



REVISTA DE SAÚDE COLETIVA DA UEFS

ARTIGO

DIAGNÓSTICO E PREVENÇÃO DA DENGUE EM UMA ÁREA DE COBERTURA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

DIAGNOSIS AND PREVENTION OF DENGUE IN A COVERED AREA OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY

ANDRÉ ALMEIDA UZÊDA¹; HELDER OLIVEIRA SILVA²; JAQUELINE SILVA CAIRES²; JÉSSICA CORREIA DA SILVA TAVARES²; JIM DAVIS DE OLIVEIRA²; LUIZ FELIPE DE FARIAS RODRIGUES²; MILLENA VANESSA DAMASCENO²; MURILO OLIVEIRA DA C. MENDES²; PAULA PERAZZO ARAÚJO DANTAS²; THEREZA CHRISTINA BAHIA COELHO³

1 - Professor Assistente da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Bahia, Brasil

2 - Médico(a) graduado pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Bahia, Brasil

3 - Professora Titular Pleno da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Bahia, Brasil

RESUMO

O objetivo deste artigo é descrever e discutir a aplicação do Planejamento e Programação Local em Saúde (PPLS) para o diagnóstico de problemas em população da área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família (USF) de dado município do nordeste brasileiro, situada no entorno de uma universidade, como parte de uma atividade de aquisição de habilidades e competências médicas na graduação. Diagnosticada como um dos principais problemas de saúde pública, a Dengue foi priorizada na elaboração de um projeto de intervenção para sua prevenção composto por atividades de sensibilização e educação, que foram executadas no espaço de um ano, em parceria com a USF, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) de referência e entidades da comunidade alvo, como a Associação de Catadores de Material Reciclável. Constatou-se que, mesmo sendo a Dengue um agravo muito veiculado pela mídia e com amplas formas de enfrentamento já praticadas pelo próprio sistema de saúde, ainda se mantinha mal dimensionada, enquanto problema, em face da resistência da população em modificar seus hábitos. O uso do PPLS se mostrou útil não apenas no sentido de organizar, executar e avaliar as intervenções propostas, mas como método que pode ser incorporado às práticas das equipes do Estratégia Saúde da Família (ESF). Experiências de transformação de realidades complexas, realizadas por alunos de medicina, poderão repercutir não apenas na sua formação, mas no processo de trabalho de equipes da ESF.

Palavras-chave: Planejamento local em saúde; Dengue; Prevenção de agravos.

ABSTRACT

This article aims to describe and discuss the application of Local Health Planning and Programming (LHPP) for the population health problem diagnosis in the area covered by a Family Health Unit (FHU) around a university of northeastern Brazilian city, as part of skills and competence acquisition activities in the medical graduation. Diagnosed as one of the main public health problems, Dengue was prioritized on the prevent project elaboration for the intervention proposes composed by awareness and education tasks planned and executed during the space of one year in partnership with community organizations such as the Recyclable Material Collectors Association, the FHU and the Nucleus of Family Health Support. Evidences showed that despite Dengue has been heavily exhibited by the media, with ample forms of interventions being already practiced by the health system; it still remained poorly scaled as a problem in face of the population resistance to change their habits. The use of LHPP proved useful, not only to organize, execute and evaluate the objectivities, but as a method that can be incorporated into the practices of the Health Family Strategy (HFS) teams. The transformation experience of complex realities performed by medical students may reflect not only on their own training, but in the work practices of the HFS.

Keywords: Local health planning; Dengue; Disease prevention.



INTRODUÇÃO

No setor da saúde, o planejamento é o instrumento que permite melhorar o desempenho, aperfeiçoar a produção e elevar a eficácia e eficiência dos sistemas no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde. A partir do conhecimento dos problemas com todas as implicações possíveis, é possível estabelecer os objetivos para atuar nas causas, evitando ou minimizando as consequências.

O Planejamento e Programação Local de Saúde (PPLS) tem sido uma técnica largamente aplicada no processo de implantação de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Esta proposta metodológica de planejamento pode ser vista como um instrumento de racionalização da ação humana, relacionado com a manutenção ou modificação de uma determinada situação. A programação e planejamento das ações possibilitam uma correta e eficiente intervenção numa dada comunidade¹. Mas, para se entender o PPLS é necessário saber o que significa o ato de planejar e uma das principais correntes teóricas que fornecem os suportes adequados para compreender o presente e remodelar o futuro é o Planejamento Estratégico-Situacional (PES) de Carlos Matus². Para esse autor, planejar é uma ação de calcular possibilidades e dar direção aos acontecimentos. A alternativa ao planejamento seria a improvisação ou a acomodação diante dos problemas. Para planejar de modo eficaz, o governante ou gestor precisa entender que não apenas ele age e planeja, de modo que obstáculos naturais ou humanos devem ser esperados e enfrentados, por meio de ações normativas e estratégicas. Por outro lado, uma vez que o planejador se encontra imerso na realidade sobre a qual pretende intervir, a ideia de situação, de território e produção de cenários complementa a base que sustenta o planejamento institucional público, responsável pelas políticas que nada mais são do que planos gerais que direcionam as ações de um setor ou área de problema.

Os problemas, por sua vez, obedecem a determinados fluxos, indo das causas aos efeitos (fatos), de modo que não é possível planejar sem identificar e compreender as origens dos agravos, ou seja, a forma como os fatores biológicos, econômicos, políticos, sociais e ideológicos determinam e condicionam os problemas e situações a serem modificados^{1,2}.

Apesar de amplamente propostos e normatizados, o planejamento e a programação em saúde ainda encontram muitas barreiras para se incorporar às práticas cotidianas de atenção e gestão³. Uma das principais barreiras está na própria formação e capacitação em saúde que não consegue criar perfis adequados para trabalhadores que devem atuar tanto na linha do cuidado quanto na gestão⁴, a despeito dos diversos programas e iniciativas desenvolvidas ao longo dos últimos 20 anos⁵.

Outra questão a ser enfrentada pelo planejamento no nível local diz respeito às ambivalências do processo de descentralização das políticas de saúde, com seus avanços e recuos, que constroem a autonomia municipal graças a um excesso de normatização geradora de entraves organizacionais

que às vezes superam os problemas que se pretende resolver. Nessas circunstâncias, o planejamento estratégico se faz ainda mais necessário como ferramenta cotidiana e imprescindível para o trabalhador da saúde. Sendo assim, o PPLS é aqui definido como uma técnica de racionalização de atividades e recursos ou como prática social que envolve sujeitos com vontades política⁶, que parte do reconhecimento do território para, nele, identificar e explicar os problemas aí contidos, definindo seus nós críticos e atuando sobre eles, mediante um conjunto articulado de operações organizadas intersetorialmente⁷.

A outra ferramenta indispensável para as equipes da Atenção Primária em Saúde (APS) - aqui entendida como subsistema de serviços de menor concentração tecnológica, principal porta de entrada do SUS e lócus privilegiado das práticas de atenção e formação profissional - é a educação que ganha relevância à medida que interage e empodera a população nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos e riscos. O cidadão, longe de ser mero cumpridor de ações prescritas por técnicos e autoridades públicas, é também um “sujeito sanitário” crítico e responsável pelos processos coletivos de construção da saúde⁸. Uma vez conscientizados e tendo à disposição informações, a prevenção pode tornar-se ampla e eficiente, alcançando níveis antes inviáveis quando não aliados à ação popular. O cidadão ganha destaque nas políticas de saúde, dessa maneira, como agente ativo e capaz de impactar no objetivo dos programas de controle e atenção à saúde, antes engessados pelo biologicismo e autoritarismo teórico do profissional de saúde.

Desde a década de 70, portanto, vem se delineando no Brasil políticas voltadas para a “Educação Popular em Saúde”, pois se passou a aceitar que o entendimento no qual o usuário, seu contexto familiar, laboral e condição social exerciam papéis coadjuvantes na dinâmica saúde-doença, não mais cabia na nova lógica social e democrática do país⁹.

A Educação Popular em Saúde busca a valorização dos saberes e anseios do paciente em uma perspectiva de integralidade, propondo uma política voltada para a superação do entrave cultural estabelecido entre os serviços de saúde, os profissionais da área, a população envolvida com movimentos populares e as instituições não governamentais⁹. Nesse contexto, a Educação Popular tem representado, não apenas uma atividade a mais realizada nos serviços de saúde, mas uma ação que reorienta a globalidade das práticas ali executadas.

