os profissionais, gestores e coordenadores dos diversos setores envolvidos no combate à dengue e realizar o compartilhamento de informações para firmar parcerias baseadas nas fragilidades.

A articulação dos setores se dá através da intersectorialidade, que é prioritária na busca da integralidade da atenção. A integração dos territórios de atuação dos ACS e dos agentes de controle de endemias (ACE) é fator essencial para o sucesso do trabalho de controle do mosquito. Para alcançar êxito, é preciso integração por parte do enfermeiro instrutor/supervisor dos ACS e supervisor de área dos ACEs e um processo de trabalho que assegure a coordenação e o monitoramento dessas atividades, para garantia de um trabalho de campo eficaz.

Além de toda equipe de trabalho, a estrutura de supervisão ao trabalho de campo dos ACE's, para o controle vetorial, é constituída de duas categorias de supervisor: o geral e o de área. A Resolução SMS nº 4504 de 12 de agosto de 2020 (p. 01) diz que: "para cada 10 agentes de combate às endemias, está previsto um supervisor de área e, para cada cinco supervisores de área, um supervisor geral". Dois

Supervisores de área foram entrevistados na pesquisa, e observa-se que constituem importantes sujeitos na luta contra a dengue, pois estão inteirados da realidade e dificuldades encontradas pelos ACE.

As atividades desenvolvidas pelo profissional responsável pela supervisão de área dos ACE são:

- Acompanhar o andamento das atividades de campo;
- Estar informado sobre a situação que seja de interesse da saúde ambiental em sua área de trabalho, orientando a equipe quanto às medidas tomadas em presença de casos suspeitos e quanto ao encaminhamento para a unidade de saúde ou serviço de referência;
- Participar do planejamento local das ações de campo em sua área de atuação;
- Participar da avaliação dos resultados e do impacto das ações;
- Alimentar o fluxo da informação quanto aos resultados da supervisão;
- Atuar como orientador nas questões que envolvem a saúde ambiental;
- Estimular o bom trabalho da equipe sob sua responsabilidade;
- Garantir o registro correto e completo das atividades.

É necessária a união de forças nos níveis federal, estadual e municipal, além de articulação conjunta dos setores do próprio município para melhor aproveitamento dos recursos e maior investimento nos setores para que possam trabalhar de forma otimizada.

As Diretrizes Nacionais Para Prevenção e Controle da Dengue (2009) dispõem sobre as atribuições das esferas municipais, estaduais e federais no controle da Dengue. Dentre as atribuições da esfera municipal, estão:

- Incluir a vigilância sanitária municipal como suporte às ações de vigilância e controle vetorial para cumprimento das leis sanitárias;
- Integrar as equipes de saúde da família nas atividades de controle vetorial;
- Realizar o levantamento de indicadores entomológicos;

- Executar as ações de controle mecânico, químico e biológico do *Aedes Aegypti*;
- Enviar os dados entomológicos ao nível estadual nos prazos estabelecidos;
- Gerenciar os estoques municipais de inseticidas e biolarvicidas;
- Adquirir materiais e equipamentos necessários à rotina de controle vetorial;
- Adquirir os equipamentos de EPI recomendados para a aplicação de inseticidas e biolarvicidas;
- Participar das atividades de monitoramento da resistência do *Aedes Aegypti* ao uso de inseticidas;
- Constituir Comitê Gestor Intersetorial, sob coordenação da secretaria municipal de saúde, com representantes das áreas de defesa civil, limpeza urbana, infraestrutura, segurança, turismo, planejamento, saneamento, cada um com suas responsabilidades, metas e indicadores de acompanhamento de cada área de atuação.

As atribuições da esfera estadual são:

- Prestar assistência técnica aos municípios;
- Supervisionar, monitorar e avaliar as ações de prevenção e controle do mosquito;
- Gerenciar os estoques de inseticidas e biolarvicidas para controle do vetor do Estado;
- Gerenciar a Central de UBV (ultrabaixo volume), com distribuição adequada dos equipamentos aos municípios, de acordo com os indicadores de cada um;
- Executar as ações de controle da dengue juntamente aos municípios;
- Prover equipamentos de EPI e insumos;
- Gerenciar o sistema de informação no âmbito estadual, enviar os dados, regularmente, à esfera federal, dentro dos prazos estabelecidos;
- Analisar e retroalimentar os dados da dengue;
- Apoiar os municípios com pessoal, insumos e equipamentos nas situações de emergência;

- Participar das atividades de monitoramento da resistência do *Aedes Aegypti* ao uso de inseticidas;
- Definir fluxos e realizar os exames de dosagem de colinesterase;
- Constituir Comitê Gestor Intersetorial, sob coordenação da secretaria estadual de saúde, com representantes das áreas de defesa civil, limpeza urbana, infraestrutura, segurança, turismo, planejamento, saneamento, cada um com suas responsabilidades, metas e indicadores de acompanhamento de cada área de atuação.

Já as atribuições da esfera federal são:

- Prestar assessoria técnica aos estados e municípios;
- Normatizar as ações de vigilância e controle da dengue;
- Prover insumos, conforme regulamentação;
- Consolidar os dados repassados pelos estados;
- Executar as ações de controle da dengue juntamente aos estados;
- Apoiar os estados com insumos e equipamentos em situações de emergência;
- Manter e controlar estoque de insumos e equipamentos;
- Monitorar a resistência do *Aedes Aegypti* ao uso de inseticidas, com a definição dos laboratórios de referência, seleção de municípios, divulgação dos resultados e manejo da resistência, o que pode incluir a troca de inseticidas.
- Convocar Grupo Executivo Interministerial, definindo responsabilidades e indicadores de acompanhamento de cada área de atuação.

Como visto, todos os níveis de governo têm suas atribuições bem definidas pelas Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle da Dengue, onde há um roteiro de ações que devem ser realizadas.

A demora no processo de investigação até chegar nas ações de controle dos vetores foi relatada como um desafio a ser superado. É importante que toda equipe, de todos os níveis de atenção à saúde do município tenha em mente todos os

passos necessários para um bom atendimento e gestão dos casos suspeitos de dengue, pois é nessas etapas que a tomada de decisão acontece para melhor encaminhamento e tratamento dos casos de acordo com a gravidade dos sintomas. Vale ressaltar que, a agilidade nesse processo diminui os riscos de mortalidade. Para isso, pode-se valer da ferramenta de educação continuada aos profissionais das unidades básicas de saúde e hospitais da região.

Um dos entrevistados fala: "*O município tem que dar atenção aos focos encontrados em imóveis públicos, que não estão sendo inspecionados pelo próprio funcionário do setor. O agente passa e alerta sobre as medidas que devem ser tomadas. Tem que ver os locais que foram encontrados focos e ter uma ação, porque cobramos a população, porém o próprio município não faz a parte dele*" (E6).

Nesta fala o profissional diz que são encontrados focos em imóveis da prefeitura, que os responsáveis pela limpeza e manutenção desses locais precisam dar a devida atenção para evitar surgimento de focos da dengue.

Alguns entrevistados alegaram falta de investimento necessário nos setores que atuam na prevenção e controle da dengue, inclusive falta de carros para transporte dos profissionais para fazerem o trabalho no interior do município.

Podemos citar algumas falas que retratam essa realidade:

"Eu acho que a falta de equipamento necessário. [...] falta de equipamento como carro, bomba pra fazer a borrifação" (E8)

"A prefeitura deveria atuar com mais vigor. Ter mais funcionários, mais verbas, o carro do fumacê" (E14).

Como visto, a dengue é um problema complexo que exige mudança nos padrões de comportamento e também nas políticas públicas para buscar mecanismos eficazes de controle da doença, pois, nas últimas décadas, a incidência da dengue aumentou consideravelmente por consequência das mudanças ambientais, urbanização, e controle ineficaz das doenças. Enfermidades transmitidas por mosquitos como malária, dengue, Zika, chikungunya e febre amarela correspondem a cerca de 17%

de todas as doenças infecciosas em todo o mundo, matando mais de 700.000 pessoas todos os anos e causando sequelas e sofrimento em várias outras. O surto de Zika, em 2015, no Brasil, foi relacionado a um aumento no número de bebês nascidos com microcefalia, tudo isso devido a incapacidade no controle do vetor *Aedes Aegypti* (WHO, 2019).

De acordo com as respostas, obtivemos as seguintes unidades de sentido para a terceira categoria: “Que medidas você acredita que ainda precisam ser tomadas pelo município para o controle da dengue?”

Quadro 5 - Medidas a serem tomadas pelo município para o controle da dengue

Categorias	Subcategorias	Unidades de Sentido
Medidas a serem tomadas pelo município	População	Notificação ao morador de caso positivo Instituir multas a no talão de água dos moradores reincidentes;
	Órgãos públicos	Proporcionar maior maquinário e pessoal no setor de obras; Disponibilizar material educativo e pessoal próprio para fazer educação continuada na escola, nas empresas sem precisar deslocar de outros setores; Ter equipe educativa semanalmente; Aumentar a cobrança da união aos estados e municípios/sesa Aumentar a fiscalização dos municípios em relação ao investimento feito e os resultados obtidos no controle da doença; Mudar o olhar dos gestores para dengue; Instituir a vacina da dengue no calendário vacinal do município; Desconhecimento dos casos positivos testados em laboratórios privados.

