



**CENTRO FEDERAL DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA DE MINAS GERAIS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA AMBIENTAL
GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA AMBIENTAL E SANITÁRIA**

**A ENDEMIAS DE DENGUE COMO PROCESSO FORMATIVO: A ATUAÇÃO DOS
AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS NO AGLOMERADO CABANA DO PAI
TOMÁS, BELO HORIZONTE/MG (2006 - 2022)**

Alexandre da Silva

Belo Horizonte

2022

Alexandre da Silva

**A ENDEMIA DE DENGUE COMO PROCESSO FORMATIVO: A ATUAÇÃO DOS
AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS NO AGLOMERADO CABANA DO PAI
TOMÁS, BELO HORIZONTE/MG (2006 - 2022)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Engenheiro Ambiental e Sanitarista.

Orientador: Prof. Dr. Bráulio Silva Chaves, professor do Departamento de Ciências Sociais e Filosofia do CEFET-MG

A handwritten signature in blue ink, reading "Bráulio Silva Chaves", written over a horizontal line.

Assinatura do Professor Orientador

Belo Horizonte

2022

ALEXANDRE DA SILVA

A ENDEMIAS DE DENGUE COMO PROCESSO FORMATIVO:

**a atuação dos Agentes de Combate às Endemias no aglomerado Cabana do Pai Tomás,
Belo Horizonte/MG (2006-2022)**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Engenheiro Ambiental e Sanitarista.

Aprovado em 30 de novembro de 2022.

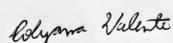
Banca examinadora:



Prof. Dr. Bráulio Silva Chaves – Presidente da Banca Examinadora
Departamento de Ciências Sociais e Filosofia/CEFET-MG – Orientador(a)



Dra. Bruna Schall – Instituto Evandro Chagas/FIOCRUZ



Profa. Dra. Polyana Aparecida Valente – Universidade do Estado de Minas Gerais/FIOCRUZ
Minas

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus pelo dom da vida e saúde, por tudo que tem feito por mim. Peço a Ele que continue me guiando, me ajudando e me livrando de todas as tentações do mundo dos humanos.

Agradeço à minha mãe, mamã Amália, que também foi meu pai. Eu lembro que ela me acordava de manhã cedinho para ir para escola. Ela falava assim: “Assandre”, levanta para ir para escola”. O meu MUITO OBRIGADO. TE AMO MUITO!

Ao meu pai Joãozinho da Silva (*in memoriam*), embora não o conheça e não tenho lembranças dele. Faleceu quando eu tinha três anos. Obrigado por ser meu pai! Glória eterna, meu herói. Teremos a sua ancestralidade conosco.

Aos meus irmãos João Pinto da Silva, Elmina da Silva, Jessie Santos da Silva, Roberto da Silva, Domingas da Silva e Jacira da Silva (*in memoriam*). E gostaria de dar um destaque ao meu irmão João Pinto da Silva, meu irmão mais velho, que foi meu pai também. Pinto cuidou de nós como se fosse nosso pai, nos incentivou a estudar, mesmo ele terminando somente no ensino médio. Toda conquista que tivemos hoje devemos a ele. Agradeço a Deus por ter colocado ele (Pinto) na nossa família. Peço a Deus também que lhe dê mais oportunidades para ele conseguir erguer a vida dele.

À minha querida tia Fatu Indi (*in memorian*) que sempre esteve conosco nos momentos bons e ruins. Descanse em paz, minha diva.

À Cândida - tia Canda - (*in memorian*) e tia Sá pelo carinho que tiveram comigo desde que eu era criança. O meu muito obrigado, rainhas.

Aos meus sobrinhos, Anuckson Pires (Xano), Lamine Sonco (Patrão), Patrício da Silva (Tô), Jampier Marques Vieira (Jan), Samira Marques Vieira e Amir Salim da Silva.

À Guiné-Bissau, o meu país, onde eu passei toda minha infância e adolescência e um pouco da fase adulta; estudei em escolas públicas bancadas pelo contribuinte guineense. Agradeço infinitamente por tudo! Estou com grande entusiasmo para dar a contribuição para o desenvolvimento do meu país. Também agradeço ao Governo da Guiné-Bissau pela assinatura do acordo de Programa Estudantes-Convênio de Graduação (PEC-G).

Ao Brasil pelo Programa de Estudantes-Convênio de Graduação (PEC-G). O Brasil me deu a oportunidade de cursar o curso que eu gostaria de fazer. O Brasil tornou-se em meu segundo

país, em especial Minas Gerais, terra que me acolheu nos últimos cinco (5) anos. Muito obrigado povo mineiro.

Ao Procópio Mendes Correia, por ter me assinado o Termo de Responsabilidade Financeira do PEC-G. Grato por esse ato! Que Hossana te dê tudo em dobro!

Ao Conduto Gomes de Pina, por ter me ajudado na compra da passagem aérea para o Brasil.

Ao Joaquim Lopes, vulgo Manecas, (meu irmão da outra mãe), por ter me auxiliado nas documentações e me acompanhar até ao aeroporto. Obrigado, meu caro, e que Deus te dê tudo em dobro!

Ao Busuriu Djaló, por ter me apoiado financeiramente durante o processo de concessão do visto para o Brasil, e por me ajudar com materiais escolares. Me encorajou a estudar também. O meu muito obrigado, patrão. Que Deus abençoe seus negócios!

Ao Rajaona Hery-Zo Henri (do Madagascar), por ter me dado bons conselhos quando eu estava me preparando para vir para o Brasil. Me aconselhou a ter foco nos estudos. O meu muito obrigado, *mon grand*.

Ao Aureliano Gomes Semedo, por ter me ajudado no momento difícil. Espero te retribuir um dia. Que Deus te dê tudo em dobro e que Ele abençoe sua família (sua esposa Elisabete Sanhá e seu filho Yanick).

Ao Zandonaide Censo por ter me recebido quando cheguei no Brasil. Me ajudou na regularização migratória junto à Polícia Federal. Obrigado, meu pai!

À Marlúcia Dias Lopes Alves e Jerônimo Coura Sobrinho (funcionários da Secretaria de Relações Internacionais do CEFET-MG), pelas instruções dadas desde quando entrei no CEFET-MG.

Ao programa de extensão SoFiA, GEPTT (Grupo de Estudos e Pesquisas em Trabalho e Tecnologias) e PET-conecTTE-CEFET-MG pela oportunidade de discussão dos temas importantes e de crescimento.

Ao Bráulio Silva Chaves, não como meu orientador aqui, mas como uma pessoa que me deu muitas oportunidades de crescimento acadêmico e de amadurecimento como pessoa. Tudo que eu sei fazer é graças a você, Bráulio. O meu muito obrigado por tudo!

Ao Bráulio Silva Chaves pela orientação incansável deste trabalho. Saiu graças a você, meu Doutor.

Ao Huener Silva Gonçalves pela assistência prestada, durante uma parte do tempo da pesquisa, na orientação deste trabalho. Agradeço muito a sua contribuição.

Aos meus professores e minhas professoras, que passaram conhecimentos para mim e me formaram para ser cidadão do mundo. Grato por tudo!

À Samara Lhorrainy do Reis de Freitas (gerente do Centro de Saúde Waldomiro Lobo), Regis de Pádua Santos (gerente do Centro Saúde Vila Imperial) e Elba Liege Miranda Dórea Gonzaga (coordenadora dos ACE do Centro de Saúde Cabana do Pai Tomás). Sem a colaboração de vocês não seria possível executar os trabalhos de campo. O meu muito obrigado!

Aos Agentes de Combate às Endemias dos Centros de Saúde Cabana do Pai Tomás, Waldomiro Lobo e Vila Imperial, que participaram da pesquisa. Sem a participação deles não seria possível conseguir os resultados desta pesquisa.

À Fernanda Menezes Moreira e Leandro Adriel França Quaresma (membros do PET conectTE-CEFE-MG) pela transcrição das entrevistas com os ACEs.

À dona Fátima, ex-funcionária da Secretaria de Política Estudantil (atual Diretoria de Desenvolvimento Estudantil do CEFET-MG), pelo coração puro e bondoso para comigo. Me lembro de tudo que você fez para mim. Deus te pague e te dê tudo em dobro! Hossana abençoe sua família.

Ao Mateus Cattabriga de Barros, servidor do CEFET-MG e da Diretoria de Desenvolvimento Estudantil, por ser a pessoa que me prestou assistência desde quando chegou no Brasil até hoje. O meu muito obrigado! Deus te pague e te dê tudo em dobro.

À Sandra França, pessoa solidária e humilde. Esteve comigo desde os primeiros dias que eu cheguei no Brasil e no CEFET-MG. Me prestou assistência em vários momentos. O meu muito obrigado. Deus te pague tudo em dobro e abençoe sua família (seu esposo Dimas e sua filha Camila).

Ao Edmilson Leite (servidor do CEFET-MG) pela assistência prestada e instruções dadas durante o nosso convívio no CEFET-MG. Deus te pague tudo em dobro!

À Nei D'Ávila, pessoa incrível e incansável, sobretudo de bom coração. Me acolheu como filho e me tratou muito bem. Com você, eu tive a segunda família. Vou levar boas lembranças de você e de sua família. Muito obrigado por sua amizade. Que Hossana te pague e abençoe sua família, principalmente seus filhos (Letícia D'Ávila e Luiz Philipe D'Ávila) e seu querido neto

(Luiz Carlos). Que portas se abrem para seus filhos e seu neto. E paz eterna para seu esposo, Luiz Carlos (*in memoriam*).

À dona Letícia Souza (*in memoriam*), pessoa também que me acolheu como neto. Me lembro que ela fazia contagem regressiva para a minha formatura. Infelizmente não vai assistir esse momento. Mas saiba que sentimos a sua presença e teremos sua ancestralidade. Muito obrigado por seu carinho! Glória eterna, vovó.

Ao Arnaldo Sousa e Maria da Graça Sousa, meu padrinho e madrinha, respectivamente. Agradeço o acolhimento que eu tive na vossa família. Com vocês, eu consegui a segunda família no Brasil. Que Hossana vos proteja e abençoe os vossos filhos (Pedro Sousa e Mariana Sousa).

À Cintia Rocha e Valtencir, minha madrinha e padrinho de crisma, respectivamente. Obrigado pelo acolhimento na vossa família. Que Deus abençoe a vossa família e os filhos também (Júlia Rocha e Mateus Rocha).

À Lorena e Wagner (pais do Thiago Mota), Mariana e Gabriel (irmãos do Thiago Mota), pelo acolhimento na vossa família. Que Deus abençoe a vossa família e vos dê tudo em dobro.

Aos meus colegas do PEC-G, Arcad Johannes Kakpo (Benin), Gerard Nouatin (Benin), Gersão Constantino (Angola), Zenir Monteiro (Cabo Verde), Obede Brice Agossa (Benin), Honório Conga (Angola), Patrick Bongonda Intolé (República Democrática de Congo) pelas experiências compartilhadas e mãos dadas durante o tempo que estivemos juntos.

Ao meu amigo e irmão Patrick Bongonda Intolé pela confiança, amizade e companheirismo durante o tempo que moramos juntos. Valeu, meu caro!

Aos meus colegas do CEFET-MG, especialmente Fábio Henriques Fernandes, Daniel Pansanato Nakashima (Japa), Vinicius Soares, Izabella Novais Fraga Martins, Hugo Saldanha dos Santos, Giacomo Russo Sant'Anna, Manuela Castro, Luis Gustavo Muritiba, Gustavo Marinho, Tiago Filizzola, Thiago Mota, Plino Lucas Catalán, Frederico Cardoso, Davi Augusto Amorim, Ítalo Patrício Pedersoli, Miriam de Fátima Soares e Thamiris Gomes Belfi. Obrigado pelo acolhimento, por estudos coletivos e por muitos trabalhos que fizemos em grupo.