A Educação Popular tem como desafio deixar de ser apenas uma mudança na comunicação e ensino e tornar-se uma arma para a democratização gradual das políticas públicas vigentes. É importante que avance de prática pontual, de poucos profissionais de saúde e poucos movimentos populares, para ação global⁹. Nesse contexto, a formação de trabalhadores multiprofissionais de saúde com relação participativa com a população e seus movimentos é o grande desafio e objetivo dos “educadores populares”.

Para atender aos princípios da integralidade e equidade propostos pelo SUS, a formação médica tem buscado incorporar

nas suas metodologias de ensino, referenciais ativos como a Aprendizagem Baseada em Problemas (APB) e outras ferramentas que permitam, ao futuro médico, cuidar, não apenas do indivíduo e suas amplas necessidades de saúde, mas das coletividades como grupos mais ou menos vulneráveis a agravos de diversas ordens. A graduação surge, então, como momento privilegiado de incorporação de modelos e técnicas para a construção de novas práticas de cuidado médico.

Sendo assim, este artigo tem por objetivo descrever e discutir o desenvolvimento de um projeto de prevenção da Dengue, na comunidade do Campo Limpo II, Feira de Santana, Bahia, como parte de uma atividade de aquisição de habilidades e competências médicas na graduação.

METODOLOGIA

O planejamento de ações locais de saúde no curso de medicina da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) se dá no âmbito da atividade curricular “Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade (PIESC)”, nos quatro primeiros anos que compõem a formação básica do médico. As atividades das PIESC ocorrem sempre em uma mesma Unidade de Saúde da Família (USF) para grupos de 10 alunos em média. Os dois primeiros anos são de aproximação ao espaço local, que se torna um campo de ensino, pesquisa e intervenção amplamente articulado e fomentador de inovações técnicas e relacionais.

O caso aqui relatado teve como área de abrangência o Campo Limpo, um dos bairros do entorno da Universidade Estadual de Feira de Santana, com grande extensão territorial, diversos conjuntos residenciais, duas praças urbanizadas e um Colégio da Polícia Militar (CPM). O Campo Limpo II, uma das cinco USF do bairro, em 2012, dava cobertura a 1.237 pessoas cadastradas, segundo dados documentais da própria unidade. O bairro apresentava ruas pavimentadas, com saneamento básico em algumas delas. A coleta de lixo era regular, ocorrendo três vezes por semana. A população local se mostrava predominantemente jovem, a maioria de classe média baixa, sendo grande o contingente populacional de idosos com hipertensão e diabetes.

O sistema de saúde de Feira de Santana era dividido em oito áreas sob os cuidados das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto por profissionais divididos em sete categorias, assistente social, fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, educador físico, farmacêutico e terapeuta ocupacional, sendo que a USF do Campo Limpo II era sede de uma das equipes que atendiam oito unidades, no total. A equipe da USF possuía oito Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e um cirurgião-dentista. Fazia, também, parte do corpo da USF, agentes de endemias que cobriam todo o bairro.

Compreendendo-se o PPLS enquanto metodologia constituída por vários momentos não necessariamente sequenciais ou superpostos, o trabalho teve como objetivo realizar uma análise situacional para responder às seguintes questões:

1. Quais os problemas de saúde existentes (agravos, riscos, determinantes, condicionantes)?
2. Quem eram as pessoas atingidas (indivíduos, famílias ou grupos populacionais)?
3. Em que áreas?
4. Com que magnitude?
5. Quais os recursos existentes para dar respostas adequadas aos problemas encontrados?

Para a formulação mais precisa de problemas, é necessário descrever de forma clara e precisar suas características, pois servirão para posterior construção dos objetivos e ações⁶. Desse modo, o diagnóstico de saúde deve levar em conta as seguintes situações: a) tipo do evento (risco, agravo) ou, dentro de uma perspectiva epidemiológica, nível de saúde (mortalidade e morbidade); b) população atingida (demografia); c) localização; d) dimensão temporal do problema (aguda, epidêmica, crônica, endêmica). O diagnóstico institucional examina as condições técnicas, organizacionais, sociais, políticas e ideológicas para responder ao problema. Essa análise se complementa com a explicação das causas (determinantes e condicionantes) dos problemas para posterior priorização de acordo com a magnitude (gravidade e alcance do problema), transcendência (valor para a população), vulnerabilidade (condições técnicas e políticas para resolução) e custo, tanto econômico como social¹⁰. O Quadro 1 sintetiza a metodologia proposta.

Quadro 1. Momentos do Planejamento e Programação Local de Saúde

Momentos				
Diagnóstico	Explicação (causas)	Priorização (relação custo-benefício)	Execução	Avaliação
a) Nível de saúde (mortalidade e morbidade)	a) biológicas	a) vulnerabilidade (recursos técnicos existentes)	Atividade 1	Normativa
b) Diagnóstico institucional	b) ambientais	b) magnitude (gravidade e alcance do problema),	Atividade 2	Somativa
	c) Sociais	c) custo (econômico e social), e transcendência (valor social).	Atividade 3	
	d) culturais	d) viabilidade técnica-organizacional		
	e) organizacionais	e) viabilidade política		
	f) políticas			
	g) ideológicas			

Após a priorização, são propostas atividades com suas respectivas avaliações. Mas quem formula as questões e realiza o planejamento? Como o planejamento estratégico reconhece a existência de outros atores que não apenas aquele que planeja, os problemas podem mudar a depender de quem os examina. Inicialmente, ainda no ano 2011, foi realizada uma oficina de capacitação da equipe de intervenção, composta por 11 alunos do curso de Medicina e um docente, sobre a metodologia do PPLS, na perspectiva de Teixeira¹.

Ao primeiro passo de coleta dos dados, seguiu-se a organização das informações coletadas diretamente na Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que foram agrupadas segundo a classificação proposta de problemas. No momento seguinte, foram traçados os objetivos, definidas as ações, analisada a viabilidade e estratégias de ação para possibilitar a implementação da programação, que contou com a participação ativa da equipe de saúde da família (enfermeira, médico, auxiliar de enfermagem), de representantes da comunidade local, acadêmicos de medicina, além de estudantes de enfermagem e docentes da disciplina, realizada no final das atividades do primeiro ano das PIESC, onde foi aplicada uma árvore de problemas.

No terceiro momento, em reunião com a população e trabalhadores da USF, foi priorizada a prevenção da Dengue, que se apresentava alarmante naquele bairro, no referido ano. Ou seja, a priorização atingiu alta pontuação em todos os critérios utilizados: transcendência, magnitude, viabilidade e custo.

No segundo ano do projeto, em 2012, foi efetuado um diagnóstico da incidência da Dengue na área de cobertura do projeto e elaborada uma planilha como instrumento norteador no planejamento das atividades a serem propostas, contendo: datas prováveis; objetivos; metodologia de execução; facilidades e dificuldades previstas. A maioria das atividades teve como principais objetivos informar a importância do combate ao mosquito transmissor da Dengue e ensinar técnicas e modos de prevenir a proliferação do vetor, evitar sua picada, identificar os principais sintomas da doença e diferenciar a sintomatologia entre a Dengue e a Dengue hemorrágica, além de desmontar mitos sobre esse agravo.

Assim, no quarto momento, a equipe de pesquisa-intervenção realizou a revisão funcional das atividades e os preparativos para sua execução. Cada atividade gerou um relatório contendo as informações referentes aos elementos da planilha e as impressões do relator, que se comportava como observador de dada atividade. Essa estratégia possibilitou que cada estudante-pesquisador-interventor participasse de cada atividade em diferentes papéis, com tarefas e responsabilidades específicas e bem delimitadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo de planejamento envolveu um diagnóstico amplo dos problemas de saúde da população adjunta ao PSF, seguido de uma atividade de priorização com participação da comunidade que elegeu a dengue como o principal problema local. Então, era preciso criar um meio de intervenção eficaz,

que tratasse do problema da dengue em todos os aspectos na comunidade e que abrangesse o maior número de pessoas possível. As atividades de planejamento das ações foram precedidas por um reconhecimento do campo, realizado ainda em setembro de 2010, ao que se seguiu a territorialização.

Diagnóstico situacional dos problemas de saúde do Campo Limpo II

O reconhecimento do território segundo a lógica das relações entre condições de vida, ambiente e acesso às ações e aos serviços de saúde foi o ponto de partida para a organização do trabalho das ações de vigilância em saúde¹¹.

O território, segundo Barcellos *et al.*¹², é o resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais, sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças. Nessa perspectiva, o espaço não é homogêneo, encontrando todos os fatores para aplicabilidade das políticas públicas em saúde, pois o território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população.