Foi sugerido notificar os moradores onde for encontrada reincidência de focos do mosquito e instituir multas direto no talão de água. Os próprios municípios podem editar leis que autorizem aplicação de multas aos moradores que não cumprirem as recomendações das equipes de saúde e forem encontrados focos reincidentes.

Podemos citar alguns exemplos como os municípios do Centro-Oeste, que passaram a multar proprietários de residências onde eram encontrados focos do mosquito *Aedes Aegypti*. Em Oliveira, município de Minas Gerais, a medida passou

a valer no dia 21 de março de 2016. Os valores das multas variam de R \$360 a R \$1.200, mais agravantes por focos positivos encontrados. O projeto de lei foi aprovado pela Câmara de Vereadores do município (GLOBO COMUNICAÇÃO E PARTICIPAÇÕES S.A, 2016).

A Lei Federal nº 13.301, de 27 de junho de 2016, que altera a Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, dispõe sobre as medidas quando houver perigo iminente à saúde causada pelo mosquito *Aedes Aegypti*:

§ 1º Entre as medidas que podem ser determinadas e executadas para a contenção das doenças causadas pelos vírus de que trata o caput, destacam-se:

IV - ingresso forçado em imóveis públicos e particulares, no caso de situação de abandono, ausência ou recusa de pessoa que possa permitir o acesso de agente público, regularmente designado e identificado, quando se mostre essencial para a contenção das doenças

Art. 5º O art. 10 da Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, passa a vigorar acrescido do seguinte inciso XLII:

XLII - reincidir na manutenção de focos de vetores no imóvel por descumprimento de recomendação das autoridades sanitárias:

Pena - multa de 10% (dez por cento) dos valores previstos no inciso I do § 1º do art. 2º, aplicada em dobro em caso de nova reincidência."

Essa Lei prevê que sejam instituídas multas a imóveis públicos e particulares, pois os criadouros do mosquito representam risco à saúde pública, causando várias doenças, como Dengue, Chikungunya e Zika.

Os valores indicados na Lei nº 13.301, de 27 de junho De 2016, fazem referência a 10% da quantia das seguintes multas, citadas na Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977:

§ 1º A pena de multa consiste no pagamento das seguintes quantias: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.190-34, de 2001):

I - nas infrações leves, de R\$ 2.000,00 (dois mil reais) a R\$ 75.000,00 (setenta e cinco mil reais);

II - nas infrações graves, de R\$ 75.000,00 (setenta e cinco mil reais) a R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais);

III - nas infrações gravíssimas, de R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais) a R\$ 1.500.000,00 (um milhão e quinhentos mil reais).

§ 2º As multas previstas neste artigo serão aplicadas em dobro em caso de reincidência.

§ 3º Sem prejuízo do disposto nos arts. 4º e 6º desta Lei, na aplicação da penalidade de multa a autoridade sanitária competente levará em consideração a capacidade econômica do infrator.

Art. 3º - O resultado da infração sanitária é imputável a quem lhe deu causa ou para ela concorreu.

§ 1º - Considera-se causa a ação ou omissão sem a qual a infração não teria ocorrido.

§ 2º - Exclui a imputação de infração a causa decorrente de força maior ou proveniente de eventos naturais ou circunstâncias imprevisíveis, que vier a

determinar avaria, deterioração ou alteração de produtos ou bens do interesse da saúde pública.

Art. 4º - As infrações sanitárias classificam-se em:

I - leves, aquelas em que o infrator seja beneficiado por circunstância atenuante;

II - graves, aquelas em que for verificada uma circunstância agravante;

III - gravíssimas, aquelas em que seja verificada a existência de duas ou mais circunstâncias agravantes.

Os municípios têm autonomia para redigir leis que instituam multas para moradores cujas residências apresentem reincidência de focos de dengue. Vários municípios pelo Brasil adotaram essa estratégia. O morador é notificado a realizar a limpeza do imóvel e eliminar os focos, a equipe da vigilância ambiental verifica se a ordem foi executada, caso não seja, a multa é aplicada.

Em cidades do Distrito Federal, São Paulo, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul e Paraná, alguns municípios tiveram que adotar essa estratégia no intuito de conter o número de casos de dengue. Um exemplo foi o município de Betim, durante as duas primeiras visitas, os agentes comunitários de endemias faziam o relatório de inspeção do imóvel. Constatando que os focos não foram eliminados, eles encaminhariam o relatório para os fiscais sanitários, que iriam a uma terceira visita de inspeção e, se constatado novamente o foco, lavrariam o Auto de Infração com a multa de até 5.331,50 (BETIM, 2020).

Além da multa, em Paranaguá- PR, o decreto também autorizou a entrada forçada em imóveis públicos e privados que ofereciam risco à saúde pública com focos de mosquito. Os agentes de endemias foram orientados a fazerem duas visitas em dias alternados no intervalo de 10 dias, caso não conseguissem adentrar o local, o fiscal, o agente de endemias e até a Polícia Militar estavam autorizados a entrar (JB LITORAL, 2020).

A maioria dos profissionais acredita que são necessárias medidas mais enérgicas para que a população realmente se atente à gravidade da dengue, pois é uma questão cultural e esses hábitos já estão arraigados ao cotidiano da população.

“A medida deve ser bem severa, senão não vai funcionar. Se o fator que dificulta a prevenção é a falta de conscientização e se o maior desafio é o morador não abrir a porta para os profissionais fazerem o trabalho, acho

que a solução seria o ministério público, a vigilância sanitária e vigilância epidemiologia deveriam instituir multas a no talão de água. Porque sem energia dá para viver, mas sem água não. Então que tal vir uma multa no talão de água? Tem que ter intervenção da promotoria” (E16).

É necessário diminuir a resistência dos moradores em receber os agentes de endemias, seja com ações educativas, mostrando a importância desses profissionais para a população, como medidas mais enérgicas, como redação de lei que imponha multa ao morador do município que for notificado quanto ao foco de vetor da dengue e incorrer em reincidência e promover a entrada forçada em imóveis privados que não conseguirem ser acessados.

Alguns dos profissionais citam a necessidade do município editar uma lei que institua multa aos moradores e estabelecimentos que não cumprirem as recomendações das equipes de limpeza dos locais com focos de mosquito. Como visto nos casos citados acima, cabe ao município instituir essas penalidades.

Ao pesquisar as ações que estão sendo realizadas no município, identificamos que o setor de Vigilância Ambiental e Epidemiológica intensificou os trabalhos de visitas às residências e orientações à população com ações concentradas nos bairros com maior número de casos suspeitos de dengue. Atualmente os bairros com maior infestação na cidade são: Padre Gianni, Flora Parque, Rubia, São Cristóvão, Aeroporto, Bethânia, Polo Industrial, Santa Luzia, Monte Castelo e Coqueiral. De acordo com o setor de Vigilância, o índice de infestação está alto em quase todo o município (MARTINS, 2020).

Agentes de combate a endemias e técnicos do setor da vigilância ambiental têm adotado estratégias através de visitas de rotina a imóveis e visitas quinzenais a pontos como ferros-velhos, cemitérios, entre outros locais para identificar e eliminar possíveis focos do mosquito transmissor da dengue e outras arboviroses como a Chikungunya e zika vírus (MARTINS, 2020).

O coordenador da Vigilância Ambiental, Renan Rodrigues de Aguiar, em entrevista a Rede Notícia, reforça a necessidade da participação da população no combate à dengue e ressalta que a população deve receber os agentes em seus imóveis

(MARTINS, 2020). Sabe-se que, devido a pandemia do Covid-19, algumas pessoas estão trabalhando no formato *home office*, isso facilita que os agentes de combate às endemias e agentes de saúde tenham acesso aos domicílios com mais frequência. Mas há algumas estratégias para driblar a divergência nos horários de trabalho dos profissionais da saúde e moradores, uma delas são os mutirões de visitas com equipes de inspeção para fazerem orientação e limpeza dos terrenos nos fins de semana.

Além das ações preventivas, a Secretaria Municipal de Obras de Nova Venécia, através do setor de Fiscalização, está notificando proprietários de lotes e terrenos baldios, com penalidade de multa aos que não mantiverem a área limpa (MARTINS, 2020). O proprietário tem prazo de dez dias para limpar o terreno depois que receber a notificação. Caso contrário, a Secretaria de Obras aplica multa diária, que varia de acordo com o tamanho do terreno. A multa é baseada no Valor de Referência Municipal (VRM), podendo variar entre 33,16 e 331,55 VRM's, conforme o tamanho do terreno. Cada VRM equivale a R\$ 3,27 (MARTINS, 2020).

Outras sugestões foram disponibilizar material educativo e pessoal próprio para fazer educação continuada nas escolas e nas empresas, sem precisar deslocar de outros setores e ter equipe educativa semanalmente para o trabalho de conscientização.

