

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA**

DIEGO FRANCISCO JANUÁRIO SILVA

**ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DA DENGUE: UMA
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DE CHAPADINHA, PARACATU/MG**

PARACATU - MINAS GERAIS
2015

DIEGO FRANCISCO JANUÁRIO SILVA

**ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DA DENGUE: UMA
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DE CHAPADINHA, PARACATU/MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Estratégia de Saúde da
Família, Universidade Federal de Minas Gerais,
para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Eliana Aparecida Villa

PARACATU - MINAS GERAIS
2015

DIEGO FRANCISCO JANUÁRIO SILVA

**ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DA DENGUE: UMA
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DE CHAPADINHA, PARACATU/MG**

Banca examinadora

Examinador 1: Profa. Eliana Aparecida Villa

Examinador 2: Profa. Rita de Cássia Costa da Silva

Aprovado em Belo Horizonte, em 28 de Dezembro de 2015.

RESUMO

O município de Paracatu, em Abril de 2015, passava por um surto de Dengue, entretanto a comunidade da Chapadinha, que se localiza em um bairro periférico do município apresentava apenas 8 casos notificados até aquela data. A equipe de saúde da família número 15, referência da atenção primária de cerca da metade da população desta comunidade priorizou este problema durante o diagnóstico situacional do planejamento estratégico iniciado em reunião de equipe. Este trabalho se justifica pela alta incidência de casos de Dengue no município de Paracatu/MG, bem como o alto índice de infestação por *Aedes aegypti* (LIRAA). A Dengue é uma doença com complicações potencialmente fatais, em contrapartida, com alto potencial de prevenção da transmissão através do combate ao vetor. O objetivo deste trabalho é propor um projeto de intervenção que visa à prevenção de novos casos de Dengue na comunidade do CSF Chapadinha, no município de Paracatu/MG. Para realizar este trabalho foi elaborado um plano de ação, definido a partir do método de Planejamento Estratégico Situacional. Foram traçados dois projetos para enfrentamento dos nós críticos apontados pelo diagnóstico situacional. O primeiro projeto denominado “Cidade limpa, vida saudável!” tem por objetivo enfrentar o problema da presença de criadouros do mosquito da Dengue em lotes urbanos, com o resultado pretendido de evitar a proliferação do vetor da doença. O segundo projeto, denominado “É hora de combater a Dengue!”, visa enfrentar a desinformação da comunidade acerca da doença, buscando como resultado a correta informação da população sobre prevenção, sinais e sintomas da doença, complicações e tratamento. É possível concluir que intervenções em nível local possuem grande relevância para o controle da proliferação do vetor da Dengue e redução de novos casos da doença. Para tanto, é importante sensibilizar e motivar os diversos atores sociais envolvidos. Faz-se necessário destacar o papel da equipe de saúde da família, que por meio de ações multiprofissionais detém conhecimento e ferramentas, como o planejamento estratégico situacional, para abordar problemas relevantes da comunidade adstrita ao território abrangido.

Palavras-chave: Dengue. Prevenção Primária. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The city of Paracatu, in April 2015, passed by an outbreak of Dengue, though the community Chapadinha, outlying district of the city had only 8 cases reported. The family health team number 15, the reference to primary care of about half the population of this community has prioritized this issue during the situational diagnosis of a strategic planning started in staff meeting. This work is justified by the high incidence of dengue cases in the city of Paracatu / MG, as well as the high rate of infestation by *Aedes aegypti* (LIRAA). It is a disease with life-threatening complications, however, with high potential for preventing transmission by combating the vector. The objective of this paper is to propose an intervention project aimed at preventing new cases of Dengue in the CSF Chapadinha community in Paracatu / MG. To carry out this work was developed a plan of action, defined by the method of Situational Strategic Planning. Two projects were drawn for addressing the critical nodes identified by the situational diagnosis. The first project called "Clean City, Healthy Life" aims to address the problem of the presence of Dengue mosquito breeding sites in urban lots, with the desired result of preventing the spread the disease's vector. The second project, called "It's time to fight Dengue", aims to address the misinformation in the community about the disease, seeking as a result the correct informing the general public about prevention, signs and symptoms, complications and treatment. It was concluded that interventions at the local level have great importance for the control of Dengue vector proliferation and reducing new cases of the disease. Therefore, it is important to raise awareness and motivate the various social actors involved. It is necessary to highlight the role of the family health team, which through multidisciplinary actions has knowledge and tools, such as situational strategic planning to address relevant issues of the enrolled community to the covered territory.

Key-words: Dengue; Primary Prevention; Primary Health Care.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
O Sistema Único de Saúde e a Estratégia de Saúde da Família.....	7
Município de Paracatu.....	9
Comunidade da Chapadinha.....	11
A unidade de saúde da equipe 15.....	13
A Dengue como um problema comunitário.....	16
2. JUSTIFICATIVA.....	19
3. OBJETIVO.....	20
4. METODOLOGIA.....	21
5. REVISÃO DA LITERATURA.....	24
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	29
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS.....	40

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde e a Estratégia de Saúde da Família

A Constituição Federal de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) como um sistema calcado nos princípios da universalidade, integralidade, descentralização e participação da comunidade. Sua origem se dá na reforma sanitária, um movimento social brasileiro, com o objetivo da criação de um sistema de saúde universal (GUSSO; LOPES, 2012).

O sistema de saúde brasileiro foi organizado a partir de então, por meio de experiências locais de diversas regiões do país, no sentido de uma atenção primária à saúde (GUSSO; LOPES, 2012). A base fundamental da Atenção Primária à Saúde (APS) foi a criação em 1994 do Programa de Saúde da Família (PSF), o qual surgiu em conjuntura política favorável e sob influência de experiências em andamento no País, como por exemplo, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (GUSSO; LOPES, 2012).

A APS recebe o suporte e integra a Rede de Atenção à Saúde (RAS), que é o arranjo organizativo formado pelo conjunto de serviços e equipamentos de saúde, em um determinado território geográfico. A APS é a principal porta de entrada e de comunicação entre os diversos pontos da RAS (BRASIL, 2011).

A APS consiste na principal porta de entrada do sistema de saúde, por meio do acolhimento e da resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população (BRASIL, 2011). As ações desenvolvidas em nível de Atenção Primária à Saúde possuem alto nível de complexidade. Isto implica na responsabilidade da APS em relação ao atendimento das necessidades de saúde da população e influência sobre os determinantes e condicionantes de saúde da comunidade (BRASIL, 2012).

Em 2006, foi publicada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), após a formulação do Pacto pela Saúde em nível federal, estadual e municipal. O PNAB consolidou a Saúde da Família como uma estratégia nacional e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS, que ocasionou a mudança do nome Programa Saúde da Família (PSF) para Estratégia Saúde da Família (ESF) (GUSSO; LOPES, 2012).