Trabalhar com as pessoas, o dia a dia. Aquele do curso eles não te ensinam cê chegar na casa com cinco pessoas, um pai e a mãe desempregada e cinco pessoas com fome. Eles não te ensinam o que fazer, eles não te ensinam o que falar. Está chegando pra fazer um serviço que eles não querem aquilo, eles querem comer. Você bate na porta controle da dengue, não quer fazer o serviço da dengue, aí o cara fala assim, não pode entrar aí. [...] Cê vê as cinco pessoas, uma criança bate, pega na sua perna, fala “ô tio compra um biscoito pra mim”. [...] No curso, eles ensinam mais eh... lei, essas coisas. Agora, convivência com a pessoa, de como você tem que saber conversar com a pessoa pra ela deixar você entrar, fazer seu serviço, que isso é importante pra ela, cê tem que ultrapassar aquela barreira que ela está passando necessidade daquilo pra tentar explicar pra ela a importância do serviço da dengue. [...] Se ela não deixar entrar na casa dela pra fazer seu serviço, controle da dengue, que além de passar fome ela pode morrer de dengue. Então isso não aprende no curso.

Fala de um participante ACE para a presente pesquisa

RESUMO

SILVA, Alexandre da. **A endemia de dengue como processo formativo: a atuação dos Agentes de Combate às Endemias no aglomerado Cabana do Pai Tomás, Belo Horizonte/MG (2006-2022)**. 2022. 117 p. Monografia (Graduação em Engenharia Ambiental e Sanitária) - Departamento de Ciência e Tecnologia Ambiental, Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022.

A endemia de dengue é um dos problemas de saúde pública no Brasil. A cidade de Belo Horizonte, em particular, é considerada área endêmica, devido ao registro dos casos de infestação da doença, principalmente no período pós-chuva. Dessa forma, foram criados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), grupos de trabalho permanentes nas comunidades como forma de enfrentamento dessa endemia. Os Agentes de Combate às Endemias (ACEs) são profissionais de saúde que realizam visitas domiciliares com objetivo de descobrir e eliminar os focos do mosquito *Aedes aegypti* dentro e fora das residências. Com base nestes apontamentos, o presente trabalho objetivou investigar as experiências profissionais dos ACEs dos Centros de Saúde Cabana do Pai Tomás, Waldomiro Lobo e Vila Imperial, todos situados na região Oeste de Belo Horizonte, Minas Gerais. Também objetivou-se compreender a construção da identidade socioprofissional de tais sujeitos sociais, de forma entrelaçada com um histórico da profissão no Brasil. Por meio de aplicação dos questionários e realização de entrevistas semiestruturadas, os ACEs relataram suas experiências profissionais de campo entre si e com os moradores do aglomerado Cabana do Pai Tomás. Os agentes sugeriram ações de enfrentamento a serem implantadas, tendo em conta as especificidades da comunidade em questão. Conclui-se que tais agentes, a partir das suas experiências profissionais, produzem conhecimentos além dos cursos introdutórios. Foi possível também observar que a identidade socioprofissional de tais agentes é formada em condições precárias de remuneração, necessidade dos cursos de atualização, vínculo afetivo com moradores e observação de outros profissionais no trabalho com a saúde pública. Assim, espera-se que os conhecimentos ou experiências profissionais dos ACEs do aglomerado Cabana do Pai Tomás sejam levados em conta pelos gestores ou planejadores do SUS, com relação às políticas de enfrentamento de dengue no Brasil e, em particular, Belo Horizonte.

Palavra-chave: Agentes de Combate às Endemias; Endemia de dengue; *Aedes aegypti*.

ABSTRACT

SILVA, Alexandre da. **The dengue endemic as a formative process: the performance of the Endemic Combat Agents in the Cabana do Pai Tomás cluster, Belo Horizonte/MG (2006-2022)**. 2022. 117 p. Undergraduate thesis (Environmental and Sanitary Engineering) - Department of Environmental Science and Technology, Federal Center of Technological Education of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022.

Dengue endemic is one of the public health problems in Brazil. The city of Belo Horizonte, in particular, is considered an endemic area, due to the record of cases of disease infestation, mainly in the post-rainy period. Thus, within the Unified Health System (SUS), permanent work groups were created in the communities as a way of coping with this endemic disease. Endemic Disease Combat Agents (ACEs) are health professionals who carry out home visits with the aim of discovering and eliminating *Aedes aegypti* mosquito outbreaks inside and outside homes. Based on these notes, the present work aimed to investigate the professional experiences of the ACEs of the Cabana do Pai Tomás, Waldomiro Lobo and Vila Imperial Health Centers, all located in the western region of Belo Horizonte, Minas Gerais. It also aimed to understand the construction of the socio-professional identity of such social subjects, intertwined with a history of the profession in Brazil. By applying questionnaires and carrying out semi-structured interviews, the ACEs reported their professional field experiences among themselves and with the residents of the Cabana do Pai Tomás cluster. The agents suggested coping actions to be implemented, taking into account the specificities of the community in question. It is concluded that such agents, based on their professional experiences, produce knowledge beyond introductory courses. It was also possible to observe that the socio-professional identity of such agents is formed in precarious conditions of remuneration, need for refresher courses, affective bond with residents and observation of other professionals working with public health. Thus, it is expected that the knowledge or professional experiences of the ACEs of the Cabana do Pai Tomás cluster be taken into account by SUS managers or planners, in relation to policies to combat dengue in Brazil and, in particular, Belo Horizonte.

Keywords: Endemic Combat Agents; Dengue endemic; *Aedes aegypti*.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	18
1.1 Breve histórico da ocupação do aglomerado Cabana do Pai Tomás.....	25
2. OBJETIVOS.....	29
2.1 Objetivo Geral.....	29
2.2 Objetivos Específicos.....	29
3. METODOLOGIA.....	30
3.1 Convite aos (às) participantes e Aspectos Éticos.....	30
3.2 Metodologia de tratamento e análise de dados.....	31
4. CAPÍTULO 1 - REVISÃO E ANÁLISE BIBLIOGRÁFICA: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE DENGUE E LACUNAS SOBRE OS AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS.....	32
4.1 Do histórico da saúde pública brasileira: endemias, epidemias e políticas públicas.....	33
4.2 Do histórico de dengue no Brasil e em Minas Gerais.....	42
4.3 Dos aspectos epidemiológicos de dengue em Belo Horizonte (2010 a 2020).....	45
4.4 Do histórico de dengue em Belo Horizonte: da chegada à estabilização.....	46
4.5 Da educação e os aspectos formativos dos Agentes de Combate às Endemias.....	48
4.6 Da identidade socioprofissional dos Agentes de Combate às Endemias.....	52
5. CAPÍTULO 2 - ASPECTOS LEGAIS E PROFISSIONAIS DOS AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS.....	56
5.1 Do surgimento da profissão dos Agentes de Combate às Endemias.....	57
5.2 Das normatizações sobre a profissão dos Agentes de Combate às Endemias.....	62
5.2.1 No âmbito nacional.....	62
5.2.2 No âmbito municipal.....	67
5.3 Do processo de recrutamento dos Agentes de Combate às Endemias.....	70
6. CAPÍTULO 3 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA QUALITATIVA SOBRE OS AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS NO AGLOMERADO CABANA DO PAI TOMÁS.....	72
6.1 Levantamento geral sobre o perfil dos ACEs do aglomerado Cabana do Pai Tomás.....	73
6.2 Identidade socioprofissional dos ACEs do aglomerado Cabana do Pai Tomás.....	77
6.3 Os ACEs do aglomerado Cabana do Pai Tomás <i>versus</i> Políticas Públicas.....	81

6.4 Os aspectos formativos dos ACEs do aglomerado Cabana do Pai Tomás <i>versus</i> a prática profissional	83
7. CONCLUSÃO.....	89
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92
APÊNDICE	102
ANEXOS	103

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.1 - Localização dos Centros de Saúde Cabana do Pai Tomás, Waldomiro Lobo e Vila Imperial.....	22
Figura 1.2 - Centro de Saúde Cabana.....	22
Figura 1.3 - Centro de Saúde Waldomiro Lobo	23
Figura 1.4 - Centro de Saúde Vila Imperial	23
Figura 1.5 – Localização do aglomerado Cabana do Pai Tomás em Belo Horizonte	27
Figura 1.6 – Localização do aglomerado Cabana do Pai Tomás	28
Figura 4.1 - Imagem do mosquito <i>Aedes aegypti</i>	34
Figura 4.2 - Guardas Sanitários (início do século XX)	37
Figura 4.3 - Equipe da Polícia Sanitária.....	37
Figura 4.4 - Funcionários da SUCAM saindo para aplicação de inseticidas (1970).....	39
Figura 4.5 - Situação de casos de dengue no Brasil	43
Figura 4.6 - Manual “Dengue: Instruções para o pessoal de combate ao vetor: Manual de Normas Técnicas”.....	49
Figura 5.1 - Funcionário da SUCAM numa área endêmica (década de 1970).....	58
Figura 5.2 - Manual de formação dos ACEs	69
Figura 5.3 - Bibliografia sugerida no Edital nº 03/2014 para seleção dos ACEs.....	71

LISTA DE QUADROS

Quadro 4.1 - Alguns marcos importantes da história da saúde pública brasileira	40
Continuação do Quadro 4.1 - Alguns marcos importantes da história da saúde pública brasileira	41
Quadro 4.2 - O <i>Aedes aegypti</i> no Brasil.....	44
Quadro 5.1 - Quadro de síntese evolutiva da profissão dos ACEs	60
Continuação do Quadro 5.1 - Quadro de síntese evolutiva da profissão dos ACEs	61
Quadro 5.2 - Marcos legais da construção histórica dos ACEs no âmbito nacional.....	65
Continuação do Quadro 5.2 - Marcos legais da construção histórica dos ACEs no âmbito nacional.....	66
Quadro 5.3 - Marcos legais da construção histórica dos ACEs em Belo Horizonte.....	68

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 6.1 - Gênero dos ACEs participantes	73
Gráfico 6.2 - Faixa etária dos ACEs participantes	73
Gráfico 6.3 - Local de moradia dos ACEs participantes	74
Gráfico 6.4 - Maior grau de instrução dos ACEs participantes	75
Gráfico 6.5 - Tempo de trabalho como ACE dos participantes.....	75
Gráfico 6.6 - Forma de contratação dos ACEs participantes.....	76

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

ACE - Agentes de Combate às Endemias

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

CAP - Caixa de Aposentadoria e Pensões

CEV - Campanha de Erradicação da Varíola

CEFET-MG - Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais

CEM - Campanha de Erradicação de Malária

DSC - Discurso do Sujeito Coletivo

DENERu - Departamento Nacional de Endemias Rurais

DENV - Dengue Viral

DNSP - Departamento Nacional de Saúde Pública

FUNASA - Fundação Nacional de Saúde

FSESP - Fundação do Serviço Especial de Saúde Pública

LIRAA - Levantamento Rápido de Índices para *Aedes aegypti*

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNCD - Programa Nacional de Combate à Dengue

PIACD - Plano de Intensificação de Ações de Combate da Dengue

SNFA - Serviço Nacional de Febre Amarela

SUCAM - Superintendência de Campanhas de Saúde Pública

SUS - Sistema Único de Saúde

1. INTRODUÇÃO

Considerada como um problema de saúde pública nos países tropicais, em especial no Brasil, desde a década de 1980, a dengue, doença transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti*, inseriu-se em Belo Horizonte em 1996. Naquele ano, foram registrados os primeiros casos autóctones (quando a infestação ocorre no local) do sorotipo DENV-1 na capital mineira. Ao fim, foram notificados pela Secretaria Municipal de Saúde o total de 1.806 casos (BELO HORIZONTE, 2009). Destaca-se que a região da Venda Nova foi a mais afetada (CORRÊA, 2003).

Desde então, os casos da doença são continuamente registrados no município, destacando-se, principalmente, o período pós-chuva, em março. Neste sentido, Belo Horizonte passou pela introdução e cocirculação de outros sorotipos ao longo dos anos, notadamente DENV-2 e DENV-3, motivo pelo qual foi considerada área endêmica. Assim, como resposta a tais problemas, as autoridades de saúde municipais colocam em ação, via Sistema Único de Saúde (SUS), campanhas para o controle, vigilância e monitoramento da doença. Dentre as várias estratégias de campanha, observa-se a realização de visitas domiciliares dos Agentes de Combate às Endemias (ACEs) nas comunidades, principalmente nos lugares com mais registros de casos da doença e de maiores índices de infestação vetorial.