Um instrumento básico para processo de territorialização é o cadastramento, tendo sido realizado no momento da visita domiciliar pelos agentes comunitários de saúde, utilizando o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e possibilitando o estabelecimento inicial de um vínculo entre equipe de saúde e comunidade. Através do cadastramento familiar, é possível proceder ao mapeamento local, conhecer a realidade social e de saúde da população, obter informações demográficas, socioeconômicas, culturais, epidemiológicas e sanitárias e, também informações provenientes da própria comunidade, o que permite a escolha de ações mais adequadas, apontando estratégias e atores que melhor as operacionalizem, viabilizando ainda o uso da epidemiologia como ferramenta para o planejamento com a microlocalização dos problemas de saúde.

Todos esses conceitos devem ser observados para um melhor entendimento de processo de descentralização, das divisões de competências e das políticas em saúde pública. Nesse sentido, a territorialização é um elemento para o sucesso de vários programas de saúde, destacando entre esses o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Com o conhecimento do local propiciado pela territorialização, foi realizada uma Estimativa Rápida (ER), baseada em um questionário contendo informações que visavam fortalecer a busca por problemáticas no bairro e possibilitariam a participação da população na sua realização, tais como:

1) **Dados Pessoais:** escolaridade, ocupação, renda familiar, número de pessoas na família que recebiam algum tipo de benefício do governo, número de pessoas na família que trabalhavam e número de pessoas que residiam em cada domicílio;

2) **Dados da Comunidade:** qualidade do transporte público, qualidade da segurança pública, qualidade da iluminação pública, conhecimento ou não de associações comunitárias,

tipo de água consumida, destino dos dejetos, ocorrência de violência no bairro. Além desses dados, foram perguntados quais os problemas de saúde mais prevalentes em crianças, adultos e idosos;

3) **Dados da USF:** número de pessoas que conheciam programas oferecidos pela USF, satisfação em relação ao serviço médico, odontológico e de enfermagem. Satisfação quanto ao acolhimento da USF, quanto ao acesso aos medicamentos, e quanto à estrutura física da USF¹³.

A estimativa rápida é um método de aproximação a uma determinada área, sendo a participação da própria comunidade essencial na sua realização. Para isso, foi necessário identificar informantes-chaves (comerciantes, líderes religiosos, moradores antigos, dentre outros), de modo não aleatório, o que facilitou a aquisição de um maior número de informações¹⁴. Cada informante teve papel crucial no processo, auxiliando os demais participantes a se situarem no processo de planejamento.

Priorização com uso de Árvore Temática

Foi necessária a formulação mais precisa de problemas, deixando de forma clara características como o tamanho do problema, população atingida, localização e sua dimensão temporal, para permitir a sua priorização e explicação, orientando a construção dos objetivos e ações. Após a formulação dos problemas, foi preciso listá-los, obedecendo à classificação por relevância, passo que antecedeu à priorização. Optou-se, nesse momento, pela utilização da árvore de problemas, proposta como alternativa simplificada do fluxograma situacional de Carlos Matus^{2,6}.

Buscou-se identificar nas “raízes” dos problemas as suas causas, ou determinantes. No “tronco”, que contém os condicionantes e, por fim, nos “galhos”, “folhas” e “frutos”, foram representadas as conseqüências dos problemas para a vida das pessoas e/ou comunidade e estabelecidos os objetivos (gerais e específicos) para diminuir as causas minimizando as conseqüências.

Essa atividade contou com a presença de alguns membros da comunidade e teve como principal função a escolha do principal problema relacionado à saúde que afetava de forma direta ou indireta aquela comunidade, com base na opinião dos moradores desta.

Para a construção da árvore, o primeiro passo foi a apresentação do trabalho de reconhecimento do território, estratégia visando a estimulação de debate sobre os principais problemas do bairro com a participação ativa dos presentes. Após esse breve esclarecimento sobre a territorialização, foram expostos ao público, os problemas mais citados durante a entrevista de estimativa rápida em saúde e questionado se havia novos problemas que poderiam ser acrescentados naquele momento, sendo os mais pontuados os seguintes: hipertensão, diabetes e dengue. A partir daí, seguiu-se uma votação que selecionou o agravo “Dengue”, como objeto de intervenção, por estar mais presente naquele período, de forma intensa, afligindo a população.

O Problema Dengue

A Dengue é uma arbovirose transmitida pelo mosquito *Aedes Aegypti* e possui atualmente cinco sorotipos já descritos (DN 1 a 5) na literatura^{15,16}, sendo que o sorotipo 5 foi relatado na Ásia, em 2013, em caso isolado. A infecção pelo vírus da Dengue causa uma doença de amplo espectro clínico, que pode evoluir para óbito e ainda não contava com vacina eficaz disponível, no período da intervenção, tendo se espalhado rapidamente por todo o mundo. Bhatt *et al.*¹⁷ estimam a ocorrência de 390 milhões de casos por ano, mais de três vezes do que o estimado pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

A Dengue é considerada doença endêmica grave, de fácil proliferação e contaminação pelo fato de os focos de dengue se encontrarem em locais onde se observa grande contingente populacional, principalmente em zonas urbanas, onde a população vem crescendo de maneira desordenada. O vetor *Aedes Aegypti* vem se adaptando a novos ambientes e temperaturas, modificando hábitos. Devido a sua potencialidade nociva e ampla distribuição geográfica, fazem-se necessárias medidas de identificação precoce e prevenção eficientes no combate desta enfermidade de caráter epidêmico.

Entretanto, as ações até então desenvolvidas têm-se mostrado ineficientes, dada a complexidade das relações entre os sorotipos, seus determinantes e pleomorfismo dos quadros clínicos e epidemiológicos, agravada com a introdução dos vírus da Chikungunya, em 2014, e Zika, em 2015, no Brasil. Até então, a circulação conjunta dos três vírus havia sido relatada em 2012 na região do Pacífico com grande repercussão para sua população^{18,19}.

Além das perdas de vidas humanas decorrentes da infecção pelo vírus da dengue, há ainda um alto custo econômico e social também inerente. O absenteísmo no trabalho e nas escolas repercute de forma negativa no cenário econômico, gerando um colapso no setor de saúde, ao provocar uma alta demanda por atendimentos de pacientes²⁰.

A Dengue, Chikungunya e Zika são doenças de notificação compulsória e estão presentes na Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública. Segundo dados do Ministério da Saúde^{21,22}, foram notificados, no Brasil, cerca de 760 mil novos casos de dengue, em 2011, (incidência de 400,5 casos/100 mil hab.), quando se observou significativa redução comparada com os 1.011.548 mil casos notificados em 2010. Em 2015, foram registrados 1.677.013 casos prováveis (incidência de 820,3/100 mil hab.) e, em 2016, 1.496.282 (incidência de 731,9/100 mil hab.). Ou seja, a incidência dobrou, de 2011 para 2015, com leve queda em 2015.

Dentro deste cenário, a Bahia apresentava risco moderado para Dengue, onde foi identificado o surgimento de 45.429 novos casos de dengue, em 2010, contra os 39.512 casos, em 2011²¹. Em 2015, entretanto, foram registrados 54.905 casos (incidência de 361,1/100 mil hab.) e, em 2016, 65.111 (incidência de 428,3/100 mil hab.)²². A Bahia, portanto, seguiu a tendência nacional de incremento da epidemia a

despite da criação, em 1996, do Programa de Erradicação do *Aedes Aegypti* (PEAa), pelo Ministério da Saúde e do Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), em 2012, uma vez que no longo do processo de implantação do PEAa, observou-se a inviabilidade técnica de erradicação do mosquito a curto e médio prazos²³. Entretanto, o PNCD também se mostrou insuficiente em face dessa epidemia agravada com a Zika e a Chikungunya.

A despeito de todos os conhecimentos que se tem sobre as formas de prevenir e tratar a dengue, esta segue resistente como problema de magnitude que atinge todo o território nacional e todas as idades e classes. Diante desse fato, são necessárias novas estratégias para lidar com esse problema. O PPLS surge como ferramenta capaz de realizar o controle social, vislumbrando a participação da população, sem interferências, ou seja, se faz saúde atendendo as necessidades da população, a partir da análise dos determinantes e condicionantes inerentes ao processo saúde-doença-cuidado.

Apesar da participação da população nas ações de combate à dengue ser entendida como de extrema importância, alguns autores²⁴ encontraram uma baixa participação da população na formulação de políticas de combate à dengue, apontando para a necessidade de elaboração de mensagens que informem não só práticas preventivas ideais, mas também ofereçam soluções possíveis; divulgação permanente de através da mídia; planejamento de atividades de educação em saúde para o estreitamento da relação entre profissionais de saúde e população, com o objetivo da construção de alternativas sustentáveis para o controle da dengue²⁵.