O eixo central da ESF é a definição de território adstrito. Com base no território adstrito, gestores, profissionais e usuários podem reorganizar o processo de trabalho para a promoção, prevenção e atenção à saúde, que ocorre a criação de vínculo entre população e a equipe de profissionais de saúde, sendo que estes passam a ser a referência para o cuidado da saúde (BRASIL, 2012). Ao se estabelecer vínculo entre a população e a equipe de saúde da família, a ESF garante a continuidade e a resolutividade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2011).

Ao considerar a territorialização da ESF, cada equipe deve ser responsável por, no máximo, 4 mil pessoas, sendo a média recomendada de 3 mil pessoas ou menos quanto maior o grau de vulnerabilidade da população adstrita (BRASIL, 2011). A equipe de saúde da família é formada por, no mínimo, um médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal (BRASIL, 2011).

Para o Ministério da Saúde através da portaria n. 2488 de 2011, as atribuições comuns a todos os profissionais da equipe da APS são: participar do processo de territorialização, identificando situações de risco e vulnerabilidade, realizando busca ativa e notificando doenças e agravos de notificação compulsória; cadastrar famílias e indivíduos, garantindo a qualidade dos dados coletados e a fidedignidade do diagnóstico de saúde

do grupo populacional da área adstrita de maneira interdisciplinar, com reuniões sistemáticas, organizadas de forma compartilhada, para planejamento e avaliação das ações (BRASIL, 2011).

Para tanto, a ESF exige da equipe de saúde um trabalho colaborativo e conjunto, envolvendo todos os membros da equipe, para que estratégias sejam estabelecidas com a finalidade de criar múltiplas respostas para o enfrentamento da produção saúde-doença (BRASIL, 2012).

Município de Paracatu

Paracatu é uma cidade com população estimada de 84.718 (BRASIL, 2010) com crescimento populacional impulsionado pelo êxodo rural das últimas duas décadas e, também, por migração de populações das regiões vizinhas.

Imagem 1 - Localização geográfica, Paracatu (MG)



Fonte: GOOGLE EARTH-MAPAS, 2015.

O município possui a maior mina de ouro a céu aberto do mundo. A descoberta do ouro e início da extração data de 1744, entretanto desde a década de 80, há extração por método industrial no município, com a presença de empresas multinacionais como a Kinross (PARACATU, 2015). A Kinross é responsável pela produção anual de 17 toneladas de ouro por ano. Esta empresa representa um importante empreendimento industrial da região, que responde por cerca de 22% dos postos de trabalho formais

A atividade econômica é baseada na agricultura, indústria e serviços. Porém, o crescimento populacional não foi acompanhado de desenvolvimento econômico, social e de infraestrutura, que apresenta indicadores de desigualdade social (BRASIL, 2010).

Paracatu possui 28 estabelecimentos de saúde municipais e 15 privados. O Hospital Municipal de Paracatu é o centro de referência municipal para atendimento terciário em saúde. O município, em sua rede de Atenção Primária à Saúde conta com 15 Equipes de Saúde da Família, que corresponde a apenas 56% de cobertura da população do município (PARACATU, 2014).

Conforme destacado anteriormente, nota-se que Paracatu sofreu um aumento populacional nos últimos anos, devido à migração de populações atraídas pelo processo de industrialização do município. Entretanto, apresenta alto nível de desigualdade social, pirâmide etária jovem e baixa cobertura da população pelo sistema de saúde local, o que demonstra a sobrecarga sobre os serviços públicos que não acompanham a crescente demanda, que se traduz em baixa qualidade de vida para sua população.

Comunidade da Chapadinha

A Chapadinha é uma comunidade com cerca de 7.500 habitantes e está localizada na periferia de Paracatu. Foi formada a partir da construção de casas populares para abrigarem famílias carentes de outras comunidades do município às margens do Córrego Rico, onde as primeiras expedições de europeus, ainda no século XVIII, encontraram, pela primeira vez ouro em abundância (PARACATU, 2015). Atualmente este mesmo local é um bolsão de pobreza.

A estrutura de saneamento básico é boa, a coleta de lixo cobre 100% da comunidade e a rede de abastecimento de água e esgoto está presente em 99% das moradias (BRASIL, 2010). A população local vive do trabalho ofertado pela construção civil, comércio, empresas prestadoras

de serviços e da agropecuária. Existe também uma Casa de Reabilitação em Álcool e Drogas, mantida pela igreja protestante local.

Na comunidade da Chapadinha, as principais causas de óbito no ano de 2014 foram o homicídio e eventos agudos de doenças cardiovasculares (Infarto Agudo do Miocárdio e Parada Cardiorespiratória de causa desconhecida). Ainda, a faixa etária com o segundo maior índice de mortalidade é constituída de 15 a 49 anos, ou seja, adultos jovens. O quadro abaixo resume a mortalidade por faixa etária no ano de 2014 na comunidade da Chapadinha (PARACATU, 2014).

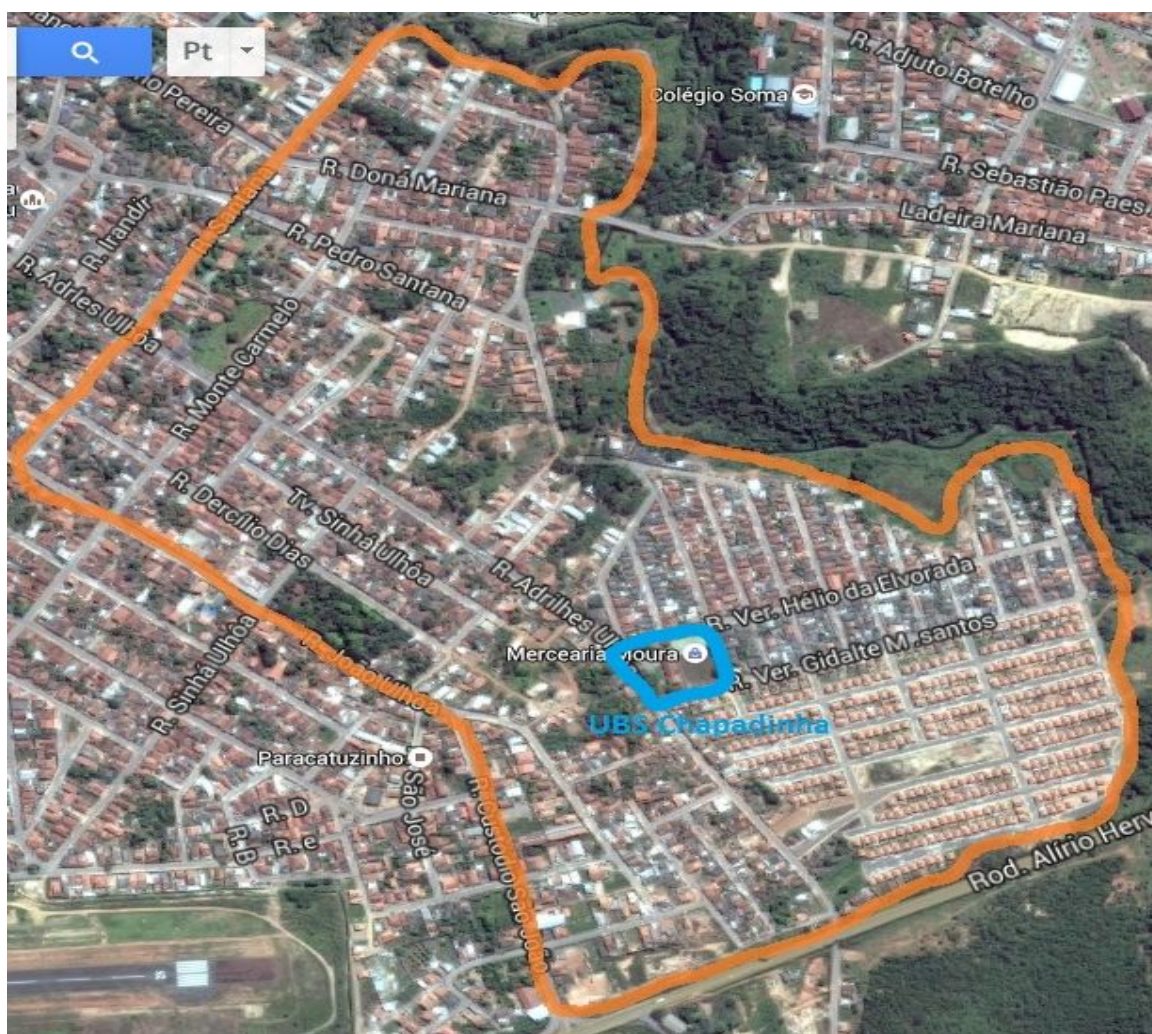
Quadro 2 - Mortalidade por faixa etária, Comunidade de Chapadinha, Paracatu (MG), 2014