Historicamente, a visita domiciliar de uma autoridade de saúde com a finalidade de combater o mosquito *Aedes aegypti* não é novidade nas campanhas nacionais. Por exemplo, nas campanhas lideradas por Oswaldo Cruz (1872-1917), na cidade do Rio de Janeiro, e Emílio Ribas (1862-1925), em São Paulo, no início do século XX, contra a febre amarela, os popularmente denominados “mata-mosquitos”, combatiam o vetor nos ambientes domésticos e em regiões urbanas infestadas pelo inseto (BENCHIMOL, 1999). Entre as décadas de 1920 e 1940, os inspetores de zona, ex-guardas sanitários, treinados pela Fundação Rockefeller, faziam o trabalho de inspeção domiciliar em busca de focos larvários e alados, com o intuito de mapear a doença no país (LOWY, 2006; MAGALHÃES, 2016).

Ao longo da história da saúde pública brasileira, o mosquito *Aedes aegypti* foi supostamente erradicado por duas vezes, especificamente na década de 1950, e mais tarde nos anos de 1976, graças ao esforço das autoridades de saúde e dos guardas sanitários (VALLE *et al.*, 2021). Entretanto, no decorrer dos anos, o país assistiu a reintrodução de diferentes arboviroses, fato que mereceu a criação de diversas categorias profissionais dedicadas aos trabalhos de campo

com foco em visita domiciliar e desenvolvimento de ações de prevenção diretamente com as populações. Tais grupos de trabalho passaram por vários momentos de consolidação e de afirmação da identidade socioprofissional. Nesse sentido, a categoria dos ACEs também passou por várias denominações e reformulações ao longo do tempo.

No entanto, somente a partir da criação da FUNASA (Fundação Nacional de Saúde), em 1991, que substituiu a SUCAM (Superintendência de Campanhas de Saúde Pública), resultante da fusão do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERu), da Campanha de Erradicação da Malária (CEM) e da Campanha de Erradicação da Varíola (CEV), consolidou-se a atual denominação dos Agentes de Combate às Endemias (ACEs) no controle do mosquito *Aedes aegypti* e outros vetores (MORAES, 1988). Com a consolidação da nomenclatura dessa categoria, veio a necessidade de profissionalizá-la, para atender às diretrizes do SUS no combate às arboviroses.

Com isso, a ocupação dos ACEs está contemplada no código 5151-40 da Classificação Brasileira de Ocupações de 2015, disciplinada posteriormente pelo Ministério do Trabalho e Emprego. Esta ocupação abrange também categorias como Agente Comunitário de Saúde (ACS), Atendente de Enfermagem, Parteira Leiga, Visitador Sanitário, Agente Indígena de Saúde, Agente Indígena de Saneamento e Socorrista. Tal classificação contribuiu de forma significativa para a profissionalização da categoria dos ACEs e para o processo de construção de sua identidade socioprofissional e da sua representação social, como será visto mais à frente.

Já com a promulgação da Lei nº 11.350/2006, que instituiu a regulamentação do trabalho desses agentes, passou a ser exigido um curso introdutório, a contratação via SUS, por meio da seleção pública simplificada e a determinação de um piso salarial, sendo proibida a contratação temporária ou terceirizada, exceto nos casos de surtos epidêmicos, como determinada na Lei nº 12.994/2014 (BRASIL, 2014). Entretanto, destaca-se que, anteriormente, era exigida a conclusão do Ensino Fundamental completo para o exercício da profissão, mas a Lei nº 13.595/2018 passou a exigir a conclusão do Ensino Médio.

A profissão dos ACEs também está presente no Guia Pronatec de Cursos de Formação Inicial e Continuada e no Catálogo Nacional de Cursos Técnicos, do Ministério da Educação (EVANGELISTA *et al.*, 2017). Recentemente, em 2020, foi publicado mais um catálogo de

cursos técnicos profissionalizantes pelo Ministério da Educação, em que a oferta dos cursos para os ACE foi prevista. Tal catálogo foi atualizado em janeiro de 2021. Apesar dessa documentação e previsão, são poucos cursos formativos ofertados e direcionados aos ACEs (EVANGELISTA *et al.*, 2019).

No contexto de controle e prevenção de dengue, a atuação profissional dos ACEs se vincula à prática cotidiana de averiguação e eliminação dos focos de produção e reprodução dos mosquitos nos domicílios. Ressalta-se que, além de suas atribuições no âmbito do SUS, esses profissionais são também incumbidos de atuar no controle de outras endemias, tais como esquistossomose, febre amarela, leptospirose, malária entre outras (EVANGELISTA *et al.*, 2017).

No entanto, para além de conhecimentos adquiridos durante o curso introdutório, o trabalho em campo sugere a existência de processos formativos “ocultos”, ou seja, conhecimentos não contemplados na formação profissional, mas que se verificam durante atuação e vivência nas comunidades. Os conhecimentos ocultos se configuram como conhecimentos que se aprendem no mundo de vida e nos processos de socialização e em grupos de trabalhos, como sugere Gohn (2006). Por outro lado, tais conhecimentos são entendidos ainda como experiências que acontecem em espaços e territórios que acompanham a vida e trajetória dos trabalhadores e trabalhadoras (EVANGELISTA *et al.*, 2019).

Diante de tais considerações, foram levantados os seguintes questionamentos: Como os conhecimentos formais e “ocultos” se configuram na formação e atuação desses atores sociais? Como tais conhecimentos são mobilizados na atuação comunitária? Como esses agentes podem contribuir para pensar a dinâmica local de um problema de saúde pública que se coloca em escala nacional? Em que medida as experiências nas comunidades trazem novos conhecimentos para o enfrentamento de dengue? A partir das observações da realidade local pelos ACEs, quais medidas se colocam como prioritárias para o enfrentamento da doença no aglomerado Cabana do Pai Tomás? E como os ACEs constroem suas identidades socioprofissionais? Portanto, a reflexão sobre tais questões permitirá a compreensão de como os conhecimentos ocultos adquiridos por ACEs são importantes no enfrentamento do vetor de dengue e como esse profissional se afirma como ator-mediador entre a população e as autoridades públicas sanitárias.

Por outro lado, parte-se de um pressuposto de que quem trabalha no campo possui conhecimentos sobre a realidade do território, e, dessa forma, esse sujeito pode contribuir no planejamento de ações para resolução de um determinado problema que a comunidade enfrenta. Portanto, o presente trabalho coloca os ACEs no centro de tomada de decisões, considerando suas experiências de campo que, muitas vezes, não são levadas em conta quando os gestores planejam ações de enfrentamento à dengue.

Ademais, definiu-se o período de 2006 a 2022 como marco temporal para esse trabalho, justamente porque foi a partir do ano de 2006 que a categoria dos ACEs começou a ganhar o corpo próprio, tendo as leis e portarias que começaram a demarcar e regulamentar a profissão. Já o ano de 2022 é o limite do marco temporal, já que todas as ações à volta dos ACEs poderiam se desenvolver até a presente data, considerando que o presente trabalho também se desenrola no mesmo ano.

Os Agentes de Combate às Endemias sujeitos deste trabalho são os agentes dos Centros de Saúde Cabana do Pai Tomás, Waldomiro Lobo e Vila Imperial, todos situados na região Oeste de Belo Horizonte. O Centro de Saúde Cabana do Pai Tomás localiza-se na rua Caviana, nº 97, bairro Jardimópolis, Cabana do Pai Tomás. Enquanto o Centro de Saúde Waldomiro Lobo fica situado na Rua Frei Gáspar, nº 07, bairro Madre Gertrudes, ao lado da Avenida Amazonas. Já o Centro de Saúde Vila Imperial também se localiza no bairro Madre Gertrudes, na rua Guilherme Pinto da Fonseca, nº 350. A Figura 1.1 mostra a localização de três Centros de Saúde, enquanto as Figuras 1.2, 1.3 e 1.4 mostram a vista de frente dos referidos Centros de Saúde.

Figura 1.1 - Localização dos Centros de Saúde Cabana do Pai Tomás, Waldomiro Lobo e Vila Imperial



Fonte: Google (2022)

Figura 1.2 - Centro de Saúde Cabana



Fonte: Autor (2022)

Figura 1.3 - Centro de Saúde Waldomiro Lobo



Fonte: Autor (2022)

Figura 1.4 - Centro de Saúde Vila Imperial



Fonte: Autor (2022)

Para fins de divulgação à comunidade acadêmica, esta proposta de trabalho foi aprovada e apresentada nas Semanas de Ciência e Tecnologia de 2018 e 2019 do CEFET-MG, além de ser inscrita como projeto de Iniciação Científica (PIBIC) no edital nº 112/2019 na mesma instituição. Ademais, ressalta-se que a presente pesquisa foi fruto de discussões e de trabalho coletivo no PET ConecTTE¹, primeiro grupo interdisciplinar do Programa de Educação Tutorial

¹ PETconecTTE-CEFET-MG é o primeiro grupo interdisciplinar do Programa de Educação Tutorial do CEFET-MG que une diversas áreas do conhecimento por meio da relação entre o trabalho, as tecnologias e a educação, tendo como pólos aglutinadores as ciências sociais e as linguagens. O grupo trabalha ainda com pesquisa, ensino e extensão.

Ver: <https://www.petconecte.cefetmg.br/>.

do CEFET-MG, e do projeto de extensão SoFiA², no qual trabalhos são desenvolvidos no aglomerado Cabana do Pai Tomás e no aglomerado da Serra, desde 2015.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais (CEFET-MG), por intermédio da Plataforma Brasil, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/PBH). A aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CEFET-MG (CAAE: 46888721.0.0000.8507) foi por meio do parecer 5.086.364, datado de 08 de novembro de 2021, e a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA/PBH (CAAE: 46888721.0.3001.5140) foi por meio de parecer 5.278.206, de 08 de março de 2022. Tais pareceres encontram-se nos anexos.

² SoFiA é o programa de extensão do CEFET-MG que realiza ações de popularização da ciência, ao conectar, integrar e compartilhar conhecimentos no âmbito da ciência, tecnologia e inovação. As ações acontecem no aglomerado Cabana do Pai Tomás e no aglomerado da Serra.

Ver: <https://www.sofia.cefetmg.br/>.

1.1 Breve histórico da ocupação do aglomerado Cabana do Pai Tomás

No final do século XIX, as autoridades estaduais decidiram mudar a capital do Estado do Ouro Preto para Belo Horizonte. O objetivo dessa mudança era construir uma cidade que tivesse o “ar da Nova República” que estava sendo construída no Brasil. (CUNHA, 2003). Dessa forma, Belo Horizonte foi inaugurada em 1897 com perspectiva de ser uma cidade que abrigasse as instituições do Estado.

Sendo assim, o engenheiro Aarão Reis, que era chefe da comissão construtora, planejou construir uma avenida que dividisse a zona urbana e suburbana. A atual avenida do Contorno representa o planejamento do engenheiro Aarão Reis, a qual dentro dela estaria uma zona planejada e organizada, e fora dela estaria outra cidade (CUNHA, 2003). Entretanto, não estava prevista a construção de alojamentos para os trabalhadores que ergueriam a nova capital do Estado. Contudo, seriam construídos barracões de madeira para tais trabalhadores. No entanto, como havia grande número de trabalhadores envolvidos nas obras, os barracões de madeiras não abrigaram todos os trabalhadores.

Com isso, grande parte dos trabalhadores começou a migrar para regiões suburbanas da cidade, construindo barracas em terrenos que não ofereciam condições para habitação. E, não só, na época havia também grande fluxo de pessoas do interior para Belo Horizonte, à procura do trabalho e melhores condições de vida. Também importante destacar que a especulação imobiliária na época fez com que grande parte das pessoas que não tinham condições de morar dentro do perímetro urbano que estava sendo construído para zonas suburbanas (CUNHA, 2003). Essa situação ocasionou a construção de barracas por toda cidade.

Como resultado, começaram a surgir os aglomerados, as vilas e as favelas construídos, em grande parte, por pessoas que trabalhavam na construção da nova capital do Estado. As primeiras favelas começaram a surgir no Córrego do Leitão, o atual bairro Barro Preto, e a favela do Alto da Estação, o atual bairro Santa Tereza (CUNHA, 2003).