Situação da Dengue no Campo Limpo II

Sendo a Dengue definida como agravo local, foi possível começar a organizar a árvore temática e estabelecer (em acordo com a equipe e a população) como causas (raiz) para a Dengue: a falta de consciência da população a respeito da prevenção a focos da dengue; presença de esgoto a céu aberto; “desleixo” da população com relação ao problema; água acumulada, propiciando a proliferação do mosquito; existência de terrenos baldios e cobertura incompleta do sistema de vigilância. No tronco da árvore, ficou a presença do *Aedes Aegypti* na região e a ocorrência de diagnóstico impreciso, pois pode ocorrer uma confusão dos sintomas com gripe e resfriados. Figurando como “frutos”, ficaram as consequências que a Dengue pode proporcionar para a comunidade, tais como: casos de dengue assintomáticos; sintomáticos; do tipo hemorrágico, com evolução ou não para o óbito; afastamento do trabalho, causando prejuízos financeiros para a família e superlotação dos postos de saúde.

Após a construção da árvore, foram apontadas, por parte da população, possíveis soluções, tais como: acabar com os depósitos de água parada; melhorar o saneamento e conscientizar a população. A opinião e participação dos presentes foram fundamentais para a realização de uma boa atividade, que serviu de estímulo à USF para a maior organização de programas de ação comunitária.

Para uma intervenção mais eficaz, foi necessária uma busca apurada dos casos de Dengue no Campo Limpo II, junto à Secretaria Municipal de Saúde, onde foi possível constatar que, no ano de 2010, houve mais casos de dengue em comparação ao ano de 2011, sendo que, no ano de 2010, os meses que mais apresentaram casos de Dengue foram maio, junho e julho, com um leve aumento no mês de junho, com 23 casos notificados (Gráfico 1).

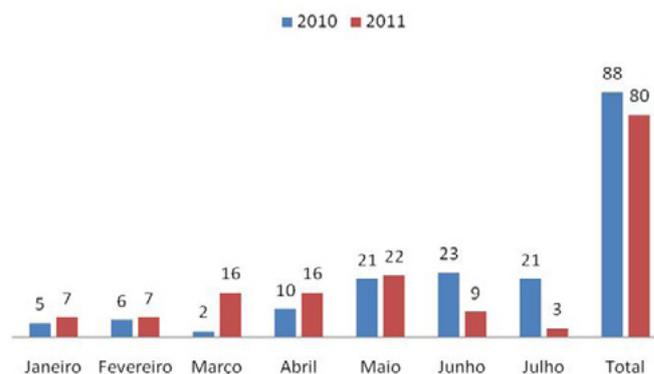


Gráfico 1. Casos notificados no Campo Limpo II, Feira de Santana, Bahia, entre janeiro e julho, de 2010 e 2011

Fonte: SMS-FSA.

Em 2011, quando se efetuaram as principais intervenções, havia sido encontrada, exatamente, uma maior incidência de casos nos meses de maior ocorrência de chuvas, março a maio. Sendo que, em 2010, os casos tinham se iniciado nesse período e alcançado seu pico no mês de junho (Gráfico 2).

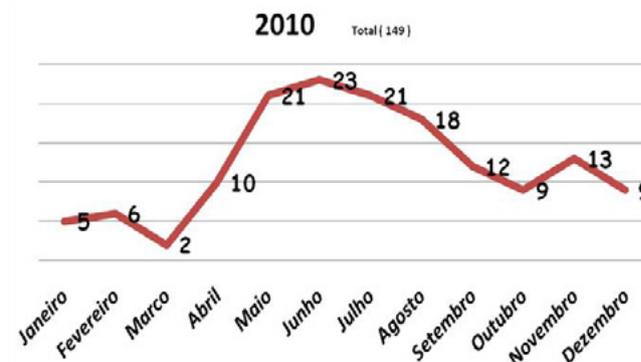


Gráfico 2. Casos notificados no Campo Limpo II, Feira de Santana, Bahia, nos meses de 2010

Fonte: SMS-FSA.

Observando o número de casos confirmados, em 2011, foi possível verificar um percentual baixo em relação ao total de casos notificados – entre 20 a 30%, apontando a necessidade de se aumentar à precisão do diagnóstico (Gráfico 3).

Por fim, a identificação dos casos por microárea (Gráfico 4) permitiu o dimensionamento da Dengue para o território gerido pela equipe de Saúde da Família, alvo da intervenção. Dos 80 casos notificados no Campo Limpo, 29 ocorreram na microárea da intervenção, responsável, portanto, por 27% do total de casos do bairro.

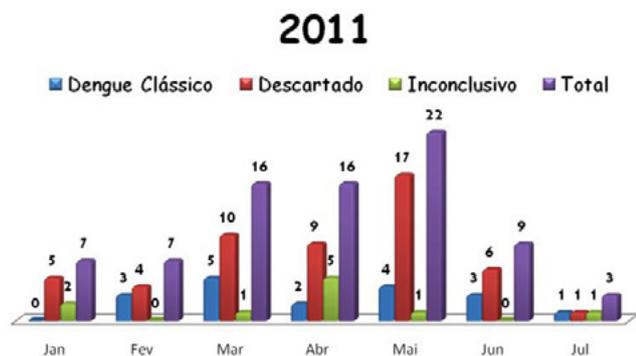


Gráfico 3. Número de casos confirmados, inconclusos e descartados, de Dengue, no Campo Limpo II, Feira de Santana, Bahia, nos meses de janeiro a julho de 2011

Fonte: SMS-FSA.

A apresentação da situação realizada com dados locais, alguns coletados pela própria equipe, foi muito bem recebida, pois não é muito comum que profissionais do PSF tenham acesso a estatísticas do seu próprio serviço e possam, por meio delas, planejar suas ações. Mesmo nas situações em que isto ocorre, existe uma tendência à descontinuidade desse tipo de investimento, segundo pôde-se apurar junto ao grupo da USF.

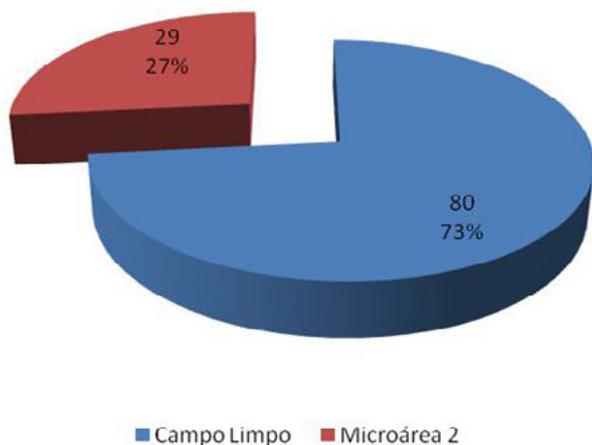


Gráfico 4. Casos de Dengue no Campo Limpo versus microárea, entre janeiro e julho de 2011

Fonte: SMS-FSA.

Elaboração de uma Planilha Operativa

Todas as ações de planejamento tiveram como objetivo principal a construção e execução de atividades formuladas como resposta a um problema principal, a Dengue, eleito em associação com a comunidade, tendo em vista sua magnitude e relevância. Todas as atividades visaram, além da tentativa de resolução do problema principal, esclarecer sobre dúvidas e questionamentos frequentes; sensibilizar a população sobre a morbidade da doença e sobre a importância de programas que erradiquem o mosquito; demonstrar o efeito que métodos de prevenção eficazes causam; informar sobre os tipos de dengue e sua repercussão no organismo; visando alcançar o maior número de pessoas possível para que a eficácia do programa pudesse ter uma abrangência territorial significativa.

Para a execução das ações, elaborou-se uma Planilha Operativa (Quadro 2), onde foram incluídas todas as atividades com foco no problema. Cada atividade foi planejada, em separado, a partir de seus objetivos específicos com: título, data provável, público alvo, participantes atuantes, metodologia, materiais necessários, viabilidade (facilidades e dificuldades previstas, estratégias de superação) e responsáveis. Os responsáveis se comprometeram em contatar a unidade para verificar a disponibilidade de espaço e tempo, em elaborar a estrutura da oficina, organizar e obter os materiais, ou seja, todo o aparato teórico e prático para realização das oficinas. Cada oficina contou ainda com um relator.

As primeiras atividades foram oficinas realizadas na unidade e que, fundamentalmente, tiveram caráter de encontro teórico entre saberes populares e técnicos, organizado por meio de palestras sobre prevenção, repercussões clínicas e terapêuticas da doença, de modo que esses temas alcançassem não só a população, mas os Agentes Comunitários e Profissionais da Equipe de Saúde da Família. Posteriormente, as oficinas passaram a ser planejadas de forma que atingisse a população diretamente, por meio de práticas com temas multidisciplinares e formatos diversos que serão descritas a seguir.