Levando em consideração, que combater o *Aedes Aegypti* demanda o envolvimento articulado de diversos setores, como educação, saneamento e limpeza urbana, cultura, turismo, transporte, construção civil e segurança pública, vale lembrar que a comunicação não pode ser o único componente para trabalhar mudanças de comportamento. A educação em saúde também exerce importante papel nesse processo. A mobilização deve ser compreendida como um suporte para as ações de gestão, utilizando-se das ferramentas da comunicação para fazer chegar à sociedade o papel de cada um nas ações a serem implementadas (BRASIL, 2009).

Foi realizado um forte trabalho educativo no município de Pinheiros há cerca de 10 anos, onde foi trabalhado, nas escolas, um incentivo para promover a educação das crianças e, conseqüentemente, dos pais que se envolveram no processo. O projeto

durou vários meses e os alunos eram incentivados com tarefas de recolher materiais recicláveis, verificar quintais e limpar área onde poderia haver criadouros de mosquito, participar de palestras lúdicas sobre a Dengue para informar de forma divertida.

Neste trecho a enfermeira fala:

“Há mais ou menos 10 a 15 anos, foi realizado um trabalho muito bem feito no município de Pinheiros, dentro das escolas e o índice de dengue diminuiu muito. A vigilância epidemiológica participou do processo. Acredito como experiência, que é necessário investir nas escolas. Falta de conhecimento da prevenção da dengue, creio não seja, a população sabe. O que está precisando é voltar a dar credibilidade às consequências da dengue. Isso poderia ser feito incentivando a educação” (E11).

“Trabalhar a população, conscientizar, deixar claro as formas de contágio, vetor, os focos, mas também que é uma doença que é grave [...]” (E4). Essa foi a sugestão da entrevistada que aponta que as medidas se baseiam primeiramente em conscientizar a população.

A estratégia de utilização das escolas para conscientização já foi validada em alguns estudos. Podemos citar um estudo de Moreira *et al.* (2019, p.24):

A utilização de elementos lúdicos, como paródias de músicas conhecidas adaptadas para a temática de prevenção ao vetor e a produção de cartazes e faixas com tintas coloridas, teve um resultado satisfatório, com caráter eficiente para manter a atenção das crianças e estimular questionamentos sobre o tema.

A escola é um espaço diferenciado de encontro, troca de experiências e saberes. Com o processo pedagógico é possível que as atividades de aprendizagem se realizem de forma organizada, planejada e sistemática. O ambiente escolar facilita a construção da cidadania, a fim de permitir que os indivíduos compreendam e assimilem o mundo ao redor. No setor saúde, esse objetivo também é almejado. A utilização do espaço escolar pode abrir caminhos para que o conhecimento e a prática sobre a dengue sejam melhores assimilados e, nesse sentido, gerar repercussões positivas na vida da população, pois crianças e adolescentes vão compartilhar os conhecimentos obtidos na escola com familiares, e é nos primeiros

anos de vida que a formação do caráter e personalidade se forma, sendo mais provável a construção de cidadãos mais conscientes (MOHR, 2002 *apud* FLISH, 2017).

Por se tratar de uma questão multifatorial, exige a elaboração de medidas que envolvam as áreas de saúde e educação. A conscientização deve englobar o maior número de pessoas. No entanto, uma sugestão para superação desse desafio seria a aplicação de uma linguagem adequada para cada faixa etária, classe social e nível de instrução. Os locais mais apropriados para iniciar essa estratégia são as escolas. A faixa etária do ensino fundamental, entre sete e 11 anos, além de ser capaz de entender conceitos simples, pode contribuir com a transmissão do conhecimento adquirido aos seus familiares (MOREIRA *et al.*, 2019). Como incentivo, atividades dinâmicas podem ser realizadas, inclusive utilizar a participação dos alunos como forma avaliativa através de trabalhos pode ser uma ótima abordagem.

Foi sugerido disponibilizar mais material educativo e insumos para os setores envolvidos na prevenção e controle da dengue. Atualmente existe dificuldade nos aspectos relacionados aos problemas gerados pela dengue e suas formas de prevenção e controle. Educar e conscientizar a população, quanto aos meios de prevenção da doença, continua sendo um dos maiores desafios enfrentados pelo governo e todos os profissionais da saúde que estão envolvidos no processo, como o ACS e ACS (FRANÇA *et al.*, 2020).

Algumas dificuldades foram relatadas, como a escassez de transporte para os agentes de endemias para a região do interior, que entra na temática de conseguir mais recursos financeiros para os setores. Parte desses recursos podem ser angariados pela prefeitura do município, outra parte vem como verba repassada da união para os estados e dos estados para os municípios. Uma sugestão é contar com a parceria da Câmara Municipal e seus vereadores para redigir e aprovar leis que contribuam com maiores recursos para o setor de saúde.

Um desafio a ser superado é a falta de interesse da população em ouvir conteúdo educativo. Por isso a necessidade de reinventar as formas de se comunicar com os

cidadãos. É necessário chamar atenção de uma forma positiva e que gere mudança de comportamento.

“[...] falta mais interesse da população. Antes da pandemia nós marcávamos palestras e a população não comparecia. Então a educação continuada deve ser de casa em casa” (E14), diz um dos entrevistados.

Essa profissional sugere que as informações passadas em domicílios surtem mais efeitos que palestras, pois os moradores não aderem a esses encontros nas unidades de saúde.

As atividades educativas, por mais que pareçam clichê, são de extrema importância para o esclarecimento das dúvidas, pois numa comunidade há pessoas com todo tipo de nível de instrução e escolaridade. É necessário fazer saber e entender as doenças transmitidas pelo *Aedes Aegypti* e seus prejuízos à saúde, possibilitando uma participação maior da população na prevenção e controle dos criadouros do mosquito (FRANÇA *et al.*, 2020).

Uma sugestão de como promover atividades educativas relacionadas à saúde é através da mídia, utilizando os próprios meios de comunicação existentes no município, como rádios, rádios comunitárias, tv, jornais, revistas, redes sociais como Facebook e Instagram e carros de som. Além de promover a educação em saúde pela mídia local, podemos nos valer de meios alternativos como a peça teatral nas escolas, trabalhos escolares educativos, pedir o apoio das igrejas e das instituições de ensino superior, caminhadas nos bairros, com ajuda da sonorização e panfletagem, e, principalmente, a participação da população, possibilitando a construção de um conhecimento coletivo acerca do assunto (FRANÇA *et al.*, 2020).

É preciso repensar e reorganizar as ações educativas, propiciando aos ACE e ACS uma qualificação adequada para a abordagem da comunidade, de forma que essa abordagem seja baseada no conhecimento da população, considerando o seu contexto social, suas formas de organização, facilitando que eles participem da luta contra esta doença, se sentindo úteis e importantes nesse processo. A luta contra o *Aedes Aegypti* só terá êxito com a participação da população, dos órgãos públicos e

governantes, todos devidamente mobilizados e que eles não sejam apenas ouvintes das informações repassadas por agentes de saúde, mas que possam também expressar suas inquietações e necessidades de saúde (PEIXOTO *et al.*, 2020).

A estratégia da educação permanente deve ser enfatizada de forma que valorize o conhecimento popular, e que promova intervenções considerando a realidade social e cultural das pessoas. O processo educativo deve acontecer por diferentes instrumentos: rádio, TV, teatro, enfim, maneiras diversas de educação que sensibilizem as pessoas e promovam interação entre quem recebe a mensagem e quem a dissemina (SILVA; MALLMANN; VASCONCELOS, 2015).

Uma das sugestões dos entrevistados, que aparece algumas vezes, é sobre a fiscalização dos estados e da união frente aos municípios. Um dos entrevistados propõe aumentar a cobrança e fiscalização a respeito do investimento feito em relação aos resultados obtidos.

Uma sugestão foi de instituir no calendário vacinal do município a vacina da dengue. *“Poderia aumentar a fiscalização e instituir a vacina da dengue no calendário vacinal”* (E5), sugere uma das entrevistadas.

A Dengvaxia® (CYD-TDV), primeira vacina aprovada contra a dengue, desenvolvida pela Sanofi Pasteur, foi licenciada em dezembro de 2015 e aprovada pelas autoridades regulatórias em cerca de 20 países. O uso da vacina é destinado a pessoas que vivem em áreas endêmicas, de faixa etária de 9 a 45 anos (WHO, 2020). A vacina é quadrivalente, protege contra os tipos 1, 2, 3 e 4 (recombinante e atenuada) (PARANÁ, 2016).

O esquema de vacinação primária consiste em 3 injeções de uma dose reconstituída (0,5mL) a ser administrada em intervalos de 6 meses (0, 6 e 12 meses). Aplicada por via subcutânea (PARANÁ, 2016).