Faixa etária	Número de Mortes
< 1 ano	1
1 a 4 anos	0
5 a 14 anos	0
15 a 49 anos	9
50 a 59 anos	2
Maiores de 60 anos	13
Total	25

Fonte: Paracatu, 2014.

Estes dados traduzem a realidade vivida na comunidade da Chapadinha, onde a violência urbana constitui grande problema social, com impacto significativo na qualidade de vida da população.

Imagem 3 - Área de abrangência do Centro de Saúde da Família da Chapadinha



Fonte: GOOGLE EARTH-MAPAS, 2015.

A unidade de saúde da equipe 15

A equipe 15, segunda equipe de saúde da família criada no Centro de Saúde da Família (CSF) da Chapadinha, em 6 de Abril de 2015, atua no mesmo espaço de trabalho da equipe 2, a primeira equipe criada no CSF. A equipe 15 dedica seu tempo ao atendimento à população adstrita em sua área de abrangência em ações de livre demanda e programadas. Dentre as ações de livre demanda destacam-se o acolhimento, agendamento de consultas, curativos e imunização.

As ações programadas compreendem as consultas agendadas e de agudos, cuidados continuados, pré-natal, puericultura, consulta puerperal, visitas domiciliares e coletas de materiais para citologia do colo uterino. Uma vez por semana, são realizadas reuniões de equipe. E uma parte muito pequena do tempo é destinada ao planejamento de ações estratégicas, como a realização de diagnósticos situacionais e a definição de planos de ações.

A agenda médica está sempre cheia, como por exemplo, no mês de Agosto de 2015, somente a equipe 15 foi responsável por 519 consultas médicas, média de 30 pacientes por dia disponível de agenda médica (BRASIL, 2015).

A equipe 15 é composta por um médico clínico geral, uma enfermeira, cinco agentes comunitárias de saúde (ACS) e uma técnica de enfermagem. A unidade conta com apenas um auxiliar administrativo, que realiza as atividades para as duas equipes que estão instaladas na mesma área física.

A unidade de saúde que abriga a Equipe 15, chamada de Centro de Saúde da Família da Chapadinha, funciona em uma construção recentemente reinaugurada, com espaço físico amplo, que contém 8 consultórios médicos, 2 consultórios de enfermagem, 2 consultórios de odontologia, sala de vacinação, sala de cuidados básicos, sala de reunião, sala de triagem, sala de curativos, sala de reunião das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), expurgo, mini-biblioteca, almoxarifado, depósito de material de limpeza (DML), 4 banheiros para pacientes, 2 banheiros para funcionários, recepção ampla com espaço para 30 cadeiras e copa.

Imagem 4 - Sede do CSF Chapadinha



Fonte: GOOGLE EARTH-MAPAS, 2015.

A unidade de saúde da Chapadinha possui população adstrita de aproximadamente 7500 pessoas, sendo que a equipe 15 é a referência para 3764 usuários da comunidade.

Atualmente são acompanhadas 31 gestantes, 157 menores de 2 anos, 80 menores de 1 ano, 30 menores de 6 meses, 234 hipertensos e 68 diabéticos (BRASIL, 2015). No mês de Setembro de 2015 todas as gestantes da área de abrangência da unidade de saúde da Chapadinha foram acompanhadas por meio de visitas domiciliares (BRASIL, 2015). Além disso, possuíamos 69 crianças menores de 1 ano (86%) com vacinas em dia, 24 crianças menores de 6 meses (80%) em aleitamento materno exclusivo (BRASIL, 2015).

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) conduzida em 2013 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a prevalência de hipertensão arterial na população brasileira é de 21,4% e a de diabetes é de 6,2% (BRASIL, 2013). Desta forma, observa-se que a população adstrita à equipe 15 da CSF Chapadinha, apresenta número inferior de

diagnósticos de hipertensão e diabetes, conforme o esperado pela média nacional, com prevalência de 6,2% de hipertensão arterial e 1,8% de diabetes. Estes dados demonstram baixa qualidade no serviço de saúde prestado à população desta comunidade. Porém, o CSF Chapadinha passa atualmente por uma mudança estrutural, com a criação da equipe 15 em Abril de 2015, e a adesão paulatina de novos profissionais de saúde.

A Dengue como um problema comunitário

A Dengue é uma doença infecciosa autolimitada de caráter benigno, na maioria dos casos, porém com potencial para complicações gravemente fatais, como a Dengue Hemorrágica. A primeira manifestação da Dengue é a febre, geralmente alta (39°C a 40°C), de início abrupto, associada à cefaleia, adinamia, mialgias, artralguas, dor retro-orbitária, com presença ou não de exantema e/ou prurido. Anorexia, náuseas, vômitos e diarreia também podem estar presentes. As manifestações hemorrágicas podem ocorrer na Dengue Clássica e na Dengue Hemorrágica. Alguns pacientes podem evoluir para formas graves da doença e passam a apresentar sinais de alarme da Dengue, principalmente quando a febre cede, precedendo manifestações hemorrágicas mais graves (BRASIL, 2010).

O agente etiológico é o vírus da Dengue (RNA). Arbovírus do gênero *Flavivirus*, pertencente à família *Flaviviridae*, com quatro sorotipos conhecidos: DENV1, DENV2, DENV3 e DENV4 (BRASIL, 2010). O vetor hospedeiro é o mosquito do gênero *Aedes*, sendo o *Aedes aegypti*, a espécie responsável pela transmissão no Brasil. O modo de transmissão é homem \rightleftharpoons mosquito \rightleftharpoons homem (BRASIL, 2010).