Conforme Cunha (2003), com a queda dos preços de café, após a inauguração da cidade de Belo Horizonte, em 1897, o país viveu momentos de crise econômica que fez reduzir o financiamento do governo federal em obras da construção da nova capital do Estado. Com isso, os trabalhadores começaram abandonar as obras espalhadas pela cidade. Sem condições de

salários, tais trabalhadores começaram a construir cabanas para suas famílias nos bairros de Santa Tereza, Barroca e Lagoinha. As grandes favelas na época eram Barroca, Pedro Prado Pinto Lopez e Pindura Saia (CUNHA, 2003).

Chegada a década de 1960, o Brasil enfrentava problemas sérios relacionados à invasão de propriedades e de moradias. Tal situação ganhou a repercussão por meio de medidas adotadas pelo então presidente João Goulart, que propôs medidas para Reforma Agrária e Reforma Urbana. As medidas do presidente João Goulart previam a demolição de casas consideradas ociosas e delimitação de áreas para construção de conjuntos habitacionais.

Caso particular do aglomerado Cabana do Pai Tomás, a área continha grande plantação de eucaliptos que, supostamente, pertencia ao deputado federal Antônio Luciano Pereira Filho (CUNHA, 2003). Destaca-se que, antes da ocupação, a área era conhecida como Barroquinha, por estar próxima à favela Barroca. Segundo relatos dos participantes no trabalho de Cunha (2003), o deputado federal Antônio Luciano Pereira Filho invadiu a área onde é atual Cabana do Pai Tomás, com plantação de eucaliptos como forma de garantir a posse do terreno na época. Conforme os depoimentos, a área pertencia à Rede Ferroviária Federal. Entretanto, há relatos também de que a área pertencia ao avô de umas primeiras moradoras da região. A área inicialmente ocupada tinha aproximadamente 1.500 metros quadrados, nas proximidades da Rodovia BR 31, no bairro Gameleira, perto da Avenida Amazonas (CUNHA, 2003).

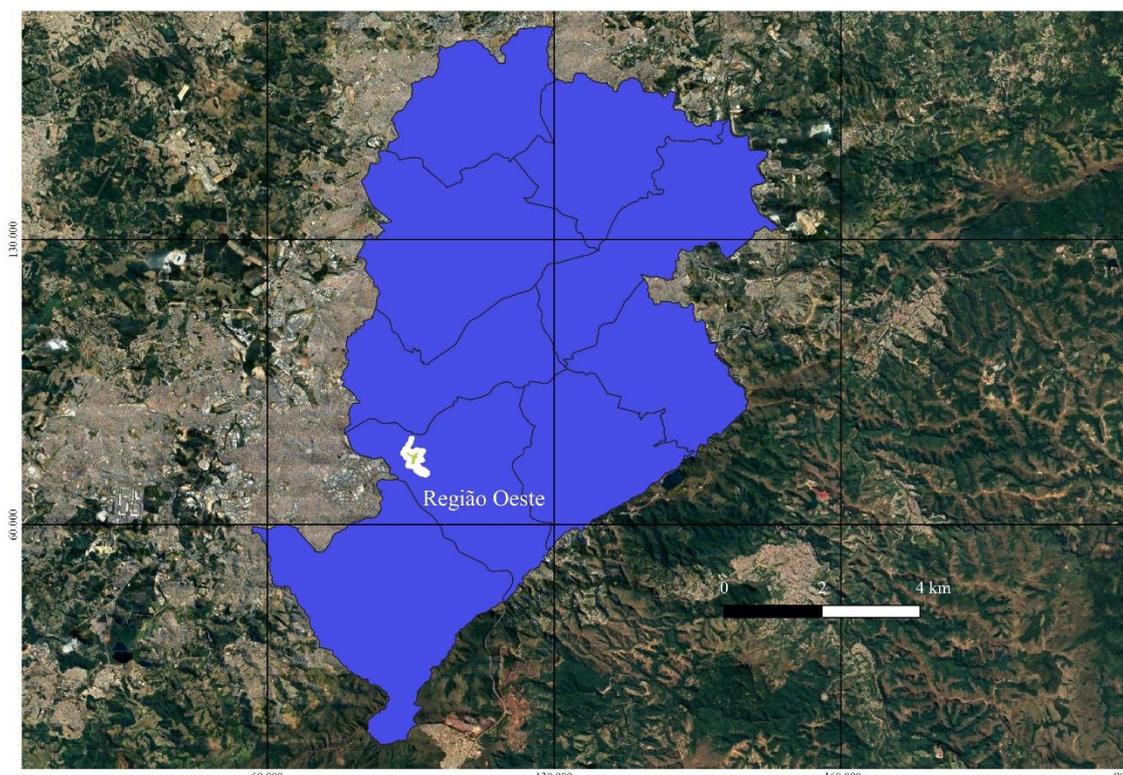
Os relatos dos participantes no trabalho de Cunha (2003) contam que, no início da ocupação, as mulheres e crianças participavam da derrubada de eucaliptos de manhã, sendo à noite os homens que participavam. Ao mesmo tempo que acontecia o desmatamento de eucaliptos, as barracas eram construídas. Diante disso, o deputado federal Antônio Luciano Pereira Filho, que alegava a posse do terreno, solicitava a intervenção da polícia para retirada de pessoas que desmatavam eucaliptos na sua suposta propriedade. Assim, havia retaliações da população frente às forças policiais. Também alguns líderes do movimento de ocupação na época eram presos.

Passados alguns anos frente aos obstáculos, os primeiros ocupantes do atual aglomerado Cabana do Pai Tomás conseguiram a posse do terreno, construindo barracas e barracões sem condições de saneamento básico. Assim nasceu o aglomerado Cabana do Pai Tomás. A luta por

direitos básicos de vivência começou a surgir a partir dos anos de 1970, com organização de manifestações, em conjunto com outros aglomerados, exigindo a disponibilidade de serviços de coleta de lixo, abastecimento de água potável, emprego, energia e entre outros.

A Figura 1.5 mostra a localização do aglomerado Cabana do Pai Tomás, na cidade de Belo Horizonte. Já a Figura 1.6 mostra o território em questão. O território fica localizado na região Oeste de Belo Horizonte. Conforme França e Chaves (2015), o aglomerado Cabana do Pai Tomás possui uma população de aproximadamente 70 mil habitantes.

Figura 1.5 – Localização do aglomerado Cabana do Pai Tomás em Belo Horizonte



Fonte: BH Maps (2022)

Figura 1.6 – Localização do aglomerado Cabana do Pai Tomás



Fonte: Autor (2022)

Conforme Cunha (2003), a denominação “Cabana do Pai Tomás” não possui um consenso entre os moradores. Num primeiro relato, o nome se daria devido ao curandeiro Joaquim Cândido Tomás, que fazia bençãos às pessoas que o procuravam com enfermidades. Outra hipótese válida seria que o nome se deu devido a um restaurante situado nas proximidades da avenida Amazonas. Uma outra possibilidade, também apontada pelos moradores, seria a presença de um capataz de idade avançada, que morava em uma cabana localizada na fazenda Gameleira, onde cuidava de animais viajantes. Por último, o nome “Cabana do Pai Tomás” estaria relacionado ao livro denominado “A Cabana do Pai Tomás”, da autoria de Harriet Stowe.

O território do aglomerado Cabana do Pai Tomás é fruto de resistência, conquistado mediante uma luta coletiva de pessoas que lutaram pelo direito à moradia diante do processo de elitização da nova capital do Estado de Minas Gerais. Portanto, o espaço em questão não surgiu de repente, mas sim a partir de um conjunto de questões políticas, sociais e econômicas que marcaram a cidade, desde os anos 1960, já que sua data de fundação, pelo menos oficial, seria em 1963 (CUNHA, 2003).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Compreender o processo formativo oculto dos Agentes de Combate às Endemias (ACEs) que se configura na prática profissional e no compartilhamento de experiências entre si e com a comunidade.

2.2 Objetivos Específicos

1. Analisar momentos-chave da história da saúde pública brasileira, buscando compreender o impacto das epidemias e das estratégias de enfrentamento às arboviroses na constituição do campo profissional dos ACEs.
2. Investigar a emergência da profissão dos ACEs no cenário brasileiro, em particular o belo-horizontino.
3. Abordar as normatizações da profissão dos ACEs, refletindo sobre as transformações e contradições do processo de constituição do campo profissional entre 2006 e 2022.
4. Explorar as experiências profissionais dos ACEs de três Centros de Saúde selecionados (Centros de Saúde Cabana do Pai Tomás, Waldomiro Lobo e Vila Imperial) no cenário de enfrentamento da epidemia de dengue.
5. Observar e compreender o panorama de construção da identidade socioprofissional dos ACEs de três Centros de Saúde.
6. Investigar as vivências dos ACEs, os seus processos de socialização e diálogos intracomunidade, de modo a compreender a sua formação oculta.

3. METODOLOGIA

Para alcançar os objetivos propostos, realiza-se o seguinte percurso metodológico:

1. Revisão bibliográfica dos trabalhos acadêmicos com foco nos ACEs em Belo Horizonte e entorno.
2. Pesquisa teórica dos trabalhos que abordam a formação da identidade socioprofissional dos ACEs e ocupações/profissões correlatas.
3. Organização e classificação dos trabalhos levantados, estabelecendo critérios de filtragem de acordo com os objetivos propostos na presente pesquisa.
4. Aplicação do questionário com perguntas objetivas para levantamento preliminar das informações acerca das experiências dos ACEs nas comunidades e recrutamento de voluntários(as) para as entrevistas.
5. Aplicação do roteiro da entrevista aos ACEs para explorar suas experiências profissionais no combate à dengue, e compreender a construção de conhecimentos na prática cotidiana da profissão.
6. Execução da técnica da análise do Discurso Sujeito Coletivo (DSC) para identificar as falas mais comuns entre os ACEs.

3.1 Convite aos (às) participantes e Aspectos Éticos

Primeiramente, contatou-se o Núcleo de Ensino e Pesquisa da regional Oeste da Prefeitura de Belo Horizonte por meio de uma mensagem de e-mail, com objetivo de autorizar os contatos com os gerentes dos Centros de Saúde selecionados na presente pesquisa. Posteriormente, efetuaram-se contatos com os gerentes de cada centro selecionado para uma reunião de apresentação do projeto de pesquisa e para estabelecimento dos primeiros diálogos, explicando os objetivos e a importância da pesquisa.

Após autorização dos gerentes dos Centros de Saúde, o convite aos ACEs se deu mediante a participação na reunião do grupo no Centro de Saúde. No convite, foi explicitada a importância da concessão da entrevista, buscando-se esclarecer e assegurar o caráter voluntário, o anonimato e os procedimentos relacionados a ambos os comitês de pesquisa mencionados acima. Importante salientar também que tal ação se deu logo após aprovação deste projeto de pesquisa por referidos comitês de ética.

Para aplicação do questionário, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido e explicado para o(a) voluntário(a) a fim de inteirar sobre a pesquisa e concordar com as condições prescritas. Salienta-se que, antes de preencher o questionário(a), o(a) voluntário(a) assinou o TCLE juntamente com o pesquisador. Ao fim do questionário, foi questionado(a) se pretende participar da etapa da entrevista semiestruturada com o pesquisador.

Já na aplicação da entrevista semiestruturada, foi lido e explicado também ao(à) voluntário(a) as condições do TCLE, para que possa assiná-lo ou não. O TCLE foi assinado pelo(a) participante e o pesquisador. As entrevistas foram transcritas e enviadas posteriormente ao(à) voluntário(a), juntamente com a cópia da gravação da sua entrevista, conforme previsto no TCLE. Ainda nessa etapa, as entrevistas foram realizadas no lugar e horário previamente agendados/combinados com o pesquisador. Importa informar ainda que, na realização das entrevistas, estiveram apenas o pesquisador e o(a) participante. Cada entrevista durou entre 25 e 30 minutos. Por fim, vale ressaltar que tal procedimento aconteceu fora do horário e local de trabalho dos ACEs.