O perfil de segurança observado é comparável ao placebo (solução salina sem efeitos no organismo) e a eficácia foi confirmada contra os 4 sorotipos demonstrando uma redução de 93% dos casos graves, 81% das hospitalizações e 66% dos casos de dengue, percentuais de grande impacto em saúde pública. Estes resultados representam um grande avanço

para o controle da doença e estão em linha com a meta da OMS de reduzir a mortalidade por dengue em, pelo menos, 50% e a morbidade em, pelo menos, 25% até 2020 (VILLAR *et al.*, 2016 *apud* PARANÁ, 2016, p. 14).

O Paraná foi o primeiro Estado brasileiro a testar e estudar os efeitos da vacina na população. O governo selecionou 30 cidades que apresentavam 80% dos casos de dengue, 83% dos quadros graves e 82% das mortes no estado, ou seja, os locais mais críticos em relação à doença no Estado. A vacina foi ofertada para população de 15 a 27 anos, público que mais foi afetado com o problema decorrente da picada do mosquito *Aedes Aegypti*. Porém, nos municípios de Paranaguá e Assaí, que apresentavam situação crítica, a faixa etária foi ampliada para 9 a 44 anos. Nos estudos anteriores, os dados mostraram uma eficácia de 66% contra os quatro sorotipos de dengue. Os resultados mostraram uma diminuição de 80% das hospitalizações e de 93% dos casos graves da doença, o que, para o Paraná, se tornou uma experiência muito benéfica, com ótimos resultados (BIERNATH, 2018).

Inúmeros esforços vêm sendo empenhados para o enfrentamento da dengue, como o controle do vetor (mosquito), melhoria na vigilância epidemiológica, investimentos em técnicas de diagnóstico e também melhoria na assistência, com o intuito de prevenir as formas graves da doença. A utilização de uma vacina segura e eficaz contra os quatro tipos de dengue é altamente desejável na saúde pública e traria um grande avanço, possibilitando alcançar a meta da OMS em reduzir a sua morbidade e a mortalidade da doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2019).

A vacina Dengvaxia deve ser usada apenas em indivíduos que já tiveram infecção por dengue e que estão sob risco de uma nova infecção pela doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2019). Isso faz com que mais estudos e análises sejam realizados sobre a viabilidade do uso da vacina pelos municípios. Entretanto, no cenário atual não seria viável para realidade de Nova Venécia.

Existe apenas uma vacina tetravalente licenciada no Brasil, Dengvaxia®, com eficácia de 60%, o que significa que ela apresenta eficácia moderada quando comparada a outras vacinas. Devido várias limitações, esta vacina ainda não foi incorporada pelo Programa Nacional de Imunização (PNI) para ser disponibilizada aos usuários do SUS (DOURADO; DE ARAUJO; GODÓI, 2020).

Para definir se a vacina realmente terá relação custo/benefício eficaz no município é necessário que mais estudos sejam feitos, baseados na efetividade da vacina, nos custos que a doença tem anualmente e a quantidade de infectados por dengue normal e dengue grave. A vacina Denguevaxia deve ser usada apenas em indivíduos que já tiveram infecção por dengue e que estão sob risco de uma nova infecção pela doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2019). Isso faz com que mais estudos e análises sejam realizados sobre a viabilidade do uso da vacina pelos municípios.

A respeito da fiscalização sobre as ações dos municípios, um método utilizado para avaliar se as ações de prevenção e controle da dengue estão sendo eficazes, é o Levantamento Rápido de Índices para *Aedes Aegypti* (LIRAA), que tem o objetivo de apresentar, de maneira rápida e segura, os índices de infestações larvários (predial e Breteau), podendo ser empregado como instrumento de avaliação dos resultados das medidas de controle (BRASIL, 2013).

É importante instituir comunicação de casos positivos da rede privada com a rede pública de saúde para que seja possível iniciar ações de bloqueio dos vetores com rapidez, assim como é preconizado na rede pública de saúde.

“[...] recebemos as notificações que são feitas através dos exames de sangue de suspeitos de dengue que vem do posto de saúde ou do hospital. Os que são feitos em clínicas particulares não chegam para nós então acabamos não tendo conhecimento onde estão todos os casos suspeitos de dengue, nesse caso não tem como agir fazendo borrifação para evitar com que se espalhe. Às vezes as pessoas vão na clínica, dá positivo e essa informação não chega dentro do posto para nós. Então acredito que deva ter a interação entre os setores públicos e privados para poder resolver essa situação de notificações. Para que as informações possam ser repassadas para o setor público que age na prevenção” (E9).

Como os sintomas da dengue podem aparecer de 3 a 15 dias após a picada do mosquito, é necessário que o diagnóstico seja feito de forma rápida. Os laboratórios privados são usados por muitos cidadãos, pois agiliza o processo de diagnóstico e o tratamento conseqüentemente é iniciado mais rápido (BRASIL, 2002).

A rede de saúde é estruturada para e assistência à saúde, controle de vetores e ações de bloqueio da doença. Todo esse esquema pode ser falho caso não haja comunicação entre a rede pública e privada. Nesses casos, a etapa de combate ao vetor e educação e saúde apresentaram uma lacuna a ser preenchida.

A Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, define a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde.

§ 6º A confirmação laboratorial de amostra de caso individual ou procedente de investigação de surto constante no Anexo II a esta Portaria deve ser notificada pelos laboratórios públicos (referência nacional, regional e laboratórios centrais de saúde pública) ou laboratórios privados de cada Unidade Federada (BRASIL, 2011, s./p.).

Pouco foi encontrado na literatura a respeito da notificação da dengue na rede privada de saúde ou sobre a comunicação com a saúde pública dos casos notificados. Isso mostra como há muita falha nesse processo de interlocução do público e privado, inviabilizando maior aprofundamento nessa discussão.

Uma das entrevistadas sugere as seguintes medidas a serem tomadas:

“Proporcionar maior maquinário e pessoal no setor de obras, para atender as solicitações em tempo hábil. Remoção de entulho nas construções. Os moradores ainda jogam muito lixo nos terrenos baldios. Há muitas chamadas desse tipo de solicitação no setor de obras” (E1).

Novamente identificamos a necessidade de unir todos os setores para realizar um trabalho eficaz no município, pois não há demanda apenas de ACE 's, mas também de trabalhadores em outros setores como o de obras.

Os estados elaboram um Plano de Contingência Estadual da Dengue. O último documento encontrado foi de 2013-2014 para o estado do Espírito Santo, que propõe diretrizes para a organização dos serviços de saúde, tanto dos estados quanto dos municípios, a fim de orientar os gestores em períodos epidêmicos (ESPÍRITO SANTO, 2013).

No Plano Estadual de Contingência da dengue 2013-2014, o objetivo principal foi reduzir o índice de mortalidade por dengue no Espírito Santo. Os demais objetivos foram:

1. Organizar as ações de prevenção e controle da dengue;
2. Identificar fragilidades no atendimento dos serviços de saúde e realizar as adequações necessárias em todos os níveis de atenção;
3. Promover assistência adequada aos pacientes e capacitação aos profissionais de saúde;
4. Detectar, de forma precoce os casos suspeitos, ampliando o acesso à Atenção Primária à saúde;
5. Organizar fluxo de atendimento, de acordo com a Classificação de Risco preconizada pelo Ministério da Saúde, garantindo a notificação e investigação dos casos e monitoramento dos sorotipos virais circulantes;
6. Realizar e divulgar dados sobre a situação epidemiológica do Estado com verificação das áreas de maior risco de ocorrência de casos de dengue, por meio do monitoramento de indicadores;
7. Reorganizar o fluxo de informações durante o período epidêmico;
8. Prestar assessoria aos municípios na elaboração das estratégias de controle do vetor;
9. Divulgar e dar orientações gerais à população sobre os sinais e sintomas, autocuidados, participação intersectorial e da sociedade;
10. Contribuir na elaboração e atualização dos planos municipais;
11. Realizar capacitação dos profissionais de saúde para o manejo adequado em todos os pontos de atenção da rede como orienta o Ministério da Saúde;
12. Planejar o quantitativo de medicamentos, insumos e leitos hospitalares necessários para o número provável de infectados conforme situação epidemiológica do município;
13. Garantir repasse de insumos e equipamentos em condições ideais de uso.

Com a pesquisa foi possível perceber que os desafios são muitos e envolvem todos os setores do município. É preciso traçar estratégias e pensar em políticas municipais que envolvam o setor público e privado, escolas, igrejas, empresas, instituições de ensino superior, comunidades, organizações não-governamentais,

profissionais da saúde, educação, funcionários públicos, setores do próprio município e encontrar uma forma de envolver a população de forma dinâmica e participativa.

Sem planejamento estratégico não será possível modificar a realidade da Dengue no município, visto que existem muitos fatores que facilitam a propagação do vetor.

Existem limitações no estudo e a mais importante foi a falta de participação dos agentes comunitários de endemias, que mostraram grande resistência em responder as entrevistas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os principais fatores que dificultam a prevenção e controle da dengue no município podem ser separados de acordo com as ações da população e dos órgãos públicos, visto que, a prevenção e controle da dengue se faz pela ação conjunta, cada um cumprindo suas atribuições.