Em Abril de 2015, Paracatu passava por um surto de Dengue, na ocasião a equipe 15, em reunião, levantou a preocupação quanto à necessidade de prevenção de novos casos no município.

Conforme o levantamento de índice rápido do *Aedes aegypti* (LIRAA) do período de Janeiro a Fevereiro de 2015, Paracatu encontrava-se com o resultado 5,9%, com 41 casos notificados até aquela data e incidência de 45,41 casos por 100 mil habitantes. Resultados do LIRAA superiores a quatro são classificados como municípios com risco para epidemias de Dengue. Naquela época, Paracatu ocupava a 9ª posição no ranking do estado de Minas Gerais (BRASIL, 2015a; BRASIL, 2015b). Em Março, houve um salto do LIRAA para 10,9% e 540 casos notificados da doença, ou seja 598 casos por 100 mil habitantes, resultado acima da média da região sudeste, que para o mesmo período foi de 575,3 casos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2015a; BRASIL, 2015b; PARACATU, 2015). Dados alarmantes como estes, preocupavam a todos, como as autoridades públicas, profissionais de saúde e população.

Todavia, em Abril de 2015 a comunidade da Chapadinha apresentava apenas 8 casos notificados da doença (PARACATU, 2015). O baixo número de casos notificados foi avaliado pela equipe 15 e concluído com duas interpretações possíveis: A primeira e, menos provável, seria de que a Comunidade da Chapadinha, ao contrário de toda a cidade, apresentava poucos casos de Dengue. A segunda análise e, mais provável, seria da baixa procura de pacientes com sintomas de Dengue à Unidade de Saúde. Desta forma, estes pacientes ficam sem diagnóstico e não recebem tratamento ou aconselhamento necessário, permanecendo vulneráveis às complicações potencialmente fatais da doença, que influenciam no aumento dos índices de mortalidade.

Para a prevenção da Dengue também é importante o combate ao vetor da doença, entretanto existem obstáculos a serem enfrentados, são eles:

1. Lixo despejado e acumulado em áreas urbanas.
2. Alto índice de infestação por *Aedes aegypti* no município, comprovado pelo índice LIRAA.

3. Desinformação da população quanto à prevenção da doença e reconhecimento da doença.

Os recursos disponíveis para o enfrentamento destes problemas são os recursos humanos, como os agentes de endemias, os agentes comunitários de saúde, voluntários das comunidades; os meios de comunicação, como rádios locais, entre outros. O envolvimento da comunidade no combate à Dengue, com certeza, é o principal recurso a ser utilizado, tendo em vista que estudos apontam que cerca de 90% dos criadouros do *Aedes aegypti* estão no interior das casas. (SILVA, 2011).

Portanto, estava claro para a equipe 15 do CSF Chapadinha que um projeto de intervenção na comunidade seria imprescindível para elaborar novas estratégias com a finalidade de evitar novos casos da doença e contribuir prioritariamente para a prevenção primária à Dengue.

2. JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela alta incidência de casos de Dengue no município de Paracatu/MG, bem como o alto índice de infestação por *Aedes aegypti* (LIRAA). Sendo uma doença com complicações potencialmente fatais, em contrapartida, com alto potencial de prevenção da transmissão através do combate ao vetor.

3. OBJETIVO

Propor um projeto de intervenção que visa à prevenção de novos casos de Dengue na comunidade do CSF Chapadinha, no município de Paracatu/MG.

4. METODOLOGIA

Para realizar este trabalho foi elaborado um plano de ação, definido a partir do método de Planejamento Estratégico Situacional (PES). O PES reside no conceito de planejar, descrito por Carlos Matus como preparar-se para a ação; no conceito de estratégia que se refere ao raciocínio estratégico para que os conflitos sejam previstos e os objetivos estabelecidos sejam alcançados; no conceito de situação, que expressa a condição a partir da qual os indivíduos ou grupos interpretam e explicam uma realidade (MATUS 1989; 1993 apud CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

O PES possui quatro etapas, também chamados “momentos”, para sua realização. A primeira consiste no “Momento Explicativo”, onde se busca conhecer a situação atual, que procura identificar, priorizar e analisar seus problemas; no “Momento Normativo”, são formuladas soluções ou propostas de soluções para enfrentar os problemas identificados; no “Momento Estratégico”, se formulam estratégias para se alcançar os objetivos traçados; e, por fim, no “Momento Tático-Operacional”, se executa, gerencia e avalia o plano (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

Iniciou-se o diagnóstico situacional em saúde como primeiro passo, onde o método da estimativa rápida foi utilizado. Durante a estimativa rápida, foram levantados dados em sistemas de informação em saúde como no Sistema de Informação da Atenção Básica, nos sites do Departamento de Atenção Básica (DAB e-SUS), Ministério da Saúde, Vigilância Sanitária, dados da própria secretaria de saúde do município e da unidade de saúde, bem como outros sistemas de informação, como o IBGE, por exemplo. Ainda, foi realizada observação ativa da área abrangida pela equipe de saúde. Desta forma, foi possível conhecer melhor o perfil da população, mesmo que de maneira superficial, e a despeito foi possível identificar seus problemas e prioridades.

Todos os passos do planejamento estratégico foram realizados com participação da equipe multidisciplinar, durante reuniões semanais, quando se traçavam novos objetivos e cronogramas. Assim, depois de obtidas as informações necessárias delinear-se os seguintes problemas a serem enfrentados: alto índice de criminalidade; subdiagnósticos de hipertensão e diabetes; surto de Dengue no município e subnotificação da doença na comunidade.

A partir da obtenção de nossa lista de problemas comunitários com necessidade de intervenção, iniciou-se a seleção do problema a ser enfrentado pela equipe de saúde. Para isso, considerou-se a importância do problema, sua urgência e a capacidade de enfrentamento pela equipe, conforme o PES proposto por Campos, Faria, Santos (2010).

Segue abaixo a classificação dos problemas realizada pela equipe 15, de acordo com o proposto por Campos, Faria, Santos (2010).

Quadro 3 - Priorização dos problemas na área de abrangência

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
Surto de Dengue	Alta	Muito Alta	Parcial	1
Subdiagnóstico de HAS e DM	Alta	Alta	Parcial	2
Alto índice de criminalidade	Alta	Muito Alta	Pequena	3

Fonte: Elaborado pelo autor

Desta forma, o problema “Surto de Dengue” foi escolhido pela ordem de prioridades, pela equipe 15, e como objetivo do projeto de intervenção foi proposto a prevenção primária de novos casos da doença.

Posteriormente, obtiveram-se as possíveis causas do problema escolhido, que foram denominados como “Nós Críticos”, conforme cunhado por Campos, Faria, Santos (2010) e que serão descritos mais adiante, na proposta de intervenção. Com os nós críticos evidenciados, iniciamos o planejamento das ações de intervenção, que foram chamadas de “Operações”, de acordo com as orientações dos mesmos autores.