3.2 Metodologia de tratamento e análise de dados

De início, é importante dizer que esta pesquisa adotou a técnica da Análise Temática de Conteúdos. Essa técnica, segundo Minayo (2013) e Evangelista *et al.* (2019), se configura como meio de identificação de temas que denotam os valores de referência presentes no discurso do sujeito. Por outro lado, Mozzato e Grzybovski (2011) reiteram que essa técnica possibilita análise de comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Dessa forma, os resultados da pesquisa qualitativa foram analisados considerando os objetivos propostos no presente trabalho.

4. CAPÍTULO 1 - REVISÃO E ANÁLISE BIBLIOGRÁFICA: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE DENGUE E LACUNAS SOBRE OS AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS

Ao refletir sobre os ACEs, faz-se necessário pensar em um histórico das epidemias, em especial de dengue, e de como elas têm impactado a saúde pública no Brasil. Assim, a abordagem dessas doenças contempla assuntos sobre a introdução e consolidação ou estabilização em escala nacional, bem como as medidas tomadas para enfrentamento de tais problemas. Dessa forma, torna-se necessário discutir tais medidas e o papel das entidades públicas ou organizações da sociedade civil que estiveram à frente do problema, bem como discorrer sobre os aspectos da formação profissional dos agentes de saúde pública ligados à doença em questão, com relação às suas experiências no campo do trabalho e como eles/elas têm formado suas identidades socioprofissionais ao longo do tempo.

Sendo assim, o histórico da saúde pública brasileira, o histórico de dengue em Belo Horizonte e seus aspectos epidemiológicos serão debatidos neste capítulo e, posteriormente, analisaremos como as produções acadêmicas abordaram a questão da formação profissional e da identidade socioprofissional dos ACEs. O capítulo procura responder às questões relacionadas com o trabalho dos ACEs e como a literatura indica elementos para se pensar a sua identidade socioprofissional. De forma geral, cabe problematizar, historicamente, as fragilidades das políticas públicas adotadas para o controle e combate às doenças tropicais no país.

4.1 Do histórico da saúde pública brasileira: endemias, epidemias e políticas públicas

Para dar início às discussões, é importante o esclarecimento de alguns conceitos que nortearão esta seção, bem como às suas concepções etimológicas. Barata (2000) reflete sobre o conceito da endemia e a epidemia. Segundo a autora, tradicionalmente a endemia é entendida como aquela doença que apresenta suas características tendo em conta a variação espacial, motivada por determinados processos sociais ou ambientais específicos da região. Ou seja, a endemia é a doença que varia no espaço. Para Rezende (1998), o que determina o caráter endêmico de uma doença é o fato da mesma ser peculiar a um povo, um país ou uma região geográfica. Aliás, a própria etimologia da palavra endemia denota a concepção do espaço, porque *Endemos*, em grego clássico, significa "originário de um país", "encontrado entre os habitantes de um mesmo país" (REZENDE, 1998, p. 153).

Por outro lado, Barata (2000) afirma que a epidemia é uma doença que apresenta variações no tempo, com concentração de casos em períodos determinados. Ou seja, a epidemia se caracteriza como doença sazonal. Ao passo que a pandemia é caracterizada por uma epidemia de grandes proporções que, geralmente, se espalha para vários países e mais de um continente (REZENDE, 1998).

O saneamento é um fator determinante na proliferação do vetor *Aedes aegypti*. Em uma região adensada e com péssimas condições de saneamento, sobretudo, dos resíduos sólidos, abastecimento de água e esgoto sanitário, é esperada a proliferação do vetor da doença. Em outro olhar, a sazonalidade é outro fator importante nessa problemática. Sabe-se que o mosquito *Aedes aegypti* tem dificuldades em sobreviver às baixas temperaturas, inclusive em tempos de inverno. Ao contrário, no verão, há procriação dos ovos. Por último, há registro de casos de dengue em países tropicais, sendo que, em alguns, aparecem em grande magnitude, como é o caso do Brasil e alguns países da América do Sul e Central e da África. A Figura 4.1 abaixo mostra o mosquito *Aedes aegypti*, vetor antropofílico, em razão da sua capacidade de se adaptar ao convívio dos humanos.

Figura 4.1 - Imagem do mosquito *Aedes aegypti*



Fonte: Moehlecke (2015)

Ressalta-se que há duas principais espécies de interesse do *Aedes*: *Aedes aegypti*, responsável pela transmissão de dengue, zika, febre amarela urbana e chikungunya; *Aedes albopictus*, transmissor do vírus de dengue na Ásia e em outras partes do mundo (CARMO, 2020). Ainda na Ásia, o *Aedes albopictus* funciona como vetor secundário na transmissão de dengue no continente. O *Aedes albopictus* tem mais a tendência de se adaptar às estações chuvosas e em áreas florestais e rurais, enquanto o *Aedes aegypti* tem a facilidade em ambientes domésticos (CARMO, 2020).

A partir de conceituações básicas, é importante pensar como os vetores foram se introduzindo ao longo do tempo no cenário brasileiro. Dessa forma, para esse trabalho, o marco temporal para o estudo da saúde pública no Brasil é a partir do século XX, já que foi o período marcado por várias transformações importantes. Assim, as endemias e epidemias tiveram presença marcante na saúde pública do país, sobretudo, o vetor *Aedes aegypti*, responsável também pela transmissão da febre amarela desde os primórdios da colonização.

Acredita-se que o *Aedes aegypti* foi introduzido³ duas vezes no Brasil, sendo que a primeira aconteceu no século XVI, a partir da expansão da rota do comércio de escravos, e a segunda na

³ Introduzir, neste caso, significa observar, notar ou verificar a presença do *Aedes aegypti*.

década de 1960 (VALLE *et al.*, 2021). Conforme Oliveira (2002), a crise sanitária no Brasil começou a ganhar relevância nos tempos da Primeira República (1889-1930). No começo do século XX, a presença endêmica e epidêmica de várias doenças, sobretudo da febre amarela, era comum nos espaços urbanos e, inclusive, em comunidades rurais, onde predominava a população brasileira. Numa interpretação científica racializada, as causas de tais doenças eram associadas à importação da mão de obra dos africanos aprisionados e trazidos para o Brasil (LOWY, 2006). Segundo a mesma autora, os médicos da época acreditaram que a febre amarela tinha origem na acumulação de "catingas"⁴ devido às más condições que reinavam a bordo dos navios que traziam pessoas aprisionadas da África. Por outro lado, relacionava-se também tais problemas com a localização dos cemitérios e hospitais, a drenagem dos terrenos e a influência dos ventos e até de "mendigos", doentes mentais ou "leprosos" (SILVA, 2003).

Em todo caso, as doenças na época se caracterizavam como ameaças à produção de café, o que demandava uma intervenção estatal para controlar tais situações. Dessa forma, começou-se a planejar e a desenvolver políticas de saúde, tendo como foco o combate às doenças que se traduziam em ameaça à agroexportação (OLIVEIRA, 2002), tendo seu vetor como alvo principal. As principais doenças na época eram a malária e a febre amarela. As cidades mais afetadas foram Rio de Janeiro e Santos/SP, por serem cidades portuárias (SILVA, 2003).

As ações de controle de doenças no Brasil tiveram impulso graças ao surgimento da teoria inseto-vetor e ao desenvolvimento da microbiologia como disciplina científica, no final do século XIX e início do século XX (SILVA, 2003). Com isso, a solução para tais problemas no início do século XX teve base no incentivo às pesquisas biomédicas e, sobretudo, àquelas com foco nas doenças tropicais e na formação de equipes de trabalho organizadas em moldes militares. Percebe-se que, no início do século XX, estaria sinalizada uma marca que permaneceria ao longo do tempo: combater os vetores causadores das doenças e não o desenvolvimento de estratégias para lidar com as questões envolvendo seus múltiplos aspectos.

Quando Oswaldo Cruz assumiu a então Diretoria-Geral de Saúde Pública, em 1903, o que seria equivalente ao atual Ministério da Saúde (SOUZA, 2020), deu-se início ao planejamento de campanhas de saneamento no Rio de Janeiro, com base nas experiências e bons resultados

⁴ Catinga é um mau odor liberado pelo corpo de animais e seres humanos, gerado devido à falta de higiene corporal.

obtidos pelo exército americano em Havana, Cuba. Entretanto, a estratégia adotada para erradicar tais doenças foi influenciada pelo modelo adotado nas colônias inglesas, concentrado em eliminar os focos da doença e convocar as pessoas às brigadas de vacinação espalhadas pela cidade (OLIVEIRA, 2002).

Em consequência disso, as ações de controle sanitário, não só da febre amarela como de outras doenças que surgiram no início do século passado, tiveram atitudes autoritárias, dotadas de poder de imposição sobre as populações (SABROZA, 1995; OLIVEIRA, 2002). Sendo assim, as ações desenvolvidas por Oswaldo Cruz marcaram o período de transição de uma intervenção sanitária pública focada nas estruturas das cidades para o interior das residências (OLIVEIRA, 2002). Assim, no entendimento de Cruz, a varíola seria combatida com a vacinação da população, ao passo que a peste bubônica e a febre amarela seriam combatidas mediante a eliminação dos seus vetores, o rato e o mosquito (MAGALHÃES, 2016). Contudo, em 1904 houve uma revolta popular contra a vacinação obrigatória no Rio de Janeiro. Este momento ficou conhecido como Revolta das Vacinas (OLIVEIRA, 2012).

Durante esse período, era comum Guardas Sanitários (Figura 4.2) realizarem visitas no interior das residências e as brigadas de mata-mosquito faziam a limpeza das calhas e telhados, exigindo providências para proteção de caixas d'água, colocando petróleo em ralos e bueiros e acabando com depósitos de larvas e mosquitos por meio de inseticidas. Assim, destaca-se que a Polícia Sanitária⁵ (Figura 4.3), criada em 1886 para impedir surtos epidêmicos, assumiu papel importante, ganhando notoriedade em ações de vigilância em saúde no país sob o mando do Oswaldo Cruz (BARBOSA, GONDIM, OLIVEIRA, 2011).

⁵ A Polícia Sanitária era uma entidade governamental que tinha o poder de pôr em prática as medidas profiláticas contra a varíola e a febre amarela sob o mando do Oswaldo Cruz (SANGLARD; COSTA, 2020).

Figura 4.2 - Guardas Sanitários (início do século XX)



Fonte: Silva (2015)

Figura 4.3 - Equipe da Polícia Sanitária



Fonte: Silva (2015)

Em 1920, houve a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, que passou a planejar e a executar as políticas de controle das doenças (SILVA *et al.* 2010; OLIVEIRA, 2012). Mais tarde, em 1923, Eloy Chaves propôs uma lei que regulamentava a formação de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), com objetivo de garantir os benefícios de aposentadoria e assistência médica aos trabalhadores ligados à indústria de exportação. No ano de 1930, foi

criado o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, órgão que responsabilizava por todos os serviços de saúde pública no âmbito nacional (ANGÉLICA; TAVEIRA, 2020).

Dada a ressurgência dos casos da febre amarela, o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) assinou um acordo de cooperação com a Fundação Rockefeller dos Estados Unidos, para intensificação das atividades de controle da febre amarela e treinamento do pessoal, atuando nas cidades litorâneas do Nordeste entre os anos de 1923 e 1940 (BRAGA; VALLE, 2007). Tal acordo marcou a extinção do Serviço de Profilaxia da Febre Amarela, criado por Oswaldo Cruz (BENCHIMOL, 2000).

Na década de 1940, foi criado o Serviço Nacional da Febre Amarela (SNFA), que marcou a saída da Fundação Rockefeller em campanhas contra a febre amarela no país (BARBOSA, GONDIM, OLIVEIRA, 2011). Em 1953 criou-se o atual Ministério da Saúde, atribuindo-lhe novos encargos no âmbito nacional. Alguns anos depois, em 1956, foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERu), que incorporou os programas existentes de erradicação da febre amarela e malária (OLIVEIRA, 2012).

Conforme Valle *et al.* (2021), na década de 1950, o *Aedes aegypti* foi novamente erradicado no país e em todo continente da América do Sul, graças ao Programa de Erradicação do *Aedes aegypti*, coordenado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Infelizmente, no final da década de 1960, precisamente em 1967, o *Aedes aegypti* foi novamente introduzido, em razão da deterioração dos planos ou programas do seu controle deixados de lado em busca do desenvolvimento urbano.