Dentre os principais fatores dificultadores estão a falta de conscientização do morador quanto o cuidado com seu espaço; falta de receptividade para receber os profissionais, não só agentes comunitários de endemias, mas também os agentes de saúde; armazenamento do lixo em local incorreto, bem como, falta de inspeção e limpeza correta dos quintais e residências; dificuldade de acessar imóveis fechados, ficando classificados como pendências; e falta de interação entre os setores públicos e privados do município.

Em síntese, os desafios se baseiam em hábitos da população, que precisam ser modificados e melhorias e estratégias por parte dos órgãos públicos para melhor enfrentamento da doença. É preciso buscar mecanismos de participação social no controle da dengue, juntamente com ações dos outros setores envolvidos, como políticas públicas, ações dos órgãos federais, estaduais e municipais e educação continuada. Visto que, parte dos fatores está relacionado à população e outra parte aos órgãos públicos.

Foi possível concluir que falta articulação e trabalho em conjunto para resolver as demandas, com foco na secretaria de obras, que precisa se envolver mais e contribuir para a resolução das solicitações, principalmente no que se refere a retirada de lixo e entulhos.

Observou-se também que o município aumentou o quantitativo de agentes de endemias, que no ano de 2020 estava com 16 profissionais e nesse ano de 2021, contam com 23 ACE's. No entanto, pela quantidade de imóveis, e pela classificação do município como infestado, o número ideal de profissionais seria 31.

A falta de investimento foi apontada como um desafio, pois quando é preciso ir ao interior, dependem da disponibilidade de carros e motorista da prefeitura, que nem sempre estão disponíveis quando é solicitado. Além da sobrecarga dos trabalhadores, que não conseguem realizar a visita aos domicílios de 2 em 2 meses.

Os recursos humanos utilizados no processo de trabalho constituem-se a ferramenta mais importante na prevenção e controle da Dengue. É possível ao município financiar mais profissionais com verba própria, pois a verba oferecida pela união é bem limitada.

É preciso mobilizar os governantes, dentre eles, prefeito, vereadores e secretários municipais, para se empenharem na luta contra a Dengue. Isso seria de interesse para prevenção e controle de todas as doenças transmissíveis e de notificação compulsória que acometem o município, visto que os agentes comunitários de endemias são responsáveis por esse trabalho tão importante.

Ao coletar as informações sobre os participantes, percebemos que grande parte dos profissionais atua há vários anos nos seus setores. E podemos comprovar como são importantes, pois cada um, em suas atribuições, constrói uma teia de ações que levam a melhoria da saúde da população do município.

Os Agentes comunitários de endemias e profissionais da vigilância ambiental foram os que apresentaram maior conhecimento sobre verdadeira situação da Dengue no município e puderam oferecer informações técnicas importantes sobre a temática, por lidarem em campo diariamente.

Os médicos e enfermeiros são profissionais que atuam na prevenção através do planejamento de estratégias, coordenação das equipes de agentes comunitários de saúde e educação em saúde. No quesito controle, são os responsáveis por identificarem os sintomas e encaminharem os pacientes ao melhor tratamento quando já acometidos pela doença.

Reunidas todas as informações dos fatores e desafios que dificultam a prevenção e controle da dengue, temos as valiosas sugestões que os próprios servidores deram

para amenizar alguns dos problemas enfrentados. A pesquisa dedicou-se não só em apontar as fragilidades, mais importante que isso, buscar uma resolução para contribuir com a problemática no município. As medidas indicadas pelos entrevistados, juntamente com ideias apresentadas pela pesquisadora que podem ser adotadas pelo município foram:

1. Trabalhar a educação, comunicação e mobilização social para aumentar a conscientização da comunidade quanto a importância da dengue para saúde pública:
 - Proporcionar treinamento para as equipes de saúde;
 - Envolver creches, escolas e faculdades no processo educacional da dengue, através do envolvimento dos alunos em atividades avaliativas com fins educativos, que incentive a criatividade e dinamismo ao abordar o assunto;
 - Utilizar os meios de comunicação disponíveis no município como rádios, TV, redes sociais e carros de som como recurso de informação;
 - Enfatizar o assunto o ano todo, não de forma sazonal em períodos epidêmicos;
2. Proporcionar mais investimentos para realização do trabalho:
 - Aumentar o quantitativo de agentes comunitários de endemias;
 - Disponibilizar mais carros para o transporte dos agentes de endemias para o interior do município;
 - Investir em materiais informativos, pesquisas e estudos sobre a temática no município.
3. Aumentar a fiscalização e cobrança acerca do trabalho realizado e dos resultados obtidos;
 - Avaliar periodicamente os dados sobre quantitativo de casos de Dengue no município e estimular as equipes de saúde a buscarem melhores resultados.
4. Notificar e multar os donos de propriedades onde forem encontrados focos do mosquito;
5. Chamar atenção dos gestores e autoridades para a importância da dengue para a saúde pública e necessidades de reunir esforços;

6. Instituir a comunicação entre rede pública e privada para ações de bloqueio do vetor quando os pacientes procurarem a rede privada de saúde para exames e consultas;
7. Promover treinamentos e reuniões periódicas com os profissionais dos setores para maior interação e facilitação do trabalho, como por exemplo: setor de obras, profissionais de saúde, agentes de endemias, coordenadores das vigilâncias epidemiológica, ambiental e sanitária.

Alguns participantes citaram a possibilidade de instituir a vacina da Dengue no Calendário Vacinal do Município, mas acreditamos não ser viável devido às contraindicações. Por exemplo, gestantes, imunodeprimidos, lactantes e soronegativos não podem receber a vacina, o que limita muito o público beneficiado.

A pesquisa possibilitou entender como os profissionais da saúde são importantes no município e que precisam ser valorizados e ter suas atividades melhor distribuídas para que o trabalho se torne eficaz e eles não se sintam sobrecarregados.

Infelizmente a Dengue é vista como um assunto clichê, na qual todos sabem, mas poucos fazem! Apesar de a população ter conhecimento do assunto, não têm sido eficaz a ponto de produzir mudança no comportamento e efetivo controle da doença.

Podemos notar que os resultados serão de grande importância, pois ao identificar os desafios e propor sugestões, os governantes terão melhor visibilidade das ações que precisam ser tomadas para que o município consiga diminuir os casos de dengue, principalmente nos períodos endêmicos.

A dengue é uma realidade no Brasil e em alguns países do mundo e constitui grande desafio à saúde pública, pois é de difícil combate por depender de todas as esferas da sociedade - órgãos públicos, governantes, gestores, e população e já se tornou um problema cultural. Sabe-se que novas estratégias são necessárias para amenizar um problema antigo. Mais estudos são necessários para aprofundar a temática e contribuir para uma melhor compreensão dos desafios enfrentados pelo município para prevenção e controle da dengue.

Algumas discussões abordadas no trabalho necessitam de maior aprofundamento, pois houve uma dificuldade em encontrar material na literatura para embasamento dos temas, como por exemplo, a questão da comunicação do setor público com o privado no controle da dengue.

Novas abordagens precisam ser priorizadas, visto que, os desafios demandam soluções dinâmicas. Sejam elas quais forem, precisam do envolvimento da população, órgãos públicos e governantes para serem eficazes.

REFERÊNCIAS

BETIM. **Prefeitura de Betim irá multar quem não eliminar foco do Aedes aegypti – 2020.** Disponível em: <http://www.betim.mg.gov.br/noticias/43895;54846;06;9584;179443.asp>. Acesso em: 21 jul. 2021.

BIERNATH, André. Primeiros resultados de uma campanha de vacinação contra a dengue. **Revista Veja Saúde.** Publicado em 25 maio 2017. Atualizado em 11 dez 2018, 18h38. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/medicina/primeiros-resultados-de-uma-campanha-de-vacinacao-contra-a-dengue/>. Acesso em: 10 abr. 2021.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Nº 6.437, de 20 de Agosto de 1977.** Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências. Brasília, DF, 1977. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6437.htm. Acesso em: 10 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Programa nacional de controle da dengue (PNCD).** Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pncd_2002.pdf. Acesso em: 29 jan.2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Dengue: aspectos epidemiológicos, diagnóstico e tratamento /** Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde. – Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dengue_aspecto_epidemiologicos_diagnostico_tratamento.pdf. Acesso em: 29 jan. 2019.

Brasil. Fundação Nacional de Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica /** Fundação Nacional de Saúde. 5. ed. Brasília: FUNASA, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Portaria Nº 104, de 25 de janeiro de 2011.** Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html. Acesso em: 12 jul. 2021.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2021.

BRASIL. **Dengue**: manual de enfermagem. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dengue_manual_enfermagem.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº1.025 de 21 de julho de 2015**. Define o quantitativo máximo de Agentes de Combate às Endemias (ACE) passível de contratação com o auxílio da Assistência Financeira Complementar (AFC) da União, de acordo com os parâmetros e diretrizes estabelecidos no art. 2º do Decreto nº 8.474, de 22 de junho de 2015. Brasília: Ministério da saúde, 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1025_21_07_2015.html. Acesso em: 25 out. 2019.

BRASIL. **Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue**. Brasília, 2016. Disponível em:< <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/maio/25/1.%20a%20Diretrizes%20Nacionais%20Dengue.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2020.