Além disso, realizou-se uma pesquisa bibliográfica na base de dados do Portal de Periódicos do CAPES pelos descritores em saúde: “Dengue”, “Atenção Primária à Saúde”, “Prevenção Primária” (BRASIL, 2015). Estas informações compuseram o referencial teórico.

5. REVISÃO DA LITERATURA

A Dengue é uma doença febril aguda, hemorrágica, responsável pela morte de milhões de pessoas em países em desenvolvimento. É causada por um arbovírus transmitido por mosquitos do gênero *Aedes*, predominantemente em regiões tropicais, sendo o *Aedes aegypti* o principal vetor (GUSSO; LOPES, 2012).

O diagnóstico de Dengue sempre é pensado no paciente que apresenta doença febril aguda com duração de até sete dias, acompanhada de pelo menos dois dos sintomas a seguir: cefaleia, dor retroorbital, mialgia, artralgia, cansaço, exantema associado ou não à presença de hemorragias. Sendo fundamental, no entanto, a presença nos últimos 15 dias em área epidemiologicamente positiva para a doença (GUSSO; LOPES, 2012).

A duração da febre deve ser avaliada, tendo em vista o agravamento da doença e surgimento de suas complicações ocorrerem na defervescência da febre. Os sinais de alerta para o surgimento de complicações são: dor abdominal intensa e contínua, vômitos persistentes, hipotensão postural, hipotensão arterial, pressão arterial convergente, hepatomegalia dolorosa, hemorragias importantes, sinais de choque hipovolêmico, agitação ou letargia, diminuição da diurese, aumento repentino do hematócrito, diminuição repentina da temperatura ou hipotermia (GUSSO; LOPES, 2012).

A transmissão da doença se dá por meio da picada do vetor, a fêmea do mosquito *Aedes aegypti*, que se infecta por um dos quatro sorotipos do vírus da dengue, DEN-1, DEN-2, DEN-3 ou DEN-4, após contato com sangue contaminado de um ser humano. Desta forma, não existe transmissão direta entre humanos (BRASIL, 2010; GUSSO; LOPES, 2012; MOURA, 2014).

Para fechar o diagnóstico de Dengue utilizamos os dados clínicos, epidemiológicos e os reforçamos com os exames complementares. Dentre os exames complementares específicos, do início da doença até o 5º dia, pode ser solicitado o isolamento viral pelos métodos de PCR ou NS1. Após o 7º dia, a sorologia pelo método ELISA é a mais indicada. Além destes exames, o hemograma, coagulograma, provas de função hepática, albumina sérica e exames de imagem podem ser necessários para acompanhar a evolução da doença e suas possíveis complicações. Casos suspeitos ou confirmados da doença são de notificação compulsória (BRASIL, 2010; GUSSO; LOPES, 2012).

O tratamento é baseado no estadiamento do paciente conforme os critérios do Ministério da Saúde, mas de uma maneira geral se resume no tratamento sintomático com analgésicos e antipiréticos, acompanhado inevitavelmente da hidratação oral ou parenteral dependendo do estadiamento e quadro clínico do paciente. Não existe tratamento específico (BRASIL, 2010; GUSSO; LOPES, 2012).

As manifestações graves da doença manifestam-se com sinais de disfunção orgânica, nos sistemas cardiovascular, respiratório, hematológico, sistema nervoso central e renal, além de insuficiência hepática. O paciente apresenta instabilidade hemodinâmica, hipotensão arterial e choque (BRASIL, 2010; GUSSO; LOPES, 2012). A letalidade de Dengue hemorrágica no Brasil já chegou a 11,25%, quando o aceitável internacionalmente deve ser menor que 1%. Isto se deve a falha na triagem dos pacientes graves ou com sinais de alarme (GUSSO; LOPES, 2012).

Gusso e Lopes (2012), consideram algumas atividades preventivas e de educação, sendo elas o controle do *Aedes aegypti*, reduzir a letalidade com melhora diagnóstica e terapêutica e, ainda, o surgimento das vacinas para as quais existem estudos em andamento. Para o Ministério da Saúde as medidas de controle se restringem ao controle do vetor através de

ações contínuas para eliminação de criadouros, associadas à educação em saúde e mobilização social (BRASIL, 2010).

Para Moura (2014), na atenção primária à saúde, a equipe de saúde da família deverá participar das ações de prevenção e controle do vetor da doença, agindo nas atividades de educação em saúde da comunidade e apoiando as ações dos agentes de controle vetorial. Além disso, a equipe de saúde tem por função a notificação dos casos suspeitos e confirmados, busca ativa de pacientes com quadro compatível da doença, abordagem clínica, orientações sobre hidratação e sinais de alarme, e por fim, apoio a divulgação dos dados epidemiológicos. Não obstante, as orientações de manejo ambiental, visando sensibilizar a comunidade para a eliminação de focos do mosquito também é de responsabilidade da equipe (MOURA, 2014).

A mobilização social é de responsabilidade das três esferas de gestão, que necessita do apoio de entidades governamentais das áreas de educação e limpeza urbana, empresas e sociedade civil, e deve ser fundamentada na produção de informações confiáveis sobre a dengue. Para isso, a utilização de meios de comunicação de massa e distribuição de material socioeducativo podem ser utilizados a fim de corresponsabilizar a população no controle da doença (MOURA, 2014).

Para o período não epidêmico, Moura (2014), sugere o direcionamento das informações para a divulgação de medidas preventivas, como eliminar criadouros do mosquito da dengue, informar sobre os principais sintomas da doença e sinais de alarme para evitar casos graves e óbitos, alertar sobre os perigos da automedicação, orientar a população para procurar a unidade básica de saúde nos primeiros sintomas da doença para o correto diagnóstico e orientações de hidratação.

No estudo de Cazola, Tamaki e Pontes (2014) foram caracterizadas as diferenças no processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde

(ACS) em dois municípios de Mato Grosso do Sul. No município de Rio Verde, existe o compartilhamento da mesma base geográfica de controle da dengue por dois agentes, o Agente de Controle de Endemias (ACE) e o Agente Comunitário de Saúde (ACS). Enquanto, no município de São Gabriel do Oeste, a figura do ACE foi extinta e sua função incorporada pelo ACS. Ambos os municípios apresentam população de mesmo porte, aproximadamente 20 mil habitantes, e cobertura de 100% da população pela Estratégia de Saúde da Família. A incorporação da prevenção e do controle da dengue nas funções do ACS parte da determinação da portaria n. 44/GM, que define as atribuições do ACS neste âmbito. Desta forma, a conclusão dos autores foi de que a incorporação das ações do Programa de Controle da Dengue à Estratégia de Saúde da Família, com apenas um agente mostrou-se viável em São Gabriel do Oeste, tendo em vista o ACS nesse município ter apresentado maior nível de capacitação no programa, maior vínculo com a comunidade, maior monitoramento e planejamento das estratégias de intervenção, desde que observado as devidas adequações pra evitar sobrecarga de trabalho e melhor remuneração, já que assumem maior número de atividades na rotina de trabalho.