Execução das atividades

A aplicação da Planilha Operativa contribuiu para a eficácia das intervenções e, exceto no caso da oficina dirigida aos ACS, todas as demais atividades realizadas possuíram público alvo bem diversificado e atingiram um número significativo de pessoas, entre crianças, estudantes, donas de casa, além da população ativa que trabalha durante o dia, mas que à noite frequentava a Igreja, por exemplo.

Houve satisfação da população, manifestada em vários momentos, assim como dos integrantes da equipe do PSF. Essa satisfação acabou contagiando os responsáveis pela implantação do projeto, aumentando o empenho de todos os envolvidos. Cerca de 85% das atividades presentes na Planilha foram executadas, com todos os objetivos alcançados. Entretanto, as atividades não executadas (15%) tiveram que ser canceladas por externalidades institucionais tais como: indisponibilidade de técnico da Secretaria Municipal de Saúde para atuar na “Capacitação dos ACS em Notificação Compulsória” e eclosão de uma greve de professores, que impossibilitou a realização do Festival de Música. As atividades conseguiram sensibilizar mais de mil pessoas, entre adultos e adolescentes (Quadro 3).

1) Atividades na Unidade de Saúde da Família

Foram realizadas quatro atividades na USF, correspondendo a 40% das atividades efetivadas e a 5,29% da população atingida.

a) A Oficina Comunitária (OC), primeira atividade executada, contou com público de 20 pessoas, quando se fez uma aproximação ao campo, diagnóstico dos principais problemas de saúde e priorização, com subsequente apresentação

Quadro 2. Planilha Operativa com atividades propostas, datas e objetivos

DATA PROVÁVEL	ATIVIDADE	OBJETIVOS
27/10/2011	Oficina Comunitária	- Expor as vivências do PIESC I, através de síntese das atividades de territorialização e priorização de problemas. - Demonstrar a situação epidemiológica da Dengue no bairro Campo Limpo, através de dados da Secretaria Municipal de Saúde. - Discutir a primeira versão da Planilha Operativa.
22/11/2011	Oficina Informativa	- Realizar palestra sobre vias de transmissão da Dengue. - Explicar as implicações da Dengue Clássica e Hemorrágica. - Esclarecer as dúvidas mais frequentes sobre a Dengue.
15/12/2011	Oficina da Prevenção	- Expor através de cartilhas e vídeos, os meios mais comuns e eficazes de prevenir a Dengue.
01/03/2012	Oficina de Capacitação (ACS)	- Capacitar os ACS sobre o tema Dengue. - Expor a importância dessa doença no bairro Campo Limpo II. - Discutir modos de ação.
29/03/2012	Gincana Escolar	- Realizar gincana escolar. - Fazer palestra introdutória sobre a Dengue. - Realizar uma dinâmica, com brincadeira de perguntas e respostas sobre a Dengue. - Realizar premiação de 1º, 2º e 3º lugar, para os que acertarem mais respostas.
12/04/2012	Oficina na Igreja Dengue “Deus me livre!”	- Mostrar as principais causas da Dengue. - Fornecer informações relevantes sobre Saneamento Básico. - Sensibilizar comunidade e líderes para a Dengue.
03/02/2012	Festival de Música	- Criar um Festival de Música na escola com tema da Dengue. - Realizar premiação de 1º, 2º e 3º lugar, para os que fizerem uma paródia musical com tema Dengue mais criativo.
10/05/2012	Mutirão da Dengue	- Organizar visita em domicílio com ajuda dos ACS, constituída por duplas. - Buscar focos de Dengue em boa parte das casas. - Distribuir cartilhas para manutenção do cuidado.
17/05/2012	Capacitação dos ACS para “Notificação Compulsória”	- Realizar discussão com base na importância da Notificação Compulsória dos casos de Dengue no Campo Limpo.
24/05/2012	Stand da Dengue	- Montar uma barraca com atividades referentes ao problema Dengue. - Mostrar possibilidades de eliminar focos de Dengue no bairro.
31/05/2012	Coleta Seletiva	- Mostrar a importância do destino adequado do lixo na erradicação de focos de Dengue. - Propor a adoção coleta seletiva no bairro.
14/06/2012	Caminhada contra a Dengue	- Difundir nas ruas para um maior número de pessoas ações sobre a importância de se prevenir a Dengue; - Incentivar boas práticas de saneamento ambiental.

da situação epidemiológica da dengue no bairro Campo Limpo II e discussão da planilha operativa.

Para a exposição das vivências do primeiro ano das PIESC (2010), foi feito um resgate das principais ações, sendo dada ênfase ao trabalho de reconhecimento do território. Dentre as atividades mais destacadas, encontram-se aquelas referentes à territorialização e à estimativa rápida. Também foi resgatada a Oficina de Planejamento, na qual a Dengue foi priorizada, após votação por membros da comunidade presentes, como principal problema de saúde vigente no bairro. Após o detalhamento dos caminhos, que culminou na definição do agravo a ser foco da intervenção, foram apresentados dados epidemiológicos da doença no bairro, através de gráficos que comparavam sua incidência no primeiro semestre de 2010 e 2011 (Gráficos 1, 2, 3 e 4), já discutidos.

Os dados encontrados, considerados incompatíveis com a real incidência dos casos da doença, segundo informações da equipe da unidade do PSF do Campo Limpo II, alertaram

para uma dificuldade comum, a subnotificação. A incidência mês a mês apontou maior número de casos no período de abril a agosto, marcado por maior quantidade de chuvas na cidade, indicando a relevância de se iniciar a intervenção antes desse período, a fim da população já estar sensibilizada, quando as estações de proliferação do mosquito se iniciassem.

Por fim, foram cuidadosamente apresentadas as atividades planejadas aos funcionários e membros do Programa de Educação pelo Trabalho (PET), que atuavam na USF por meio da Planilha Operativa desenvolvida, de modo a compartilhar os objetivos da intervenção, os responsáveis e as dificuldades e facilidades esperadas. As datas nas quais cada uma seria executada foi um ponto importante posto em pauta, visto que era essencial na viabilização das ações, adequar a disponibilidade da USF para agendamento das ações às datas pré-estabelecidas, de modo a não interferir na dinâmica e funcionamento da unidade, bem como no trabalho dos profissionais que seriam envolvidos.

Quadro 3. Participação nas atividades realizadas

ATIVIDADE	DATA	PARTICIPANTES (N)
Oficina Comunitária	27/10/2011	20
Oficina Informativa	22/11/2011	12
Oficina da Prevenção	15/12/2011	16
Oficina de Capacitação (ACS)	01/03/2012	5
Gincana Escolar	29/03/2012	400
Dengue, Deus me livre!	12/04/2012	200
Mutirão da Dengue	10/05/2012	350
Stand da Dengue	24/05/2012	16
Coleta Seletiva	31/05/2012	45
Caminhada contra a Dengue	19/06/2012	11

Outro ponto a ser destacado, foi a exposição da planilha para toda a equipe de trabalho da USF presente, no intuito de obter uma ação integrada, pois, através desse momento de engajamento, foi possível abranger profissionais e estudantes de diferentes áreas, como enfermagem e educação física e não apenas informá-los sobre o projeto de intervenção.

Essa integração possibilitou, por exemplo, o planejamento de atividades, como a Coleta Seletiva, sugerida por meio de um integrante do NASF, durante a discussão, ou sua execução, de maneira conjunta, a exemplo da Oficina de Prevenção e da Caminhada contra a Dengue. A OC, embora tivesse sido desenvolvida durante uma reunião comunitária, na qual se pressupunha grande participação dos moradores do bairro, contou com a presença de apenas quatro usuários, o que alertou para um possível baixo comparecimento da comunidade nas reuniões, reafirmado por aqueles que estavam presentes.

a) A Oficina de Prevenção da Dengue (OPD), terceira atividade executada na comunidade do campo II, segunda na USF, com participação de 16 pessoas (1,49% dos atingidos), utilizou como estratégia a “sala de espera”, na qual folhetos informativos que traziam em seu conteúdo medidas preventivas relacionadas à doença foram distribuídos aos que se encontravam presentes. Foi feita uma rápida explicação a cerca do folheto entregue e reafirmada a tentativa de atuação no combate à Dengue por meio de um processo contínuo e sequenciado.

A ação proporcionou um contato mais próximo com os membros da comunidade, na qual se tentou o despertar para o combate à Dengue. Apesar de muitas das medidas já serem conhecidas, por diversas vezes acabam não se concretizando na prática. Dentre as possibilidades levantadas para explicar essa dificuldade de adesão da comunidade às práticas preventivas contra a dengue, está o pensamento de que a doença não se constitui um agravo que implica em sérias consequências e a ideia de que apenas uma ação individual não será capaz de modificar a realidade da doença no bairro.