BRASIL. **Lei nº 13.301, de 27 de junho de 2016**. Dispõe sobre a adoção de medidas de vigilância em saúde quando verificada situação de iminente perigo à saúde pública pela presença do mosquito transmissor do vírus da dengue, do vírus *chikungunya* e do vírus da *zika*; e altera a Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2016/lei-13301-27-junho-2016-783279-publicacaooriginal-150644-pl.html>. Acesso em: 21 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de Vigilância Sentinela de Doenças Neuroinvasivas por Arbovírus**. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_sentinela_doencas_a_rbovirus.pdf. Acesso em: 18 dez. 2021.

BRASIL. **Parâmetros ACE – municípios** - 2018. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/noticias/722-svs-noticias/42279-parametros-ace-municipios>. Acesso em: 22 jul. 2021.

BRASIL. **Monitoramento dos casos de arboviroses urbanas transmitidas pelo Aedes (dengue, chikungunya e Zika), Semanas Epidemiológicas 01 a 52**. Boletim Epidemiológico | Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/janeiro/20/Boletim-epidemiologico-SVS-02-1-.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Monitoramento dos casos de arboviroses urbanas causados por vírus transmitidos pelo mosquito Aedes (dengue, chikungunya e zika), semanas epidemiológicas 1 a 21, 2021. Brasília: Ministério da saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/junho/07/boletim_epidemiologico_svs_21.pdf. Acesso em: 05 jul. 2021.

CÂMARA, Rosana Hoffman Câmara. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 6, n. 2, p. 179-19, jul - dez, 2013,179-19. Disponível em : <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v6n2/v6n2a03.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2019.

CATÃO, Carmem Dolores de Sá et al. . Ações de educação em saúde em ambiente escolar sobre arboviroses: relato de experiência. **Revista Saúde e Ciência online**, v. 8, n. 3, set./dez. 2019. Disponível em:<https://rsc.revistas.ufcg.edu.br/index.php/rsc/article/view/30/25>. Acesso em: 10 jul. 2021.

CIBOTTO, Bruna Mayara de Lima. **A relação entre o gerenciamento dos resíduos sólidos urbanos e a prevalência da dengue**. 2018. 61 f. Dissertação (Mestrado em Tecnologias Limpas) – Centro Universitário de Maringá, Maringá, 2018. Disponível em: <https://rdu.unicesumar.edu.br/bitstream/123456789/5992/1/BRUNA%20MAYARA%20ODE%20LIMA%20CIBOTTO.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2021.

COELHO, Giovanini Evelim. Dengue: desafios atuais.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Dengue. Esplanada dos Ministérios. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 17, 3, p.231-233, jul-set 2008. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v17n3/v17n3a08.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2019.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. **Nota Técnica Nº 23/2016**. Brasília, 2016. Disponível em: https://www.cnm.org.br/cms/images/stories/23062016_NT_23_2016.27.04-SAUDE__Parametros_dos_ACE.pdf. Acesso em: 18 dez. 2021.

COSTA, Elisângela Martins da Silva. CUNHA, Rivaldo Venâncio da. COSTA, Edgar Aparecido da. Avaliação da implantação do Programa de Controle da Dengue em dois municípios fronteiriços do estado de Mato Grosso do Sul, Brasil, 2016. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v, 27, n. 4, e2017478, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v27n4/2237-9622-ress-27-04-e2017478.pdf>. Acesso em 24 jul. 2019.

COURA, José Rodrigues. **Dinâmica das doenças infecciosas e parasitárias**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Agricultura, Abastecimento, Aquicultura e Pesca. **Programa de Assistência Técnica e Extensão Rural - PROATER 2011 – 2013**. Incaper: 2011.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. **Saúde divulga 2º boletim epidemiológico da dengue**. Vitória, 2020. Disponível em:<https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Noticias%20Aedes%20aegypti/Boletins%20Dengue/02_Sa%C3%BAde%20divulga%202%C2%BA%20boletim%20epidemiol%C3%B3gico%20da%20dengue.pdf>. Acesso em 27 de fevereiro de 2020.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano de Estadual de Contingência da Dengue. 2013-2014**. Vitória, 2013. Disponível em: https://mosquito.saude.es.gov.br/Media/dengue/Arquivos/PLANO_DE_CONTINGENCIA_ESTADUAL_DENGUE_2013_2014.pdf. Acesso em: 11 jul. 2021.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Primeira notificação de dengue no Espírito Santo ocorreu em 1995**. Vitória, 2019. Disponível em: <https://mosquito.saude.es.gov.br/Not%C3%ADcia/primeira-notificacao-de-dengue-no-espírito-santo-ocorreu-em-1995>. Acesso em: 05 jul. 2021.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Sesa divulga 7º boletim epidemiológico da dengue**. Vitória, 2021. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Noticias%20Aedes%20aegypti/Boletins%20Dengue/07_Sesa%20divulga%207%C2%BA%20boletim%20epidemiol%C3%B3gico%20da%20dengue.pdf. Acesso em: 05 jul. 2019.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Saúde divulga 53º boletim epidemiológico da dengue**. Espírito Santo: Vitória, 2021. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Noticias%20Aedes%20aegypti/Boletins%20Dengue/53_Sa%C3%BAde%20divulga%2053%C2%BA%20boletim%20epidemiol%C3%B3gico%20da%20dengue.pdf. Acesso em: 18 jan. 2021.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Boletim Saúde Ambiental. Monitoramento dos casos de arboviroses urbanas transmitido pelo Aedes (dengue, zika e chikungunya), Semanas Epidemiológicas 01 a 53, Espírito Santo, 2020**. Vitória, 2020. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Vigil%C3%A2ncia%20Ambiental/Boletim%20Saude%20Ambiental%20dezembro.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2021.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Boletim Saúde Ambiental. Monitoramento dos casos de arboviroses urbanas transmitidas pelo Aedes (dengue, zika e chikungunya), Semanas Epidemiológicas 01 a 17, Espírito Santo, 2021, Espírito Santo, 2020**. Vitória, 2021. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Vigil%C3%A2ncia%20Ambiental/Boletim%20Sa%C3%BAde%20Ambiental%20abril.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2021.

FERREIRA, Beatriz Jansen Ferreira *et al.* Evolução histórica dos programas de prevenção e controle da dengue no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 961-972, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/b7b9R8YgtrwnNRJNGWCNWZL/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 07 maio 2021.

FERREIRA, Irma Teresinha Rodrigues Neves. VERAS, Maria Amélia de Sousa Mascena. SILVA, Rubens Antonio. Participação da população no controle da dengue: uma análise da sensibilidade dos planos de saúde de municípios do Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 2683-2694, dez, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001200015. Acesso em: 08 abr. 2021.

FLISCH, Tácia Maria Pereira. **Intersectorialidade, Educação em Saúde e Dengue: Múltiplos Olhares do Setor Saúde e do Setor Educação**. Belo Horizonte, 2017. Disponível em: http://www.cpqrr.fiocruz.br/texto-completo/T_120.pdf. Acesso em: 09 jul. 2021.

FRANÇA, Lays Santos *et al.* O que está errado? Percepção dos agentes comunitários de saúde e endemias sobre o combate ao aedes aegypti. **Enfermería Actual de Costa Rica**, San José, n. 38 Jan./Jun, 2020. Disponível em: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682020000100061. Acesso em: 10 jul. 2021.

FRANÇA, Lays Santos *et al.* Desafios para prevenção e controle do mosquito Aedes Aegypti. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, v. 11, n. 12, p. 4913-8, 2017. Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:dnEYBW69dA8J:https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/25059/25305+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 04 fev. 2020.

FRANCO, Maria Laura Puglisi Barbosa. **Análise de Conteúdo**. 5. ed. Campinas: Editora Autores Associados, 2018.

GIL. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. - São Paulo: Atlas, 2010.

GEPAM. **Ministério da Saúde define parâmetros para o cálculo do número máximo de Agentes de Combate às Endemias – ACE nos municípios**. São Paulo, 2016. Disponível em: <https://gepam.adm.br/ministerio-da-saude-define-parametros-para-o-calculo-do-numero-maximo-de-agentes-de-combate-as-endemias-ace/#:~:text=O%20artigo%207%C2%BA%20da%20Portaria,estabelecidos%20e%20a%20disponibilidade%20or%C3%A7ament%C3%A1ria..> Acesso em: 18 dez. 2021.

GLOBO COMUNICAÇÃO E PARTICIPAÇÕES S.A. G1. **Multa é aplicada a morador que não combater Aedes aegypti em Oliveira**. Minas Gerais, 2016. Disponível em: <http://g1.globo.com/mg/centro-oeste/noticia/2016/03/multa-e-aplicada-morador-que-nao-combater-aedes-aegypti-em-oliveira.html>. Acesso em: 09 abr. 2021.