Silva *et al* (2011), em um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, em que foi avaliado como se estabelece a comunicação sazonal nos grupos socioeducativos das equipes de saúde da família para prevenção e controle da dengue, concluíram que nas equipes de saúde analisadas as ações de prevenção e controle da dengue eram abordadas em épocas de surto, com prática comunicativa através do repasse de informações pelo coordenador do grupo, com discurso comportamentalista e prescritivo. Por fim, recomendaram práticas comunicativas pautadas no diálogo, para que situações emergentes no grupo fossem problematizadas e discutidas com os participantes e com toda a equipe de saúde.

Em um estudo de intervenção conduzido por Soneghet, Alvarenga e Garcia (2011), constataram que melhores resultados na prevenção de novos casos de dengue são obtidos quando há motivação dos técnicos e

gestores envolvidos, além de criação de vínculo dos agentes de controle vetorial com a população.

Conclui-se, portanto, que a mobilização da comunidade para combate ao vetor, a educação em saúde para evitar complicações da doença e a capacitação do agente comunitário de saúde, são fundamentais na prevenção de novos casos de dengue.

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A proposta de intervenção está baseada no plano de ação elaborado por meio do método de Planejamento Estratégico Situacional proposto por Campos, Faria, Santos (2010). Ela consiste nas soluções e estratégias elaboradas pela equipe 15 para enfrentar o problema escolhido, tendo como objetivo central a prevenção primária de novos casos de Dengue na comunidade da Chapadinha. Para Campos, Faria, Santos (2010), os recursos são classificados em quatro tipos: econômicos; organizacionais (como recursos humanos, estrutura física, equipamentos); cognitivos (conhecimentos disponíveis e acumulados); por último, recursos de poder (ou recursos políticos).

Sendo assim, iniciou-se pelo “Desenho das Operações”, onde as causas do problema foram identificadas, denominando-as “Nós Críticos”. Apontou-se também, os resultados e produtos esperados para cada “Operação”. A “Operação”, como já dito, consiste no conjunto de ações para a execução do plano de ação, e necessita ainda da distinção dos recursos que serão necessários para a aplicação do plano (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

Ao final, foi criada uma planilha que contém o resumo das operações, para facilitar o monitoramento das ações. Abaixo segue a planilha criada pela equipe 15.

Quadro 4 - Desenho das operações para evitar novos casos de Dengue na comunidade da Chapadinha

Nós críticos	Operação	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Lixo jogado em terrenos urbanos	Cidade limpa, vida saudável!	Evitar proliferação do vetor da dengue	Treinamento dos ACS para informação e vistoria do domicílio durante visita domiciliar	Cognitivo: informar a comunidade sobre a doença, e as medidas adequadas para combatê-la. Capacitação dos agentes comunitários de saúde sobre

			<p>Palestra da Enfermeira no CSF Chapadinha</p> <p>Sensibilização da comunidade para participação de mutirão de limpeza</p> <p>Sensibilização dos legisladores da Câmara Municipal a fim de uma formalização das responsabilidades dos proprietários e as possíveis penalidades pelo acúmulo de lixo em quintais, terrenos baldios ou abandonados.</p>	<p>informação e prevenção da doença.</p> <p>Político: articulação com a administração pública (SMS e Câmara Municipal).</p> <p>Organizacional: mobilização social em torno à realização de mutirões de limpeza na comunidade.</p>
Comunidade desinformada sobre a doença	É hora de combater a Dengue!	Maior informação sobre a doença	<p>Treinamento dos ACS para palestras na sala de espera do CSF Chapadinha</p> <p>Palestra do Médico do CSF Chapadinha</p> <p>Distribuição de material informativo pelos ACS</p>	<p>Cognitivo: Informação para a comunidade sobre a doença, e as medidas adequadas para combatê-la.</p> <p>Capacitação dos agentes comunitários de saúde sobre a informação e prevenção da doença.</p> <p>Financeiro: aquisição de recursos impressos, folhetos educativos, elaboração de material de divulgação para prevenção e controle da Dengue.</p>

Fonte: Elaborado pelo autor.

Conforme demonstrado através do quadro 4 a equipe 15 definiu dois nós críticos para serem solucionados através dos planos de ação. O primeiro é o lixo jogado em terrenos urbanos, por ser a principal causa de procriação e aumento do vetor da doença, o mosquito *Aedes aegypti*. O segundo, a desinformação da comunidade acerca da doença e suas formas de prevenção. Este nó crítico foi observado durante a estimativa

rápida, que apesar do surto de Dengue no município, apenas 8 casos da doença haviam sido notificados na comunidade da Chapadinha (PARACATU, 2015).

Foram escolhidos nomes para as operações de enfrentamento dos nós críticos, sendo a primeira denominada “Cidade limpa, vida saudável” com a finalidade de se combater a proliferação do vetor e a segunda “É hora de combater a Dengue”, tendo como resultado esperado a maior informação da população a respeito da doença e da sua prevenção.

Na operação “Cidade limpa, vida saudável!”, foi determinado um dia de treinamento para os agentes comunitários de saúde (ACS) junto com o médico e a enfermeira da equipe, para que fossem capacitados na informação correta e vistoria dos domicílios durante as visitas nos lares da comunidade da Chapadinha. Ainda dentro deste projeto, uma palestra sob responsabilidade da enfermeira foi planejada, para proferir sobre as formas de prevenção da doença por meio de combate ao vetor e uso de telas, repelentes e mosquiteiros. Organizou-se, também, a convocação da comunidade para um mutirão de limpeza do bairro, com a finalidade de causar publicidade dos projetos, além de consistir em uma ação educativa da população.

Por fim, ainda no projeto “Cidade limpa, vida saudável!”, foi planejada uma apresentação de requerimento de normatização legislativa na Câmara Municipal, com a finalidade de constituir lei municipal que promova fiscalização e punição dos proprietários de lotes urbanos sujos, sem a devida proteção física (muros) para evitar o depósito de lixo. A partir das ações do projeto “Cidade limpa, vida saudável!” a equipe de saúde n. 15 espera conseguir reduzir a propagação do vetor da doença, o mosquito *Aedes aegypti*.

E para a operação “É hora de combater a Dengue!” ficou determinado que os ACS fossem responsáveis por palestras sobre a prevenção e combate à Dengue, além da informação sobre sinais e

sintomas da doença, a necessidade de procura por consulta médica para o correto diagnóstico e tratamento, a ser realizado na sala de espera do CSF Chapadinha. Além disso, uma palestra sob responsabilidade do médico ficou definida para abordar os sinais e sintomas da doença, bem como os sinais de alarme para as formas graves, o perigo da automedicação, a necessidade de avaliação médica para correto diagnóstico, tratamento e notificação da doença. Enfim, foi planejada a solicitação de material impresso informativo junto à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para servir de insumo para as visitas domiciliares dos ACS.