Os folhetos, como forma de apresentação daquilo que deseja ser informado, se constituiu numa importante ferramenta disseminadora. Sua forma de organização e linguagem fácil possibilitou a compreensão mais clara e objetiva da informação contida, além de ser um material que poderia ser repassado para que outras pessoas também tivessem acesso ao conteúdo abordado.

b) A Oficina de Capacitação dos ACS (OC-ACS), quarta atividade executada na comunidade, terceira na USF, obteve a participação de apenas três ACS que estavam em atividade na comunidade na ocasião de execução da atividade. Apesar da Dengue já ser um tema muito veiculado na mídia, recebendo especial atenção por parte das políticas públicas de saúde, foi perceptível o interesse dos agentes pela ação desenvolvida, especialmente em momentos destinados a sanar as dúvidas quanto ao problema. A capacitação foi executada de maneira individualizada, na qual cada dupla de alunos, ou trio, foi responsável pela sua realização, o que não propiciou diferenças relevantes, visto que o material distribuído e tomado como fonte de divulgação foi o mesmo para todos os integrantes do grupo PIESC II.

A realização da atividade em caráter individual foi a alternativa encontrada para contornar a inviabilidade de reunir todos os ACS no mesmo momento e, ainda assim, alcançou baixa execução. Como não foi demonstrado desinteresse por parte desses ACS para a realização da atividade, mais dois ACS foram capacitados, em outro momento, somando cinco, ao final.

c) O *Stand* sobre a Dengue (SD), oitava atividade executada, quarta na USF, contou com a participação de 16 pessoas. Com intuito de informar sobre as vias de transmissão da Dengue, esclarecer as dúvidas mais frequentes e incentivar o combate à doença, a atividade possibilitou uma abordagem mais detalhada a respeito do agente transmissor, citando as principais características e suas diferenças com outros insetos.

Foi observado um interesse acentuado pelas formas alternativas de combate a proliferação da doença como, por exemplo, a construção da “Armadilha contra a Dengue”, montada com garrafas PET, e a produção de um repelente caseiro contra o agente. As pessoas presentes nessa oficina foram orientadas a disseminar o aprendido entre seus vizinhos e familiares. Foram também passadas orientações sobre o ciclo do mosquito e sua proliferação e vídeos de caráter informático foram exibidos.

A principal mensagem que atividade buscou enfatizar foi a importância da eliminação dos criadouros como relevante método profilático. O fato de ter sido realizada em um período de tempo instável, com frequentes chuvas, afetou a sua execução, uma vez que a ação foi desenvolvida na área externa da USF e alguns recursos, por essa razão, não puderam ser utilizados. Ainda assim, foi perceptível que a utilização de equipamentos áudio visuais, como computador com monitor LED, no ensino de métodos de prevenção não convencionais, acoplado à distribuição de lanche, ao fim da ação, despertou intensamente o interesse e participação dos presentes.

1) Atividades de intervenção direta na comunidade

Foram realizadas três atividades de intervenção direta na comunidade, correspondendo a 30% das atividades efetivadas e a 37,77% da população atingida.

a) O Mutirão contra Dengue (MD), sétima atividade realizada, primeira de intervenção direta na comunidade, com envolvimento de 350 pessoas, e 32,56% dos atingidos, teve como objetivos gerais: organizar visita domiciliar juntamente com os ACS; identificar possíveis focos para proliferação do vetor e levar diretamente às casas dos moradores folheto informativo sobre a Dengue.

Inicialmente, os integrantes do grupo das PIESC II discutiram com os dois agentes participantes acerca da atividade que seria desenvolvida. Logo após, os componentes se dividiram em duplas e trios, percorrendo as principais ruas do bairro, visitando as casas, conversando com os moradores sobre o tema e realizando a distribuição dos folhetos. A abordagem foi feita de forma simples e por tópicos com informações sobre a dengue, métodos de prevenção e os principais sinais clínicos da doença.

Além da visita aos domicílios, foram deixados folhetos nas caixas de correspondência das casas nas quais não se encontravam presentes seus moradores. Também foram entregues às pessoas que se encontravam em circulação nas ruas, de modo a abranger o maior número possível de pessoas.

Durante a execução do MD foram fornecidas orientações básicas de como evitar a formação de focos, a exemplo de não deixar água acumulada e armazenar materiais em locais apropriados, foram repassados. Dentre as atividades de intervenção direta, o MD foi aquela que garantiu maior proximidade com a comunidade, não apenas pelas visitas aos domicílios, mas também, por possibilitar a escuta de relatos de familiares e pessoas que já haviam contraído Dengue. Houve muitas opiniões acerca do tema, principalmente no que diz respeito aos motivos para a elevada incidência de casos no bairro e a visão positiva sobre a relevância das atividades de sensibilização e educação foi claramente expressa.

b) A Coleta Seletiva (CS), nona atividade executada, segunda de intervenção direta na comunidade, alcançou um público de 45 pessoas, possuindo, como principais propósitos: mostrar a importância do tratamento do lixo no combate aos focos da Dengue e incentivar a adoção da SC no bairro. Antes de iniciar as atividades pelas ruas do entorno da unidade, foi feita a ornamentação da USF com bandeirolas e cartazes, aproveitando o ensejo das festividades juninas e informações sobre os cuidados na prevenção da dengue, com o intuito de chamar a atenção dos usuários, de maneira criativa e lúdica, para o tema abordado. Além da ornamentação, foram colocados na unidade quatro recipientes para lixo que seguiam a padronização das cores da coleta seletiva: Azul (papéis), Amarelo (metais), Vermelho (plásticos), e Verde (vidros), incentivando a separação do lixo na própria unidade, tornando-a exemplo para aqueles que a frequentam e incentivando reprodução dessa ação em suas casas.

Posteriormente, foram percorridas pelos integrantes do grupo PIESC II, as principais ruas do bairro. Durante a CS, os materiais que eram encontrados foram separados de acordo com sua constituição e, em especial, foram recolhidos recipientes de plástico, vidro e metal, por serem esses os mais frequentemente associados a focos da doença. Também, foi realizado a coleta domiciliar. A execução da CS permitiu, do mesmo modo que as demais atividades de intervenção direta, uma maior integração entre moradores e estudantes e a orientações referentes às possibilidades de coleta seletiva.

c) A Caminhada Contra a Dengue (CCD), décima atividade realizada, terceira de intervenção direta, iniciou com participação de apenas 11 pessoas, no bairro Campo Limpo VI, onde os integrantes do grupo PIESC II se reuniram com os participantes da tradicional caminhada já promovida pelo NASF no turno da manhã, todas as terças-feiras. De casa em casa, percorrendo também as ruas do Campo Limpo III e II, aos poucos foram sendo recrutados novos participantes.

Durante o percurso, utilizaram-se cartazes com frases de efeito a respeito da dengue, sendo essas constantemente repetidas pelos integrantes das PIESC para os demais participantes da caminhada, bem como para as pessoas que estavam circulando pelas ruas percorridas. “A dengue pode matar, não deixe esse mal te pegar” e “Prevenção e conscientização são a solução” foram algumas das frases entoadas. Com o intuito de despertar a atenção dos demais membros da comunidade para a caminhada e torná-la mais lúdica, balões de festas foram utilizados e distribuídos para os participantes da caminhada.

Os participantes da CCD, excetuando-se os alunos, eram somente mulheres, sendo essas de faixa etária semelhante. Tal falta de diversidade dos participantes da comunidade na caminhada acabou por dificultar uma maior abrangência. Na tentativa de atingir os objetivos da CCD e ampliar sua repercussão, cartazes utilizados na caminhada foram disponibilizados para que integrantes da caminhada os colocassem na frente de suas casas, possibilitando a leitura e o conhecimento dos temas abordados para os membros da comunidade ausentes.

Mais uma vez, ficou ressaltada a importância da integração proporcionada pela intervenção direta na comunidade, em especial na CD, que por ter sido realizada conjuntamente com uma atividade de lazer, permitindo maior dinamismo durante sua execução.

1) Atividades realizadas em instituições

Foram executadas três atividades em instituições, correspondendo a 30% das atividades efetivadas e a 56,93% da população atingida.

a) A Oficina Informativa (OI), segunda atividade realizada na comunidade, primeira em instituições, com participação de 12 pessoas, foi realizada na área externa da Paróquia São José Operário, juntamente com outra atividade,

denominada “Oficina de Sabão”, desenvolvida por integrantes e funcionários da USF e objetivava o ensino de uma receita de produção de sabão caseiro. Essa execução, em paralelo com outra atividade, atribuiu à OI um caráter interativo, potencializando a criação de novos vínculos e possibilitando a ação cooperativa em atividades futuras. Para o desenvolvimento da OI, foi utilizado o tempo que se fazia necessário esperar durante a realização de um dos procedimentos da receita, de modo que não houve comprometimento na dinâmica de execução de nenhuma das atividades.