Mais tarde, o país precisou se reorganizar para fazer face aos problemas constantes das epidemias que ressurgiram. Percebeu-se, então, a necessidade de campanhas permanentes de controle. Assim, o Ministério da Saúde foi reorganizado administrativamente, criando, em 1967, a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), que incorporou as funções do DNERu, com objetivo de planejar e executar as ações permanentes de vigia e controle dos seus vetores (BRAGA; VALLE, 2007). A Figura 4.4 abaixo mostra os funcionários da SUCAM saindo para combate ao mosquito *Aedes aegypti*.

Figura 4.4 - Funcionários da SUCAM saindo para aplicação de inseticidas (1970)



Fonte: Machado (2017)

Em 1988, a Constituição Federal estabeleceu diretrizes gerais e determinou as responsabilidades de cada ente federativo no domínio da saúde, além de criar o Sistema Único de Saúde (SUS) e determinar a participação ativa da população na promoção da saúde pública. Ademais, o capítulo dedicado à saúde na Constituição Federal de 1988 trouxe conceito da saúde que vai além da ausência da doença, conforme orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS). Todavia, é importante destacar que o SUS foi uma conquista da sociedade brasileira durante o processo de redemocratização do país, após o regime autoritário da ditadura militar, pós-1964.

Oliveira (2012) pondera que o SUS é fruto de uma longa jornada histórica, que refletia sérias dificuldades de atendimento à saúde da população. Segundo o mesmo autor, o SUS é resultante de reivindicações populares por melhoria de serviços de saúde pública. Sendo assim, o SUS está amparado na ideia central: todas as pessoas têm o direito à saúde, e esse direito está estritamente ligado à cidadania (PAIM, 2009).

Em 1991 houve a criação da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), pelo Decreto nº 100/1991 resultante da fusão da SUCAM e Fundação do Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), que ficou responsável pelo plano de imunização, controle de zoonose e vigilância epidemiológica no Brasil (BRASIL, 1991). Em 2006, a Portaria nº 648 do Ministério da Saúde

aprovou a Política Nacional de Atenção Básica e o Programa da Saúde da Família no âmbito do SUS. No mais, os períodos subsequentes foram marcados pela ampliação e criação de programas específicos para controle de doenças no âmbito nacional, aprovação de projetos de saneamento básico para municípios e criação de instituições ligadas às diversas doenças. O Quadro 4.1 abaixo apresenta alguns marcos importantes da história da saúde pública brasileira.

Quadro 4.1 - Alguns marcos importantes da história da saúde pública brasileira

Ano	Evento
Início do século XX	Grandes epidemias da febre amarela e malária nos aglomerados urbanos.
1900	Criação do Instituto Soroterápico Federal, com o objetivo de fabricar soros e vacinas contra a peste.
1903	Oswaldo Cruz foi nomeado Diretor-Geral de Saúde Pública - início de medidas duras de controle do <i>Aedes aegypti</i> .
1904	Criação do Serviço de Profilaxia da Febre Amarela e a Inspeção de Isolamento e Desinfecção; Notificação dos primeiros casos da varíola.
1907	Criação do Instituto de Patologia Experimental de Manguinhos (atual Instituto Oswaldo Cruz); Erradicação da febre amarela no Rio de Janeiro.
1908	Forte epidemia da varíola; Reformulação do Código Sanitário.
1920	Criação do Departamento Nacional de Saúde Pública.
1930	Decreto nº 19.402/1930 criou o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública.
1932	Convênio com a Fundação Rockefeller, para intensificação das atividades de controle da febre amarela; Extinção do Serviço de Profilaxia da Febre Amarela.
1940 - 1941	Ministério de Educação e Saúde assinou acordo com o Institute of Interamerican Affairs, do Governo Americano; Erradicação da malária no Nordeste.

Fonte: Adaptado da FUNASA, 2017

**Continuação do Quadro 4.1 - Alguns marcos importantes da história da
saúde pública brasileira**

1953	Lei nº 1.920/1953 cria o atual Ministério da Saúde.
1956	Criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERu).
1958	Criação do Grupo de Trabalho para a Erradicação da Malária; Primeira erradicação do <i>Aedes aegypti</i> .
1962 - 1966	Implantação de campanhas contra varíola, malária; Reintrodução do <i>Aedes aegypti</i> .
1970	Criação da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM).
1976	Decreto nº 79.056/1976 criou a Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde (SNABS) e a Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (SNPES).
1988	Constituição Federal - Criação do SUS; Arts. 196 a 200 Seção II Da Saúde.
1989	Ocorrência do último caso de poliomielite no Brasil.
1991 - 1992	Criação da Fundação Nacional de Saúde (FNS), pelo Decreto nº 100/1991; Edição do Informe Epidemiológico do SUS.
1999	Início de atividades de vigilância epidemiológica - dengue, febre amarela, malária, leishmaniose, esquistossomose, Chagas, peste, bócio
2002	Programa Nacional de Controle de Dengue.
2003	Criação do Comitê Nacional de Mobilização contra a Dengue.
2006	Aprovação da Política Nacional de Atenção Básica; Programa da Saúde da Família.
2007	Estabelecimento das Diretrizes Nacionais para o Saneamento Básico; Lançamento do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC).

Fonte: Adaptado da FUNASA, 2017.

4.2 Do histórico de dengue no Brasil e em Minas Gerais

De início, é importante destacar que não há um consenso entre os pesquisadores quanto à origem do vírus de dengue. Há fontes que sugerem a sua origem no atual Egito. E, a partir desta região, o mosquito *Aedes aegypti* teria se disseminado do leste da África para o oeste da Ásia, e do oeste da África para leste das Américas, em virtude da grande movimentação de pessoas e mercadorias. Ainda na África, o mosquito, provavelmente, teria se tornado parasita⁶ ao ser humano, sendo domiciliado e adaptado ao ambiente doméstico (GUBLER, 1998; CARMO, 2020). A capacidade de seus ovos resistirem à falta da água, geralmente em até 45 dias, facilitou a sua dispersão no mundo (CARMO, 2020).

Por outro lado, há indícios de que o primeiro caso clinicamente semelhante ao de dengue teria surgido na China, no século III, momento marcado por fortes registros de casos com diferentes manifestações clínicas. A partir do ano de 1780, a dengue começou a se tornar uma doença endêmica no sudeste da Ásia e do Pacífico, até ao final da Segunda Guerra Mundial (HALSTEAD, 1980, 1992; VEGA, 2019). Todavia, somente em 1944 ocorreu o reconhecimento do primeiro caso da doença a partir do isolamento virológico (VALLE *et al.*, 2021). Os primeiros sorotipos⁷ da doença foram descobertos em Filipinas em 1953, com forte circulação dos sorotipos DENV-01, DENV-02 e DENV-03 (VEGA, 2019; WHO, 1997).

No cenário das Américas, a introdução do vírus teria ocorrido em razão do comércio de escravos, que teve o seu apogeu no século XVI e XVII. Por sua vez, Vega (2019) sugere que a expansão ou a dispersão do *Aedes aegypti* nas Américas se deu pela primeira vez em 1940, sendo que entre os anos de 1947 e 1970 aconteceu a segunda expansão. Entre 1971 e 1999, aconteceu outra infestação do *Aedes aegypti*, sendo que, a partir dos anos 2000, a doença foi ganhando notoriedade por parte das autoridades sanitárias (SAN MARTIN *et al.*, 2010; BRATHWAITE, 2012; VEGA, 2019).

No Brasil, verifica-se a divergência quanto ao período de introdução do *Aedes aegypti*. Por exemplo, Valle *et al.* (2021) sugerem que desde o fim do século XIX eram registrados casos de dengue. No entanto, Vega (2019) também sugere que o primeiro relato de caso de dengue no

⁶ Parasita significa organismo que tira seu alimento em outro organismo, causando-lhe algum dano.

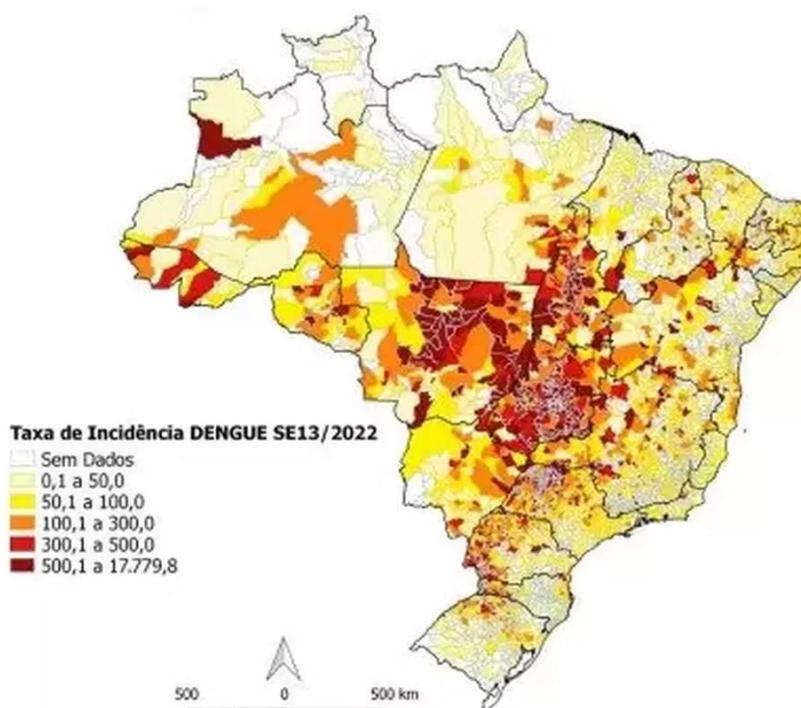
⁷ Sorotipo é a tipagem de um vírus circundante no meio líquido orgânico, geralmente no sangue.

país teria ocorrido em Recife, Pernambuco, no ano de 1685, sendo que anos que se seguiram o mosquito foi se disseminando para regiões ao redor, particularmente em Salvador/BA, Rio de Janeiro e São Paulo. Assim, em 1981 o DENV-01 e DENV-04 foram isolados em Boa Vista, Roraima, e o DENV-02 foi isolado no Rio de Janeiro em 1990 (VEGA, 2019). Em 1986, houve registros de casos de dengue em alguns municípios dos Estados do Ceará e Alagoas, sendo que, em 1987, Pernambuco, Bahia e São Paulo registraram suas primeiras epidemias (BRASIL, 2009; CARMO, 2020).

Em Minas Gerais, o primeiro caso da doença foi registrado em 1987, no município de Pirapetinga, Zona da Mata, município limítrofe ao Estado do Rio de Janeiro (VEGA, 2019). A localização geográfica deste município contribuiu para a presença do mosquito no estado. Passados alguns anos, o estado se deparou com a epidemia ocorrida em 1998, tendo a Região Metropolitana de Belo Horizonte com 87% dos casos confirmados (VEGA, 2019).

Para um panorama mais atual, a Figura 4.5 mostra as regiões do Brasil com maior incidência de casos de dengue em 2021, tendo a região Centro-Oeste com mais número de casos de infestação.

Figura 4.5- Situação de casos de dengue no Brasil



Fonte: G1 (2022)

O Quadro 4.2 apresenta a evolução cronológica do *Aedes aegypti* no Brasil.

Quadro 4.2 - O *Aedes aegypti* no Brasil

Ano	Evento
Século XVI	Primeira introdução do <i>Aedes aegypti</i> , a partir da expansão da rota de comércio marítimo.
Início do século XX	Transmissão de febre amarela urbana no Brasil.
Década de 1930/1940	Primeiro grande esforço de erradicação de <i>Aedes aegypti</i> devido à transmissão de febre amarela urbana no Brasil.
Década de 1950	Vetor é eliminado do país (oficialmente em 1958) e grande parte das Américas.
1967	Reintrodução de <i>Aedes aegypti</i> no território nacional.
1973	Segundo esforço de eliminação do <i>Aedes aegypti</i> .
1976	O vetor é novamente detectado no Brasil.
1980	O vírus dengue desponta como problema de saúde pública. Têm início os programas de controle de saúde <i>Aedes aegypti</i> coordenado pelo Ministério da Saúde.
2001	Meta de erradicação de <i>Aedes aegypti</i> é oficialmente abandonada. Foco passa a ser o controle do vetor.
2014	Primeiros registros de infecção pelo vírus chikungunya, transmitidos por <i>Aedes aegypti</i> .
2015	Detecção do vírus Zika.