GONÇALVES, Caio Willer Brito *et al.* Análise de medidas de controle e prevenção da dengue. **Revista Interface**, Edição nº 19, junho de 2020. p. 63 - 71. Disponível em: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/interface/article/view/7711#:~:text=%C3%89%20necess%C3%A1ria%20uma%20interven%C3%A7%C3%A3o%20no,e%20tratamento%20do%20esgoto%20sanit%C3%A1rio>. Acesso em: 07 maio 2021.

GOULART, Sheila de Oliveira *et al.* Dengue no Brasil: gestão de políticas públicas de controle e erradicação. **Revista Estudo & Debate**, Lajeado, v. 23, n. 2, 2016. Disponível em: <http://www.univates.com.br/revistas/index.php/estudoedebate/article/view/1152/1056>. Acesso em: 07 maio 2021.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti. **Tratado de medicina de família e comunidade**. 2 v. Porto Alegre: Artmed, 2012.

GUZMANN, Maria G. *et al.* Dengue: a continuing global threat. **Nature Reviews Microbiology**, volume 8, pagesS7–S16, 2010. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/nrmicro2460>. Acesso em: 21 jul. 2021.

IBGE. Brasil. Espírito Santo. **Prefeitura de Nova Venécia**, 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/nova-venecia/historico>. Acesso em: 15 set. 2019.

JB LITORAL. **Prefeitura autoriza multa e entrada forçada em imóveis com possíveis focos de dengue**. Paraná: Paranaguá, 2020. Disponível em: <https://jblitoral.com.br/prefeitura-autoriza-multa-e-entrada-forcada-em-imoveis-com-possiveis-focos-de-dengue>. Acesso em 28 jun. 2021.

KRIPKA, Rosana Maria Luvezute; SCHELLER Morgana; BONOTTO Danusa de Lara. Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização. **Revista de Investigaciones UNAD**. Bogotá, Colômbia. Volumem 14. Número 2. Julio-Diciembre 2015. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/252>. Acesso em: 20 ago. 2019.

LOPES, Nayara. NOZAWA, Carlos. LINHARES, Rosa Elisa Carvalho. Características gerais e epidemiologia dos arbovírus emergentes no Brasil. **Rev Pan-Amaz Saude**, Paraná, v. 5, n. 3, p. 55-64, 2014; 5. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S217662232014000300007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 11 fev. 2020.

LOPES, Raquel. A Gazeta. **Espírito Santo enfrenta a pior epidemia de dengue em sete anos**. Vitória, 2020. Disponível em: <https://www.agazeta.com.br/es/gv/espírito-santo-enfrenta-a-pior-epidemia-de-dengue-em-sete-anos-0120>. Acesso em: 11 jul. 2021.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 8ª ed. Atlas: São Paulo, 2017.

MARTINS, Jonh. Nova Venécia intensifica trabalhos de combate ao mosquito da dengue **Rede Notícia de Comunicações**. Nova Venécia, 2020. Disponível em: <https://redenoticia.es/nova-venecia-intensifica-trabalhos-de-combate-ao-mosquito-da-dengue/>. Acesso em: 09 jul. 2021.

MEDEIROS, Emerson Augusto de. AMORIM, Giovana Carla Cardoso. Análise textual discursiva: dispositivo analítico de dados qualitativos para a pesquisa em educação. **Laplage em Revista**, Sorocaba, vol.3, n.3, p.247-260, set.-dez. 2017. Disponível em: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:uaMvgLFgm_EJ:https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6192041.pdf+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br. Acesso em: 0 jul. 2021.

MEDEIROS, Lilian César Castro Medeiros *et al.* Modeling the dynamic transmission of dengue fever: investigating disease persistence. **PLoS Neglected Tropical Diseases**, v. 5, n. 1, p. 1–14, 2011. Disponível em: <http://plutao.sid.inpe.br/col/dpi.inpe.br/plutao/2011/06.11.02.18.58/doc/info%20doi_10.1371_journal.pntd.0000942.htm>. Acesso em: 14 fev. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio o Conhecimento**. Pesquisa Qualitativa em saúde. 13ª Ed. Hucitec Editora: São Paulo, 2013.

MORAES, Roque. Uma Tempestade de Luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. **Ciência & Educação**, São Paulo, v.9, n.2, p. 191 – 211, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ciedu/a/SJKF5m97DHykhL5pM5tXzdj/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 9 jul. 2021.

MORAES, Roque; GALIAZZI, Maria do Carmo. **Análise Textual Discursiva**. Ijuí: Editora Unijuí, 2007.

MORAES, Roque; GALIAZZI, Maria do Carmo. Análise Textual Discursiva: Processo Reconstrutivo de Múltiplas Faces. Ver. **Ciência & Educação**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 117-128, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ciedu/a/wvLhSxkz3JRgv3mcXHBWSXB/abstract/?lang=pt> Acesso em: 06 jul. 2020.

MOREIRA, Maria Carolina de Souza *et al.* Estratégias de combate ao *Aedes aegypti*: conscientização no ambiente escolar. **Revista ELO – Diálogos em Extensão**, [S. l.], v. 8, n. 2, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/elo/article/view/1318>. Acesso em: 30 jun. 2021.

OPAS. **Dengue e Dengue Grave**. Banco de notícias. Folha Informativa Brasília: DF, 2019. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5963:folha-informativa-dengue-e-dengue-grave&Itemid=812. Acesso em 9 jul. 2019.

PAIM, Jairnilson Silva. ALMEIDA-FILHO, Naomar de. **Saúde coletiva: Teoria e Prática**. 1. Ed. Rio de Janeiro: Mebook, 2014.

PARANÁ. Secretaria de Saúde. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação - Dengue**. Paraná: Curitiba, 2016. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/manual_vacina_dengue_final.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2021.

PEIXOTO, Thaís Moreira Peixoto *et al.* Práticas educativas no controle da Dengue: atuação dos Agentes de Combate às Endemias e percepção dos moradores. **REVISA**, v. 9, n. 2, Abr-Jun, 2020. Disponível em: <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/522>. Acesso em: 10 jul. 2021.

RIO DE JANEIRO. **Resolução SMS Nº 4504, de 12 de agosto de 2020**. Nota Técnica S/CGVS/ CVS nº 03/2020. Disponível em:

<http://www.rio.rj.gov.br/documents/73801/36bf23a0-70a3-4812-bca3-b7e5cf895af1#:~:text=Para%20cada%2010%20agentes%20de,ser%20adequada%20a%20nova%20realidade>. Acesso em: 10 jul. 2021.

ROQUE, Daiane Medeiros *et al.* Política Pública de Combate à Dengue e os Condicionantes Socioeconômicos. In: IV Encontro Brasileiro de administração pública, 4, 2017. **Anais...** Paraíba: João Pessoa, 2017. Disponível em: <http://plone.ufpb.br/ebap/contents/documentos/0665-680-politica-publica-de-combate-a-dengue-e-os-condicionantes-socioeconomicos.pdf>. Acesso em: 09 abr.2021.

ROUQUAYROL, Maria Zélia. GURGEL, Marcelo. **Epidemiologia e Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013.

ROUQUAYROL, Maria Zélia. GURGEL, Marcelo. **Epidemiologia e Saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2018.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Sistema Único de Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **Manejo de casos suspeitos de Dengue no Estado de Santa Catarina**. Santa Catarina, 2015. Disponível em: <https://docplayer.com.br/12467102-Manejo-de-casos-suspeitos-de-dengue-no-estado-de-santa-catarina.html> . Acesso em: 04 fev. 2020.

SBMFC. **Propostas da gestão da SBMFC 2016-2018**. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/propostas-da-gestao-da-sbmfc-2016-2018/>. Acesso em: 21 jul. 2021.

SILVA, Ivanise Brito da; MALLMANN, Danielli Gavião Mallmann; VASCONCELOS, Eliane Maria Ribeiro de. Estratégias de combate à dengue através da educação em saúde: uma revisão integrativa. **Revista Saúde**, Santa Maria, Vol. 41, n. 2, Jul./Dez, p.27-34, 2015. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/ea80/b8e25596acd66540799dae9c428b4772d65c.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2021.

SINAN (Sistema de Informação de agravos de Notificação). **Sinan Dengue/Chikungunya**. Brasília, 2016. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/sinan-dengue-chikungunya>. Acesso em: 27 fev. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento científico de imunizações. **Vacinas contra a dengue**: atualização. 2013.

SUNDFELD, Carlos Ari. Vigilância epidemiológica e direitos constitucionais. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle da Dengue**: suporte legal à execução das ações de campo: pendências referentes a imóveis fechados, abandonados e com entrada não permitida pelo morador. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2002. Faculdade de Saúde Pública da USP. Biblioteca do Centro de Informação e Referência. Disponível em: www.fsp.usp.com.br. Acesso em: 21 jul. 2021.

TORRES, Raquel. Agente de combate a endemias. **Revista Poli – saúde, educação e trabalho**, n. 3, jan./fev. 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocrua.br/educacao-profissional-em-saude-profissoes/agente-de-combate-a-endemias>. Acesso em: 21 jul. 2021.