Por meio das ações propostas no projeto “É hora de combater a Dengue!”, a expectativa da equipe de saúde da CSF Chapadinha é de que sejam alcançados bons níveis de informação à comunidade acerca da Dengue, para que sejam reduzidos novos casos de infecção e os números de complicações fatais da doença.

Na sequência, buscaram-se os “Recursos Críticos”. Os recursos críticos são aqueles recursos indispensáveis à operação e que não estão disponíveis no momento, sendo necessário reconhecê-los para serem adquiridos (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010). Para isso, identificamos cada recurso crítico para cada operação.

Na operação “Cidade limpa, vida saudável!”, avaliaram-se três recursos, sendo eles: a necessidade de informação à comunidade e aos agentes comunitários de saúde, informações sobre a doença e as medidas adequadas de combater o vetor; mobilização da comunidade por meio da Associação de Bairro para participação conjunta em mutirão de limpeza urbana; articulação com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Câmara Municipal, a fim de viabilizar legislações municipais no sentido de higienização urbana.

Para a operação “É hora de combater a Dengue!”, foram identificados dois recursos críticos, sendo eles: a necessidade de informação à comunidade sobre a doença, medidas de combate ao vetor e

prevenção de transmissões; aquisição de recursos materiais impressos para divulgação da campanha.

Abaixo segue quadro com resumo dos recursos críticos identificados pela equipe 15.

Quadro 5 - Recursos críticos para evitar novos casos de Dengue na comunidade da Chapadinha.

Operação	Recurso crítico
Cidade limpa, vida saudável!	Cognitivo: informação sobre a doença, e as medidas adequadas para combatê-la, tanto à comunidade como aos ACSs. Organizacional: mobilização social em torno da realização de mutirões. Político: articulação com a SMS e Câmara Municipal.
É hora de combater a Dengue!	Cognitivo: Informação sobre a doença, e as medidas adequadas para combatê-la. Financeiro: aquisição de recursos impressos, folhetos educativos, elaboração de material de divulgação para prevenção e controle da Dengue.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Análise da viabilidade dos planos

A análise da viabilidade dos planos definiu os demais atores envolvidos no projeto de intervenção, bem como sua motivação em relação às operações traçadas pela equipe. Sendo assim, definiu-se que para o projeto “Cidade limpa, vida saudável!”, os atores que controlam os recursos críticos são: A Associação de Bairro e a Câmara Municipal. A associação de bairro detém recurso crítico da mobilização social e a Câmara Municipal detém o recurso político ou de poder.

As ações estratégicas para motivar os atores envolvidos no projeto “Cidade limpa, vida saudável!” são as seguintes: apresentar o projeto para a Câmara Municipal e reunir com representantes da Associação de Bairro e apresentar o projeto. Desta forma, a equipe 15 espera conseguir o apoio da Associação de Bairro para convocação da população para participação

de mutirão de limpeza urbana e apoio da Câmara Municipal em nível legislativo para reduzir os criadouros do mosquito vetor da Dengue.

Na operação “É hora de combater a Dengue!”, foi definido como ator envolvido neste projeto a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), por deter o recurso crítico financeiro para aquisição de impressos e elaboração de material de divulgação das campanhas. Para motivar a SMS em prol do projeto, a ação estratégica definida foi a apresentação desta segunda operação para a coordenação da atenção primária e secretária de saúde. Assim, a expectativa está na conquista de insumos impressos para a campanha comunitária.

A motivação favorável, segundo Campos, Faria e Santos (2010), diz respeito à disposição do ator que controla determinado recurso crítico em transferir o controle do recurso para o ator que está planejando. Enquanto que, quando não se sabe se o ator que controla o recurso crítico apoia a execução do plano operativo, a motivação é denominada indiferente (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

O quadro abaixo resume a análise de viabilidade dos planos.

Quadro 6 - Análise da viabilidade dos planos

Operações/ Projetos	Recursos Críticos	Controle dos Recursos Críticos		Ação Estratégica
		Ator que Controla	Motivação	
Cidade limpa, vida saudável!	Cognitivo: informação sobre a doença, e as medidas adequadas para combatê-la. Organizacional: mobilização social em torno da realização de mutirões. Político: articulação com a SMS e Câmara Municipal.	Associações de Bairros	Favoráveis	Apresentar o projeto para a Secretaria Municipal de Saúde, Câmara Municipal e empresa de limpeza urbana Divulgação do projeto para a Associação de Bairro
		Câmara Municipal	Indiferente	
É hora de combater a Dengue!	Cognitivo: Informação sobre a doença, e as medidas adequadas para combatê-la.	Secretaria Municipal de Saúde.	Indiferente	Apresentar o projeto para a Secretaria Municipal de

	Financeiro: aquisição de recursos impressos, folhetos educativos, elaboração de material de divulgação para prevenção e controle da Dengue.			Saúde
--	---	--	--	-------

Fonte: Elaborado pelo autor.

Elaboração do plano operativo

Durante a elaboração do plano operativo se definiu os responsáveis pelos projetos, da mesma forma que o prazo para realização das ações necessárias. Desta forma, para ambos os projetos ficou determinado que os responsáveis serão o médico e a enfermeira da equipe, sendo portanto, os responsáveis pelo acompanhamento da execução das ações definidas. O prazo considerado razoável para a aplicação das ações de cada projeto foi de três meses.

O quadro 7 resume a elaboração do plano operativo.

Quadro 7 - Plano operativo

Operações	Resultados	Produtos esperados	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
Cidade limpa, vida saudável	Evitar proliferação do do vetor	Treinamento do ACS para informação e vistoria do domicílio durante visita domiciliar		Médico da equipe Enfermeira da equipe	Três meses para o início das atividades
		Palestra da Enfermeira no CSF Chapadinha		Médico da equipe Enfermeira da equipe	Três meses para o início das atividades
		Sensibilizar a comunidade na participação de mutirão de limpeza	Divulgação do projeto para a Associação de Bairro	Médico da equipe Enfermeira da equipe	Três meses para o início das atividades
		Sensibilizar os legisladores da Câmara Municipal	Apresentar o projeto para a Secretaria	Médico da equipe Enfermeira da	Três meses para o

		a fim de uma formalização das responsabilidades dos proprietários e as possíveis penalidades pelo acúmulo de lixo em quintais, terrenos baldios ou abandonados	Municipal de Saúde, Câmara Municipal e empresa de limpeza urbana	equipe	início das atividades
É hora de combater a Dengue!	Maior informação sobre a doença	Treinamento dos ACS para palestras na sala de espera do CSF Chapadinha		Médico da equipe Enfermeira da equipe	Três meses para o início das atividades
		Palestra do Médico do CSF Chapadinha		Médico da equipe Enfermeira da equipe	Três meses para o início das atividades
		Distribuição de material informativo pelos ACS	Apresentar o projeto para a Secretaria Municipal de Saúde	Médico da equipe Enfermeira da equipe	Três meses para o início das atividades

Fonte: Elaborado pelo autor.