Com o intuito de cumprir o primeiro objetivo da OI, foram apresentadas algumas características morfológicas do vetor da Dengue como gênero, cor e tamanho. Foi dada ênfase na importância do *Aedes aegypti* na disseminação da doença, bem como a sua eliminação como principal forma de prevenção. Foi explicada a via de transmissão da patologia, lembrando aos presentes de que modo é possível contrair, ou não, a doença.

Os sintomas da Dengue foram expostos, em especial aqueles mais frequentes, como tentativa de instrução da comunidade para a sua correta identificação. Inicialmente, foram apresentados os sintomas mais gerais e, posteriormente, as diferenças entre as formas “clássica” e “hemorrágica”, com o auxílio de cartazes com quadros comparativos e informações acerca da gênese de cada uma dessas apresentações com linguagem simples e objetiva. Como momento final da atividade, foi aberto um espaço para os questionamentos e vivências sobre a doença.

Apenas estavam presentes, também nessa atividade, pessoas do sexo feminino e de faixa etária semelhante, o que tornou o público pouco diversificado. Apesar disso, o fato das espectadoras serem, em sua maioria, donas de casa, possuindo, portanto, mais contato com a gerência do lar, possivelmente permitiu uma maior facilidade de colocar em prática o conhecimento adquirido, principalmente no que diz respeito às medidas de profilaxia da doença por eliminação de focos de água parada.

b) A Gincana Escolar (GE), segunda atividade em instituições, com 400 atingidos, correspondente a 37,21% do total, teve como principal propósito instruir e estimular o interesse pela dengue em crianças e adolescentes.

A GE foi desenvolvida no Colégio da Polícia Militar (CPM) de Feira de Santana, com a participação ativa de 80 alunos do quinto ao nono ano do Ensino Fundamental. A atividade foi desenvolvida na forma de competição e, para tanto, os estudantes foram divididos em quatro equipes, cada uma disputando entre si, através de um jogo de perguntas e respostas sobre a Dengue, realizado pelos membros do grupo PIESC II. A estratégia de fazer uma atividade com caráter recreativo foi um elemento chave para se alcançar os objetivos propostos, pois facilitou o envolvimento e o interesse dos estudantes pela GE.

Almejando a ampliação do número de atingidos pela atividade, houve distribuição de folhetos informativos sobre

a doença para os demais alunos do Ensino Fundamental da escola, o que possibilitou o alcance de um público final de 400 alunos. A estratégia de distribuir os folhetos para os estudantes que não participariam dos grupos em competição foi oriunda da inviabilidade de local para a realização da GE com todos os alunos; do número insuficiente de membros do grupo PIESC II para coordená-las e do desejo, mesmo diante destes dois obstáculos, de ampliar o alcance das ações educativas para os demais alunos da escola que, mesmo sem participar, estariam “anteados” na atividade em que estariam presentes seus colegas.

A GE, quando planejada, tinha como local de realização uma escola municipal local, na qual a maioria dos estudantes eram moradores do bairro Campo Limpo II. Porém, essa escola entrou em reforma, impossibilitando a realização da atividade nesse colégio. O fato de muito dos estudantes atingidos pela GE não pertencerem à comunidade foco de intervenção, foi considerado negativo, por sua limitação na geração de impacto na comunidade, apesar do sucesso do empreendimento em si. Dentro da perspectiva do aprendizado discente, entretanto, foi excepcional perceber o potencial de identificação dos alunos com os estudantes de medicina e a responsabilidade implicada.

c) A atividade “Dengue, Deus me livre” (DDML), sexta atividade realizada, terceira em instituições, contou com 200 participantes, 18,6% dos atingidos e foi executada na missa dominical, na Paróquia São José Operário, ao fim da sua celebração, quando os integrantes do grupo PIESC II foram chamados pelo pároco para ministrar uma rápida palestra. Como nas demais atividades, foram introduzidos elementos de forma a tornar os atingidos, multiplicadores das informações oferecidas.

O apoio do pároco à DDML, elogiando a atitude do grupo, unindo saúde e religião atuou como reforço às práticas propostas. Houve também observância quanto à satisfação da comunidade com a presença do grupo na celebração, alicerçada pelo fato da atividade desenvolvida estar inserida no contexto da Campanha da Fraternidade 2012, realizada pela CNBB (Conferência Nacional dos Bispos do Brasil): “Que a Saúde se difunda sobre a Terra”.

A repercussão da DDML ficou evidenciada nas atividades que se seguiram, pois sempre havia comentários se referindo à presença da equipe das PIESC II na igreja. Um exemplo de deu no “Mutirão da Dengue”, já relatado, na qual moradores presentes em ambas as atividades reproduziram informações sobre métodos de prevenção contra Dengue, obtidas nos panfletos distribuídos na atividade da paróquia. Essa redundância funcionou duplamente como reforço para ambas as atividades, além de se constituir em oportunidade de avaliação da satisfação dos usuários com respeito às ações e seus possíveis impactos.

A DDML, por ter sido executada em turno e horário com maior quantidade de frequentadores da paróquia, proporcionou não apenas um grande público, mas a sua

diversificação, abrangendo variadas faixas etárias e diferentes níveis socioeconômicos. Pôde ser observado que esse tipo de atividade, na qual se desenvolvem ações que envolvem participação conjunta, se constitui estratégia interessante para abordar temas que necessitam de uma ação coletiva para garantir sua eficácia, como é o caso do combate à dengue. Por outro lado, a disposição para a realização da atividade em um domingo mostrou o engajamento dos discentes no projeto.

Avaliação do projeto

As dificuldades e facilidades observadas nas atividades realizadas estão expostas na Planilha de Resultados (Quadro 4),

que permitiu analisar e avaliar a execução do que foi planejado, se o objetivo final foi realmente alcançado, incluindo a identificação das dificuldades não pensadas e as facilidades que contribuíram de forma positiva para um melhor resultado das atividades.

Além disso, estratégias foram adotadas para viabilizar a execução de algumas atividades, como mudança de data, de local, metodologia aplicada ou adaptação de horário. Percebeu-se que algumas atividades foram mais bem avaliadas que outras, principalmente as extramuros como, por exemplo, a oficina realizada na igreja, na escola, bem como as visitas domiciliares.

Quadro 4. Dificuldades, facilidades e resultados alcançados pelas atividades realizadas