TORTELLO, Eliane Márcia Martins; COSTA, Renato Eliseu. A intersectorialidade na política pública municipal de enfrentamento da dengue no município de Campinas. **Revista Internacional de Debates da Administração Pública**, São Paulo, v.1, n.1, pp. 22-36, maio 2016. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/RIDAP/article/view/1258>. Acesso em: 09 jul. 2021.

VAREJÃO, Thaiana de Mattos. **Análise espacial do padrão de introdução e disseminação da dengue nos municípios do Espírito Santo**. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2013. Disponível em: <http://dspace3.ufes.br/bitstream/10/1207/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20Thaiana%20de%20Mattos%20Varej%c3%a3o.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2021.

VIEIRA, Diane Sales et al. Enfrentamento ao *Aedes aegypti* no contexto brasileiro. **Rev enferm UFPE on line**, v. 13, p. 1-13, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/fr/biblio-1052573>. Acesso em: 10 jul. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A esterilização por mosquito oferece uma nova oportunidade para controlar a chikungunya, dengue e zika**. November 14, 2019. disponível em: <<https://www.who.int/news/item/14-11-2019-mosquito-sterilization-offers-new-opportunity-to-control-chikungunya-dengue-and-zika>>. Acesso em: 10 abr. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Dengue e dengue grave**. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>. Acesso em: 05 fev. 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA SOBRE OS DESAFIOS PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DA DENGUE

1- Identificação:

1.1 Local de trabalho:

1.2 Função:

1.3 Formação:

1.4 Tempo de atuação na Unidade:

2- Sobre a prevenção e controle da dengue

2.1 Em sua opinião quais são os fatores que dificultam a prevenção e o controle da dengue nesse município?

2.2 Para você quais são os maiores desafios enfrentados pelo município para o controle desse agravo?

2.3 Que medidas você acredita que ainda precisam ser tomadas pelo município para o controle da dengue?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa intitulada “DESAFIOS PARA A PREVENÇÃO E CONTROLE DA DENGUE EM UM MUNICÍPIO DO NORTE DO ESPÍRITO SANTO”, sob a responsabilidade de Brenda Carvalho Damascena Lima.

JUSTIFICATIVA: acredita-se que com essa pesquisa será possível um aprofundamento maior em relação ao enfrentamento da Dengue e com isso contribuir para o município em questão fornecendo subsídios para o enfrentamento desse problema.

OBJETIVO (S) DA PESQUISA: esse estudo objetiva descrever sobre os desafios enfrentados por um município do Espírito Santo frente à prevenção e controle da dengue, sob a visão dos profissionais de saúde e identificar as possíveis estratégias a serem adotadas pelo município para a superação desses desafios.

PROCEDIMENTOS: A pesquisa classifica-se como exploratória, descritiva, de abordagem qualitativa, com coleta de dados a partir de entrevista estruturada. As gravações das entrevistas serão transcritas e analisadas através da metodologia de análise de conteúdo.

DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA: A pesquisa terá tempo de duração de seis meses. As entrevistas serão realizadas e gravadas na secretaria de saúde do município e nas unidades básicas de saúde, depois de realizado contato prévio para agendamento e de o entrevistado, ciente dos objetivos da pesquisa ter assinado o TCLE.

RISCOS E DESCONFORTOS: Essa pesquisa apresenta riscos mínimos, pelo tipo de metodologia não gerar qualquer intervenção, mas é possível haver constrangimento do entrevistado e quebra de sigilo. Para minimizar constrangimentos serão realizadas orientações e avisos sobre a total proteção e confidencialidade das informações e o pesquisador se compromete a esclarecer qualquer questão que fique em dúvida. Fica aqui orientado também que o entrevistado tem o direito de retirar-se da pesquisa a qualquer momento.

BENEFÍCIOS: Conhecer, sob a perspectiva dos gestores, profissionais da saúde e agentes de endemias, os principais desafios para a prevenção e controle da dengue no município do estudo, bem como suas sugestões de aprimoramento, levando em conta a importância desses atores por lidarem diretamente com esses desafios no dia-dia.

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA E/OU RETIRADA DE CONSENTIMENTO: Você não é obrigado(a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento, sem que seja penalizado ou que tenha prejuízos decorrentes de sua recusa. Caso decida retirar seu consentimento, você não será mais contactado(a) pelos pesquisadores.

GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE: As pesquisadoras se comprometem a resguardar sua identidade durante todas as fases da pesquisa, inclusive após finalizada e publicada.

GARANTIA DE INDENIZAÇÃO: Fica garantido ao participante o direito de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Rubrica do participante (voluntário)

Rubrica do pesquisador responsável

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS:

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou para relatar algum problema, você poderá contatar o(a) pesquisador(a) Brenda Carvalho Damascena Lima no Telefone 27 996140824, ou endereço Rua Ormindo Boldrini, 144, Centro - Nova Venécia-ES ou Solange Rodrigues da Costa Nascimento, Telefone: 27 999200409 ou no mesmo endereço do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM. Você também pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM através do telefone (27) 3334-3586, e-mail comite.etica@emescam.br ou correio: Av. N. S. da Penha, 2190, Santa Luiza – Vitória – ES – 29045-402. O CEP/ EMESCAM tem a função de analisar projetos de pesquisa visando à proteção dos participantes dentro de padrões éticos nacionais e internacionais. Seu horário de funcionamento é de segunda a quinta-feira das 13:30h às 17h e sexta-feira, das 13:30h às 16h.

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada pelo (a) pesquisador (a) principal ou seu representante, rubricada em todas as páginas.

LOCAL, DATA

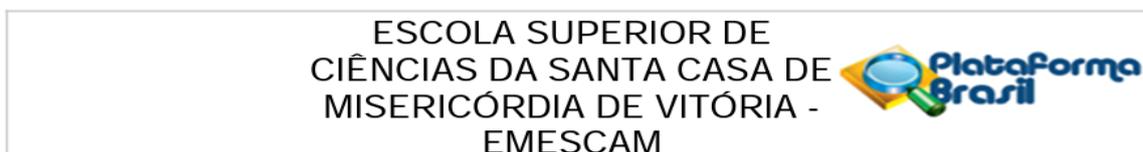
Participante da pesquisa/Responsável legal

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa “DESAFIOS PARA A PREVENÇÃO E CONTROLE DA DENGUE EM UM MUNICÍPIO DO NORTE DO ESPÍRITO SANTO”, eu, Brenda Carvalho Damascena Lima, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Pesquisador

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESAFIOS PARA A PREVENÇÃO E CONTROLE DA DENGUE EM UM MUNICÍPIO DO NORTE DO ESPÍRITO SANTO

Pesquisador: Solange Rodrigues da Costa Nascimento

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 28904920.6.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.849.861

Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Emescam como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, intitulado "DESAFIOS PARA A PREVENÇÃO E CONTROLE DA DENGUE EM UM MUNICÍPIO DO NORTE DO ESPÍRITO SANTO"

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: Conhecer os desafios enfrentados por um município do Espírito Santo frente à prevenção e controle da dengue, sob a visão dos profissionais de saúde.

Objetivo Específico: Descrever sobre as possíveis estratégias a serem adotadas pelo município para a superação desses desafios.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Há garantia de procedimento com risco mínimo, que será reduzido mediante orientações e avisos sobre a proteção à confidencialidade, com ênfase na garantia do sigilo de informações confidenciais, através do anonimato dos participantes.

O benefício mencionado é "reunir as informações necessárias, através da visão dos servidores sobre os principais desafios para a prevenção e controle da dengue, na qual será possível subsidiar as ações que poderão ser adotadas pelo município em seu planejamento estratégico."

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa			
Bairro: Bairro Santa Luiza	CEP: 29.045-402		
UF: ES	Município: VITORIA		
Telefone: (27)3334-3586	Fax: (27)3334-3586	E-mail: comite.etica@emescam.br	

**ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM**



Continuação do Parecer: 3.849.861

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de pesquisa viável, exequível, em consonância com as normas vigentes, relevante e pertinente do ponto de vista tanto científico quanto social, além de operacional para o serviço no qual se propõe a intervenção.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE: Adequado

Carta de anuência: Adequada

Folha de rosto: Adequada

Cronograma: Adequado

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1507730.pdf	11/02/2020 12:04:00		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	10/02/2020 21:06:04	Solange Rodrigues da Costa Nascimento	Aceito
Declaração de Instituição e	CartaanuenciaBrenda.pdf	10/02/2020 16:47:22	Solange Rodrigues da Costa	Aceito

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa

Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402

UF: ES **Município:** VITORIA

Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM



Continuação do Parecer: 3.849.861

Infraestrutura	CartaanuenciaBrenda.pdf	10/02/2020 16:47:22	Nascimento	Aceito
Folha de Rosto	FolhaderostoAssinadaDesafiosparaapre nvencao.pdf	10/02/2020 16:46:59	Solange Rodrigues da Costa Nascimento	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhadobrendaesolange.docx	06/02/2020 16:33:12	Solange Rodrigues da Costa Nascimento	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA, 19 de Fevereiro de 2020

Assinado por:
PATRICIA DE OLIVEIRA FRANCA
(Coordenador(a))

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br