Fonte: Valle *et al.* (2021), p. 20 e 21

4.3 Dos aspectos epidemiológicos de dengue em Belo Horizonte (2010 a 2020)

A Epidemiologia refere-se ao estudo das epidemias, com foco no processo saúde-doença na comunidade, de modo a analisar a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades e dos seus agravos na saúde coletiva, podendo sugerir medidas de prevenção, de controle ou de erradicação (REZENDE, 1998). Pessanha *et al.* (2010), entre junho de 2006 e março de 2007, estudaram a soroprevalência dos sorotipos de DENV-01, DENV-02 e DENV-03 nos Distritos Sanitários de Venda Nova, Leste e Centro-Oeste de Belo Horizonte. Neste estudo, os autores procuraram correlacionar o tipo de moradia, renda familiar, mudança ou não de moradia, posição socioeconômica, idade e sexo com a incidência dos casos de dengue. Os autores evidenciaram a relação direta entre a moradia e a notificação dos casos da doença nas regiões estudadas.

Pelo mesmo viés, Corrêa *et al.* (2005) analisaram a associação entre a proporção dos imóveis prediais positivos para larvas do *Aedes aegypti*, por meio do Índice de Infestação Predial e a taxa de incidência de dengue. O Índice Predial (IP) é uma medida que quantifica a proporção de imóveis positivos para larvas e pupas do vetor de dengue em relação ao total de imóveis prediais pesquisados (CORRÊA *et al.*, 2005). Para autores, os valores de IP revelam associação significativa, porém fraca, entre a taxa de incidência mensal de soroprevalência de dengue nos e domicílios positivos.

Costa e Forbeloni (2019) reforçaram a relação direta entre a condição de moradia e a incidência de dengue no município de Angicos, Rio Grande do Norte. Os autores observaram a correlação direta entre índices de moradias precárias e o aumento das doenças de dengue, chikungunya e zika vírus. Tal evidência se justifica justamente pela falta de abastecimento regular de água na cidade. Segundo os autores, em imóveis positivos, 81,1% deles apresentavam alguma deficiência no armazenamento/abastecimento de água.

4.4 Do histórico de dengue em Belo Horizonte: da chegada à estabilização

No cenário belo-horizontino, os primeiros casos de infecção por vetor *Aedes aegypti* foram notificados em 1996, com circulação do sorotipo DENV-1, exatamente no Distrito Sanitário de Venda Nova, região norte de Belo Horizonte (ARAQUAN, 2014). Os primeiros casos da doença foram notificados entre verão e outono daquele ano (PESSANHA *et al.*, 2010).

Ainda sobre este cenário, Cunha *et al.* (2008) observaram três momentos marcantes na história da introdução de dengue em Belo Horizonte. O primeiro momento, em 1996, foi marcado pela notificação de 1.806 casos de dengue no município, com tipagem viral e diagnóstico de dengue clássica. No ano seguinte, isto é, em 1997, houve a notificação de aproximadamente 2.327 casos, com circulação do mesmo vírus (DENV-01). Por outro lado, observaram-se mais de 27 casos da febre hemorrágica provocada pelo vetor *Aedes aegypti*, com uma taxa de infestação de 4.805 casos por 100.000 habitantes.

No último momento, em 1998, os casos da doença subiram 37% em relação ao ano de 1997. Durante tal período foram registrados cerca de 86.791 casos da doença, com DENV-01 e DENV-02 circulando ao mesmo tempo. Com isso, a cidade de Belo Horizonte foi considerada região de transmissão endêmica, com ocorrência regular dos casos, mantendo-se a transmissão na sua área mesmo nos períodos de inverno (CUNHA *et al.*, 2008).

Já em fevereiro de 2002 a cidade foi afetada por um outro sorotipo, o DENV-3, atribuído à precarização de domicílios urbanos, falta de saneamento básico e a vulnerabilidade socioeconômica das famílias. Em 2016, registrou-se a maior epidemia de dengue na história do município, com mais de 154.922 casos confirmados de dengue, sendo os Distritos de Barreiro e Noroeste com mais taxas de prevalência (PESSANHA *et al.*, 2010). No entanto, salienta-se que casos de dengue frequentemente são notificados principalmente em períodos de chuva e pós-chuva, nos meses de dezembro a março.

Conforme Araquan (2014), os motivos para o aumento dos casos são a incapacidade das autoridades municipais de garantirem infraestruturas sanitárias básicas para grande parte da população do município, somado à baixa renda, condições de moradia e acesso ao serviço de saneamento básico.

Diante dessas situações, o Ministério da Saúde lançou em 2002 o Levantamento Rápido de Índices para *Aedes aegypti* (LIRAA) para a Vigilância Entomológica do *Aedes aegypti* no Brasil. O LIRAA é uma metodologia que permite o conhecimento de forma rápida, por meio de amostragem, da quantidade de imóveis com a presença de recipientes com larvas do *Aedes aegypti* (DISTRITO FEDERAL, 2018). O LIRAA objetiva identificar as áreas da cidade com maior proporção ou ocorrência de focos do mosquito e os criadouros predominantes (BELO HORIZONTE, 2016). Este levantamento é realizado em regiões infestadas pelo vetor *Aedes aegypti*. A Prefeitura de Belo Horizonte adotou essa metodologia de levantamento de casos de dengue, e todo ano há publicação dos resultados sobre a infestação do vetor de dengue no município.

4.5 Da educação e os aspectos formativos dos Agentes de Combate às Endemias

Conforme defende Gohn (2006), a educação se divide em três vertentes: educação formal, educação informal e educação não formal. Para a autora, a primeira é aquela desenvolvida nas escolas, com conteúdos previamente demarcados. Já a educação informal seria aquela em que os indivíduos aprendem durante seu processo de socialização, seja na família, no bairro com amigos ou em lugares de socialização, sendo carregada de valores e culturas próprias, de pertencimento e sentimentos herdados (GOHN, 2006).

Enfim, a educação não formal, conforme Gohn (2006):

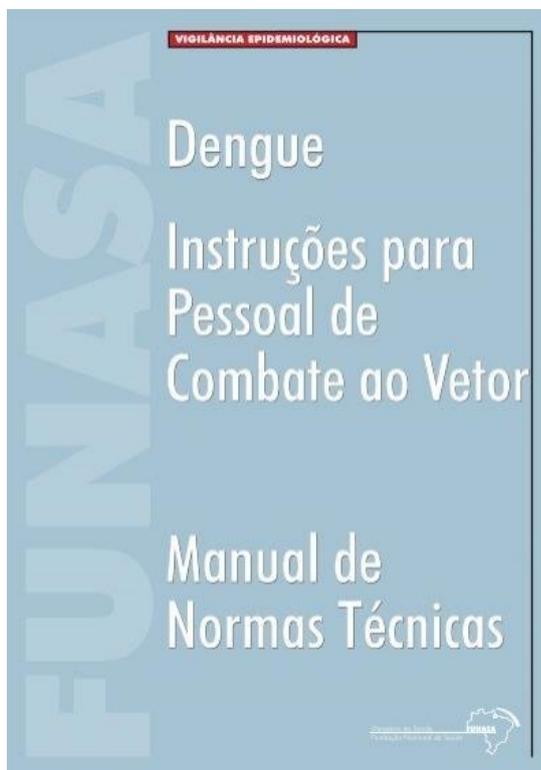
É aquela que se aprende no mundo de vida, via os processos de compartilhamento de experiências, principalmente em espaços e ações coletivas cotidianas, cujos espaços educativos localizam-se em territórios que acompanham as trajetórias de vida dos indivíduos (GOHN, 2006, p. 29).

A autora ainda caracteriza essa formação como um processo que possui uma intencionalidade na ação, no ato de participar, de aprender e de trocar os conhecimentos construídos mediante as interações entre os sujeitos do mesmo grupo social.

Durante os processos de afirmação da categoria dos ACEs, surgiram manuais como “O manual para guardas sanitários”, organizado em 1944, por Emil T. Chanlett, embora focava em ações de mapeamento entomológico, para fins de aplicação de larvicidas (SOUZA, 2020). Após a implementação do SUS, em 1988, surgiram outros manuais importantes a citar: “Manual de Instruções para Guardas, Guardas Chefes e Inspectores de 1990” e “Dengue: Instruções para o pessoal de combate ao vetor: Manual de Normas Técnicas” (BRASIL, 1990; BRASIL, 2001; SOUZA, 2020). Ao longo do tempo, as atribuições dos ACEs foram atualizadas, incorporando elementos do meio ambiente, ação educativa ou educação popular e questões sobre o território, além de incluir ações direcionadas à população, conforme as diretrizes do SUS.

A Figura 4.6 abaixo mostra o manual “Dengue: Instruções para o pessoal de combate ao vetor: Manual de Normas Técnicas”.

Figura 4.6 - Manual “Dengue: Instruções para o pessoal de combate ao vetor: Manual de Normas Técnicas”



Fonte: Yumpu (2013)

No entanto, alguns autores procuraram compreender os aspectos formativos dos ACEs nos diferentes contextos do trabalho, seja na comunidade ou no Centro de Saúde o qual pertence, seja na sua vida de prática profissional. Em sua tese de doutorado, intitulada “*As políticas de educação profissional em saúde no contexto da dengue: a perspectiva dos agentes de combate às endemias*”, Evangelista (2017) procurou analisar os aspectos que constituem a qualificação profissional dos ACEs de um Centro de Saúde de Contagem/MG, bem como as suas vivências relacionadas à sua formação e suas práticas de trabalho nos territórios. Os resultados indicaram que a minoria dos agentes que participou da pesquisa recebeu uma formação sólida e completa. Tal posicionamento é sustentado pelo fato da autora constatar que a maioria dos agentes desconhecia o protocolo de execução de suas atividades e apresentava dificuldades de se reconhecer como pertencente à categoria de trabalhadores da saúde.

Outra contribuição da autora, em parceria com outras pesquisadoras, foi o artigo “*Agentes de combate às endemias: construção de identidades profissionais no controle da dengue*”, publicado em 2019. Neste trabalho, as autoras concluíram que o processo de ensino-

aprendizagem entre os agentes ocorre por meio da oralidade e de processos de trabalho não-formais, ou seja, aprendendo mediante a prática cotidiana nos territórios com os veteranos (EVANGELISTA *et al.*, 2019).

Por fim, Evangelista *et al.* (2017) analisaram as políticas de formação direcionada aos ACEs no Brasil, por meio de documentos oficiais do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação. As autoras evidenciaram a ausência de publicações sobre as políticas de formação profissional no contexto de dengue, além de encontrar poucas ofertas do curso introdutório e de treinamento para esse profissional de saúde. Ou seja, as políticas de formação não se configuram como políticas estruturais de longa duração, tratando-se, apenas, de programas pontuais de políticas conjunturais (EVANGELISTA *et al.*, 2017).

Por sua vez, Fraga e Monteiro (2014), no trabalho “*A gente é um passador de informação: práticas educativas de agentes de combate a endemias no serviço de controle de zoonoses em Belo Horizonte, MG*”, analisaram as práticas educativas desenvolvidas por agentes de combate às endemias a partir de um estudo de caso em uma região da capital mineira. Tal estudo aponta que as atividades educativas dos agentes “são limitadas diante das lacunas na formação profissional, na estrutura organizacional do serviço e no modelo de gerenciamento pautado em indicadores quantitativos de produtividade” (FRAGA; MONTEIRO, 2014, p. 993).

Pessoa *et al.* (2016), ao analisar as implicações da incorporação dos ACEs nas equipes da Estratégia de Saúde da Família nas UBS de Goiânia, como previsto pelo Programa Nacional de Controle de Dengue, verificaram as dificuldades de integração articulada entre os ACEs e ACSs, além de dificuldade de inclusão dos primeiros nas Equipes de Saúde da Família. As razões para isso seriam a falta da capacitação tanto para os ACEs bem como para os ACSs, indefinição de tarefas de cada categoria e ausência de entrosamento sobre como cada categoria poderia contribuir no trabalho da outra.