ATIVIDADE	DIFICULDADES	FACILIDADES	RESULTADOS
Oficina Comunitária	- Pouca participação da comunidade. - A oficina só poderia ser pela manhã – alunos foram fora do horário curricular.	- Motivação dos ACS. - Boas contribuições recebidas da enfermeira. - UEFS forneceu datashow.	- Surgiram sugestões para as próximas atividades, como a Coleta seletiva. - As pessoas foram informadas sobre as propostas de intervenção.
Oficina Informativa	- Dificuldade de conseguir local. A AFAS (entidade filantrópica) não estava disponível. - Desinteresse da comunidade pelo tema bem presente na mídia.	- Dengue foi prioridade eleita pela própria comunidade. - Atividade associada com Oficina de Sabão que acontecia no mesmo dia aumentou o público.	- Houve esclarecimento de dúvidas sobre sinais e sintomas, transmissão e meios preventivos. - Mitos foram abordados e foi dada ênfase na gravidade da dengue hemorrágica.
Oficina da Prevenção	- Falta de materiais adequados e em quantidade suficiente.	- UEFS imprimiu as cartilhas e emprestou data show. - MS já dispõe de bons materiais didáticos.	- As pessoas compreenderam que existem métodos simples e eficazes de combate ao vetor.
Oficina de Capacitação (ACS)	- Assunto tem sido bem divulgado pelo próprio Ministério da Saúde. - Conseguir atrair ACS pra se reunirem no PSF.	- Muito material didático sobre o assunto. - Várias formas de usar o Campo Limpo como exemplo no combate à Dengue.	- Os ACS são informados sobre meios preventivos, mas apontam também as principais dificuldades da comunidade em seguir as recomendações.
Gincana Escolar	- Escola com muitos alunos externos ao bairro; - Falta de material para estruturar a gincana.	- Interesse dos alunos; - Boa aceitação por parte da direção da escola; - Premiação para o 1º, 2º e 3º lugar incentivou competição.	- Crianças mostraram estar bem informadas sobre o assunto. - Aprendizado do tema ocorreu de forma dinâmica, por isso mais eficaz.
Oficina na Igreja “Dengue, Deus me livre!”	- Conseguir despertar o interesse da comunidade pelo assunto. - Dependência de conhecimento do mutirão anterior.	- Permanência das pessoas na Igreja. - Material impresso de fácil execução. - Realização de sorteio no final, com brinde.	- Alcance de maior número de pessoas/ atividade. - Contato com grupo de jovens da Igreja, disposto a participar das próximas atividades programadas.
Mutirão da Dengue	- Não participação de todos os ACS. - Grande extensão do bairro, dificultando as visitas domiciliares.	- A receptividade dos residentes poderia ser melhor devido já ter sido efetuado outras visitas em conjunto com o ACS.	- Informação diretamente nas casas permitiu a descoberta de focos de proliferação do vetor, reclamações sobre terrenos baldios e falta de iniciativa do governo na sua eliminação.
Stand da Dengue	- Reduzida participação da comunidade. - Falta de uma data adequada.	- Instalação de barraca na área externa do PSF. - Aumento do impacto da atividade conjugada ao HIPERDIA.	- Usuários aprenderam a fazer repelentes caseiros, e meios de prevenção alternativos, utilizando materiais recicláveis.
Coleta Seletiva	- Conseguir real adesão da comunidade. - Falta de apoio sanitário por órgãos responsáveis.	- A utilização de materiais como exemplo prático é fácil e foi bem recebida.	- Coleta de material reciclável que poderia virar foco mostrou-se exequível e vantajosa p/ catadores de rua.
Caminhada contra a Dengue	- Evento realizado em período impróprio; - População atingida foi pequena.	- Apoio dos comerciantes e entidades comunitárias; - Caminhada em parceria com o NASF.	- Atividade de prevenção da Dengue e promoção da saúde. Engajamento do NASF em ampla parceria.

A associação feita entre os alunos de medicina e os ACS obteve bastante sucesso. Os ACS manifestaram satisfação com todas as atividades e com os bons resultados obtidos, visto a importância da Dengue e da conscientização de que o controle dessa doença deve ser visto como prevenção coletiva. O projeto de combate à Dengue serviu como incentivo para o desenvolvimento de Atividades de Educação em Saúde em parceria com a universidade e a comunidade.

Considerações Finais

Os objetivos do trabalho, aqui descritos, envolveram a articulação de práticas acadêmicas engajadas com os princípios do SUS. O uso do Planejamento e Programação Local em Saúde aplicado a problemas concretos de uma dada comunidade, situado no entorno da universidade, permitiu a realização de diagnóstico por meio de técnicas de pesquisa voltadas para identificação de determinantes sociais e políticos, além da elaboração e execução de projeto de intervenção com ampla participação dos serviços públicos, e privados e da população envolvida com o problema.

Os primeiros passos para a realização do PPLS incluíram o uso de instrumentos como a territorialização e a estimativa rápida. Foi diagnosticada e priorizada a Dengue como problema passível de intervenção na localidade escolhida para as práticas integradas com a comunidade e o serviço. Posteriormente, procurou-se identificar as dificuldades e facilidades possivelmente encontradas em cada atividade a ser desenvolvida.

O planejamento prévio eficaz possibilitou que as dificuldades - a principal foi a de atrair os usuários - não comprometessem muito o cronograma e a efetividade das práticas. Constatou-se que, mesmo sendo a Dengue um agravo muito explicitado pela mídia e com amplas formas de intervenção já praticadas pelo próprio sistema de saúde, ainda se mantinha mal dimensionada, enquanto problema, dado à resistência da população em modificar seus hábitos. O uso do PPLS se mostrou útil ainda como método que pode ser facilmente incorporado às práticas das equipes do PSF.

Por fim, a experiência de transformação de realidades complexas vividas por alunos de medicina poderá repercutir não apenas na formação médica, mas na educação continuada dos profissionais do SUS e dos próprios docentes de Graduação que encontram em projetos desta natureza a oportunidade de aquisição de novas habilidades e reflexão das suas práticas com relação à promoção e manutenção da saúde. As potencialidades de aplicação do PPLS podem contribuir para que esses trabalhadores sejam agentes de mudança da qualidade de vida, da prevenção de agravos e não somente de cura.

REFERÊNCIAS

1. Teixeira C. **Planejamento Municipal em Saúde**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva; 2001.
2. Matus C. **Política, Planejamento e Governo**. Brasília: IPEA; 1997.
3. Artmann E, Azevedo CS, Sá MC. Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde: análise comparada de duas experiências. **Cad. saúde pública** 1997; 13(4): 723-740.
4. Brasil, Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica: programa de saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
5. Batista KBC, Gonçalves OSJ. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc.** 2011; 20(4): 884-899.
6. Vilasbôas ALQ, Teixeira CF. **Orientações metodológicas para o planejamento e programação local da vigilância à saúde nas áreas de abrangência do PACS-BA**. Salvador: ISC-UFBA; 1999.
7. Mendes EV. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec; 1999.
8. França E, Abreu D, Siqueira M. Epidemias de dengue e divulgação de informações pela imprensa. **Cad. saúde pública** 2004; 20(5): 1334-1341.
9. Vasconcelos EM. **Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde**. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de apoio à Gestão Participativa. Caderno de Educação Popular em Saúde; Série B, textos básicos de saúde. Brasília; 2007.
10. Ahumada J, Guzmán AA, Duran H, Pizzi M, Sarué E, Testa M. **Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud**. Organización Panamericana de la Salud. Washington: OPS; 1965. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1151/cendesops111.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. [05 jan 2017].
11. Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas ALQ. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Inf. Epidemiol. SUS** 1998; 7: 7-28.
12. Barcellos CC, Sabroza PC, Peiter P, Rojas LI. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. **Inf. Epidemiol. SUS** 2002; 11(3): 129-138.
13. Rosa WAG, Labate, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. Ribeirão Preto, SP. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 2005; 13(6): 1027-34.
14. Di Villarosa FN. **A estimativa rápida e a divisão do território no distrito sanitário: Manual de instrução**. Brasília: OPAS/OMS; 1993.
15. Brasil. Ministério da Saúde. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico – adulto e criança**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

16. Normile D. Surprising new dengue virus throws a spanner in disease control efforts. **Science** 2013; 342(6157): 415.
17. Bhatt S, Gething PW, Brady OJ, Messina JP, Farlow AW, Moyes CL, Drake JM, Brownstein JS, Hoen AG, Sankoh O, Myers MF, George DB, Jaenisch T, William Wint GR, Simmons CP, Scott TW, Farrar JJ, Hay SI. **Nature** 2013; 496:504-507.
18. Barreto ML, Teixeira MG. Dengue in Brazil: Epidemiological situation and Contribution to a Research Agenda **Estud. av.** 2008; 22(64):53-72.
19. Roth A, Mercier A, Lepers C, Hoy D, Duituturaga S, Benyon E, Guillaumot L, Souarès Y. Concurrent outbreaks of dengue, chikungunya and Zika virus infections – an unprecedented epidemic wave of mosquito-borne viruses in the Pacific 2012–2014. **Eurosurveillance** 2014; 19(41): 2-9.
20. Coelho GE. Dengue: desafios atuais. **Epidemiol. Serv. Saúde** 2008; 17(3); 231-233.
21. Brasil. Ministério da Saúde. **Dados sobre a Dengue**, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/casos_de_dengue_classica_brasil_1990_2011.pdf>. [07 mar 2013].
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 51, 2016. **Boletim Epidemiológico** 2017; 48(2): 1-10.
23. Brasil. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle da Dengue**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pncd_2002.pdf>. [07 mar 2013].
24. Ferreira ITRN, Veras MASM, Silva RA. 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** 2009; 25(12): 2683-2694.
25. Lenzi MF, Camillo-Coura L, Gault CE, Val MB. Estudo do dengue em área urbana favelizada do Rio de Janeiro: considerações iniciais. **Cad. saúde pública** 2000; 16(3): 851-856.

Agradecimentos

À Unidade de Saúde da Família do Campo Limpo II, ao NASF, ao Colégio Militar, à Paróquia São José Operário, ao grupo de coleta seletiva e reciclagem e à toda a comunidade do Campo Limpo II.

Endereço para correspondência

Thereza Christina Bahia Coelho
Núcleo de Saúde Coletiva
Prédio do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)
Avenida Transnordestina, s/n, Novo Horizonte
CEP: 44.036-900 - Feira de Santana, Bahia.
E-mail: nusc.uefs@gmail.com.br