Com a definição do plano operativo, espera-se melhor orientação e coordenação das atividades a serem desenvolvidas, apoiados no cronograma estabelecido, e que trabalhe as ações estratégicas em busca de um desfecho favorável para a produção dos resultados almejados.

Gestão do plano

Para encerrar o projeto de intervenção, foi definida a gestão dos planos operativos, com a elaboração de um quadro, conforme o quadro 8 apresentado abaixo, onde é registrada a situação atual, a justificativa para atrasos ou não cumprimento de metas e os novos prazos para cada objetivo.

Quadro 5 - Acompanhamento do plano de ação

Operações	Produtos esperados	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Cidade limpa, vida saudável!	Treinamento do ACS para informação e vistoria do domicílio durante visita domiciliar	Médico da equipe Enfermeira da equipe	Três meses para o início das atividades			
	Palestra da Enfermeira no CSF Chapadinha	Médico da equipe Enfermeira da equipe	Três meses para o início das atividades			
	Sensibilizar a comunidade na participação de mutirão de limpeza	Médico da equipe Enfermeira da equipe	Três meses para o início das atividades			
	Sensibilizar os legisladores da Câmara Municipal a fim de uma formalização das responsabilidades dos proprietários e as possíveis penalidades pelo acúmulo de lixos em quintais, terrenos baldios ou abandonados	Médico da equipe Enfermeira da equipe	Três meses para o início das atividades			
É hora de combater a Dengue!	Treinamento dos ACS para palestras na sala de espera do CSF Chapadinha	Médico da equipe Enfermeira da equipe	Três meses para o início das atividades			
	Palestra do Médico do CSF Chapadinha	Médico da equipe Enfermeira da equipe	Três meses para o início das atividades			
	Distribuição de material informativo pelos ACS	Médico da equipe Enfermeira da equipe	Três meses para o início das atividades			

Fonte: Elaborado pelo autor.

A partir da gestão dos planos de ação, ensejamos maior controle sobre o desenvolvimento das operações, podendo abordar com rapidez e flexibilidade os problemas ou obstáculos que possam surgir no decorrer dos projetos.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sistema Único de Saúde do Brasil surgiu a partir de movimentos sociais sanitaristas, fundamentados em princípios e diretrizes dos quais se destacam os princípios doutrinários do SUS, como a participação popular e controle social, além da diretriz da descentralização da administração. Deste ponto de vista nota-se que a administração do SUS se baseia em subgovernos, dando poder à esfera regional de administração do sistema. Assim, percebe-se a importância atribuída pelo SUS às diferenças locais e sua influência direta sobre as determinantes sociais de saúde.

A equipe de saúde da família possui grande responsabilidade sobre o processo saúde-doença da comunidade abrangida pelo seu território. Para tanto, deve estar sempre capacitada para elaboração de estratégias de intervenção neste processo, com intuito de contribuir principalmente para a promoção de saúde, prevenção do adoecimento e de suas complicações.

Desta forma, conclui-se que intervenções em nível local possuem grande relevância para o controle da proliferação do vetor da Dengue e, por conseguinte, redução de novos casos da doença. Para tanto, é importante sensibilizar e motivar os diversos atores sociais envolvidos, desde população e líderes locais, equipe de saúde da família, gestores do sistema público de saúde, autoridades legislativas e poder executivo municipal.

É necessário, porém, destacar o papel da equipe de saúde da família, que por meio de ações multiprofissionais detém conhecimento e ferramentas, como o planejamento estratégico situacional, para abordar problemas relevantes da comunidade adstrita ao território abrangido.

8. REFERÊNCIAS

- BRASIL. Departamento da Atenção Básica. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica: Mais Médicos**. 2015. Disponível em: <<http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/maismedicos/>>. Acesso em: 17 out. 2015.
- BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/maio/04/2015-016---Boletim-Dengue-SE15-2015.pdf>> Acesso em: 25 mai. 2015.
- BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. **Levantamento de Índice Rápido de *Aedes aegypti* (LIRAA)**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/12/LIRAA-JAN-FEV-2015-municipios.pdf>> Acesso em: 25 mai. 2015.
- BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da saúde**. Brasília,[online], 2015. Disponível em: <http://decs.bvs.br>. Acesso em: 31 ago. 2015.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. Brasília, 2013. Disponível em <<ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2015.
- BRASIL. Elisabeth Niglio de Figueiredo. Universidade Federal de São Paulo. Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS. **Curso de Especialização em Saúde da Família do Una-sus**. São Paulo, p. 1-12. 16 jan. 2012. Disponível em: <<http://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/169>>. Acesso em: 23 out. 2015.
- BRASIL. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial** [da República Federativa do Brasil], Brasília, n.204, p.55, 24 out. 2011.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@Paracatu: Senso Demográfico 2010**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=314700&idtema=87&search=minas-gerais|paracatu|censo-demografico-2010:-resultados-gerais-da-amostra->. Acesso em: 31 ago. 2015.
- BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 8 ed. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_infecciosas_parasitaria_guia_bolso.pdf> Acesso em: 25 mai. 2015.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. (Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família). Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 31 ago.2015.

CAZOLA, Luiza Helena de Oliveira et al . Incorporação das atividades de controle da dengue pelo agente comunitário de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 113-122, Fev. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000100113&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 nov. 2015.

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M. ; SOUZA, S. L.. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>>. Acesso em: 31 ago. 2015.

GOOGLE EARTH-MAPAS. <http://mapas.google.com>. Consulta realizada em: 09 jun. 2015.

GUSSO, G.; LOPES; J. M. C. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

KINROSS GOLD CORPORATION (Brasil). **Quem Somos**. Disponível em: <<http://www.kinross.com.br/index.php/conheca-a-kinross/quem-somos/>>. Acesso em: 22 set. 2015.

MOURA, Alexandre Sampaio. **Curso de doenças infectocontagiosas na atenção básica à saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PARACATU. **História do Município**. Disponível em: <<http://paracatu.mg.gov.br/turismo/historia/>>. Acesso em: 9 de Jun.2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PARACATU. Secretaria de Vigilância Epidemiológica. **Dados Epidemiológicos da Sec. de Vig. Epidemiológica: Dengue**. Paracatu, 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PARACATU. Secretaria de Saúde. Coordenação da Atenção Básica. **Dados consolidados da CSF Chapadinha ano base 2014**. Paracatu, 2014.

SILVA, Líliam Barbosa; *et al.* Comunicação sazonal sobre a Dengue em grupos socioeducativos na atenção primária a saúde. **Revista de Saúde Pública**, 2011. p. 1161. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n6/2937.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2015.

SONEGHET, Gabriel Pitanga; ALVARENGA, Marina Curtiss; GARCIA JR., Robison Pimentel. Intervenções no combate a dengue em nível local em um município prioritário no estado do Espírito Santo, Brasil. **Perspectivas Online**: biologia & saúde. Campos dos Goytagazes, v. 3, n. 1, p. 10-22, 2011. Disponível em <http://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/biologicas_e_saude/article/view/244>. Acesso em: 10 nov. 2015.