Segundo os autores, todos os envolvidos na pesquisa sugerem a duplicidade de atribuições. Há, também, algumas situações em que um agente se recusa a fazer o trabalho do outro, alegando não possuir determinada atribuição. No entanto, salienta-se que, em alguns Centros de Saúde alvos do estudo, há ACSs que confirmam a boa integração e comunicação com os ACEs.

Como isso, entende-se que as políticas de formação destinadas aos ACEs continuam ausentes em algumas localidades. Contudo, ressalta-se que alguns programas de formação foram implementados e tiveram bons resultados, embora sejam pontuais e restritos. Por outro lado, a dengue, por ser uma doença negligenciada⁸ no contexto brasileiro (VALLE *et al.*, 2015), carece de políticas públicas que possam atacar o problema a partir da raiz.

⁸ A doença negligenciada é aquela causada por agentes infecciosos ou parasitas e é considerada endêmica, normalmente, em populações de baixa renda, apresentando indicadores de investimentos reduzidos em desenvolvimento de pesquisas, produção de medicamentos e em seu controle (VALVERDE, 20-?). Contudo, alguns autores têm refletido sobre a dengue não ser a doença negligenciada, considerando o fato dela ter informações circulando nos jornais e TV, além de ter incentivos de pesquisas e ações de erradicação, sobretudo no Brasil.

4.6 Da identidade socioprofissional dos Agentes de Combate às Endemias

A identidade é o resultado da criação social e cultural instável, em permanente processo de construção e reconstrução, portanto, é um processo dinâmico (FIALHO, 2017). No estudo da identidade, considera-se a existência de dois tipos: a identidade social e a identidade profissional. A identidade social configura-se como o modo pelo qual o indivíduo se olha, se categoriza, se posiciona e se compara (FIALHO, 2017). Já a identidade profissional refere-se à forma como um indivíduo se observa ou se apresenta socialmente no mundo do trabalho.

Giddens (2008) e Fialho (2017) alegam que a identidade possui várias fontes de influência, entre as quais o nome, o gênero, a orientação sexual, a classe social, a nacionalidade e a etnicidade. Segundo a mesma referência, a identidade é construída mediante a relação entre o indivíduo e a sociedade, podendo alterar-se ou manter-se em função da dinâmica das relações sociais que se produzem. Ou seja, a identidade é o produto das interações sociais. Portanto, discorrer sobre a identidade, seja ela social ou profissional, envolve uma multiplicidade de fatores e sentidos e interpretações, englobando a dimensão espaço-temporal.

Na concepção de Craib (1988) e Fialho (2017), a construção da identidade social embarca o sentido do termo *self*, por este agregar conceitos do sujeito, subjetividade, agente, ação e identidade, e por estar ligado ao conceito de experiência. Tais autores afirmam que o termo *self* remete o sentido do “eu” com características do agir emocional. Assim, o indivíduo se insere na sociedade e se inter-relaciona com seus pares em contextos diferentes, seja na família, no bairro, no trabalho ou em grupos sociais.

Nessa interação, o indivíduo passa por influências que podem alterar ou manter sua identidade ou modo de agir ou de pensar. Ainda nesse sentido, entende-se que os grupos sociais assumem papel importante na definição da identidade de um indivíduo, pois em diferentes circunstâncias do envolvimento, o indivíduo passa a se identificar com o grupo, expressando a mesma ideia e defendendo determinados valores morais e sociais semelhantes aos do grupo.

Em outro olhar, Vieira (2007) e Evangelista *et al.* (2019) observam que as identidades profissionais são formas socialmente construídas pelos indivíduos de se reconhecerem, uns aos outros no campo do trabalho e emprego. A partir dessa interação, o profissional constrói a

autoimagem, que se dá pelo sentimento da aptidão para o exercício da profissão, e a heteroimagem que, por sua vez, se configura pelo reconhecimento de outros profissionais (ou pessoas) com relação ao seu trabalho (GOMES; OLIVEIRA, 2005).

Dubar (1999) segue viés semelhante ao reforçar que a identidade profissional não é elaborada solitariamente, mas, em relações sociais, por meio da integração entre os sujeitos envolvidos dentro do processo intencional da interação. Assim, a identidade profissional não se restringe somente ao espaço coletivo de trabalho, ela transita-se entre processos e negociações objetivas e subjetivas, individuais e coletivas (DUBAR, 1999; EVANGELISTA *et al.*, 2019). Dessa forma, Batistella (2009) e Evangelista *et al.* (2019) reiteram a questão da identidade profissional com a formação, sustentando que ela constitui um *locus* privilegiado para construção da identidade de qualquer profissão.

Neste âmbito, nos espaços de trabalho e de formação, os trabalhadores e as trabalhadoras, no caso em análise, os ACEs, se reconhecem entre si e, por meio deste reconhecimento, legitimam os saberes construídos socialmente no processo de construção da sua identidade profissional. Tais cruzamentos contribuem, também, para a formação de sua representação social em torno de suas atividades na comunidade (FRANZOI, 2006; EVANGELISTA *et al.*, 2017). Assim, o trabalho é a constituição do ser, isto é, o indivíduo é identificado com a sua profissão e, portanto, com o que trabalha (DUBAR, 1999; EVANGELISTA *et al.*, 2019).

No que diz respeito à identidade socioprofissional, ela é uma vertente da identidade social, porém amparada pelo contexto profissional. Conforme Silva (2003) e Fialho (2017), a identidade profissional implica a construção de um código comum a um determinado grupo profissional, podendo materializar-se em elementos concretos da profissão. Assim, cada grupo profissional carrega consigo uma verdadeira identidade real e coletiva, criada num sistema de ação concreta que se produz e reproduz, continuamente, sob influência de aspectos históricos e culturais (SANTOS, 2005; FIALHO, 2017).

Sainsaulieu (1977) e Fialho (2017) salientam que o local de trabalho é um espaço privilegiado de socialização, já que modela comportamentos e atitudes, produzindo uma identidade social e profissional. O local do trabalho é entendido ainda como um espaço dinâmico em que a identidade profissional se configura e se alicerça. Para esses autores, o local de trabalho entra

nessa concepção porque os indivíduos passam horas e horas no trabalho, convivendo e interagindo diariamente com pessoas no trabalho ao seu redor, e estas por sua vez formatam a identidade.

Portanto, o estudo da concepção da identidade profissional, mediada pelo campo do trabalho, traz também a noção do prestígio ocupado pela profissão na sociedade e condições do local de trabalho. É esperado que as profissões com bom prestígio usufruam de boas condições de trabalho e salário, devido à sua “importância” na sociedade. Com isso, o prestígio da profissão assume a função da identidade e, conseqüentemente, da representação social. Contudo, Machado (1995) recomenda ser cauteloso em assumir a homogeneidade de uma profissão, pois nem todas as profissões são igualmente valorizadas em todas as situações, devendo levar em conta o fator tempo e o espaço em que se analisa a profissão.

A sociologia das profissões é um outro campo importante quando se discute a formação de identidade profissional. Este campo de conhecimento desvenda o conceito de um trabalho considerado como uma profissão. Para Machado (1995), uma profissão é dotada de características próprias por possuir um conhecimento técnico-científico adquirido com treinamento escolar utilizado na resolução de problemas, enquanto atividade profissional é relacionada à esfera ocupacional:

Profissão é uma ocupação cujas obrigações criam e utilizam de forma sistemática o conhecimento geral acumulado na solução de problemas postulados por um cliente (tanto individual como coletivo). E atividade profissional é um conjunto de conhecimentos novos mais fortemente relacionados à uma esfera ocupacional [...] (MACHADO, 1995, p. 18).

No entanto, para profissionalizar uma categoria, há um processo que compreende cinco passos importantes (WILENSKY, 1970; MACHADO, 1995). Primeiro, o trabalho torna-se uma ocupação de tempo integral, ou seja, o indivíduo precisa se dedicar exclusivamente à essa ocupação de modo que passa seu tempo no desenvolvimento de tarefas relacionadas à profissão. Segundo, criam-se escolas de treinamento, ou seja, a transmissão do corpo esotérico de conhecimento é feita por pares experientes, e o conhecimento é não mais transmitido em famílias ou grupos sociais. No terceiro passo, forma-se a associação profissional, definindo o perfil profissional e dando identidade à profissão. Quarto, a profissão é regulamentada, demarcando seu território específico de atuação. Quinto, adota-se um código de ética e se

estabelecem normas e regras profissionais que norteiam o exercício da profissão. Tendo reunido tais questões, a categoria torna-se profissionalizada.

Com base nessas concepções, considera-se a categoria dos ACEs como uma profissão. Primeiro, porque eles possuem esse trabalho como atividade exclusiva no regime de CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas) e trabalham oito (8) horas por dia. Embora não tenham uma escola construída e específica e exclusiva para treinamento, eles têm conteúdos próprios e demarcados quando adquirem conhecimentos relacionados à prática de controle e prevenção de endemias. Aliás, quando os ACEs recebem os treinamentos previstos em leis, os espaços de Centro de Saúde costumam ser usados para esse fim.

Por outro lado, eles são um tipo de classe profissional que procura definir sua identidade e representatividade. No mais, a categoria dos ACEs tem seu território demarcado onde põem em prática suas atribuições e desenvolvem competências. Por último, os ACEs têm o seu marco legal por meio das leis e portarias que serão discutidas no capítulo seguinte. Sendo assim, entende-se que a categoria dos ACEs se constitui em uma profissão.

Em todo caso, ressalta-se a falta de trabalhos que procurem compreender a questão da identidade socioprofissional dos ACEs, em Belo Horizonte, e no Brasil, em geral. Em razão disso, não se aprofundou em tal problemática. Em contrapartida, observam-se produções acadêmicas acerca do tema sobre os ACSs em maior número em relação aos ACEs, como pode se verificar no Apêndice deste trabalho. Dessa forma, o presente trabalho procurará abordar esta temática junto aos ACEs dos Centros de Saúde selecionados, como forma de contribuir com a produção intelectual acerca deste assunto.

Mesmo assim, é importante compreender a construção de identidade de outros coletivos profissionais correlatos. Por exemplo, Bachilli *et al.* (2008) observaram que a identidade profissional dos ACSs de alguns Centros de Saúde dos municípios de Cerquillo/SP e Conchas/SP foi construída por meio de contato cotidiano com o trabalho, boa relação com os moradores e as moradoras, além de experiências anteriores.

5. CAPÍTULO 2 - ASPECTOS LEGAIS E PROFISSIONAIS DOS AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS

A legitimidade de uma profissão é construída por diversos aspectos sociais, sendo seus marcos legais são componentes importantes. Assim como outros profissionais, os ACEs possuem leis, portarias e normativas que regulamentam sua categoria de trabalho, formas de contratação, seu vínculo institucional e suas atribuições perante aos SUS. Ao longo dos anos, inúmeras leis e portarias ministeriais procuraram demarcar o espaço de atuação desses profissionais, tanto no âmbito nacional, bem como no âmbito estadual e municipal.

Sobretudo, verificou-se ampliação de suas atribuições com inclusão de elementos essenciais para compreensão da saúde em seu sentido amplo, conforme as orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS). Dessa forma, a categoria dos ACEs passou por várias fases de sua história, tentando-se adaptar à realidade a cada momento. Com isso, esse trabalhador tem assumido tarefas importantes no que toca à vigilância, prevenção e controle de dengue.

Dessa forma, o presente capítulo preocupa-se em discorrer sobre os marcos legais dos ACEs, com foco no cenário municipal, já que o aglomerado Cabana do Pai Tomás situa-se em Belo Horizonte. Além disso, objetiva-se analisar como as questões socioambientais e sanitárias aparecem nos manuais de formação desses profissionais e como tais conhecimentos contribuem com suas responsabilidades no SUS.

5.1 Do surgimento da profissão dos Agentes de Combate às Endemias

Conhecendo a introdução e a evolução do vetor *Aedes aegypti* no Brasil, em particular Minas Gerais e em Belo Horizonte, parte-se para discussão de como a profissão dos Agentes de Combate às Endemias surgiu ao longo dos anos. Assim, a primeira profissão correlata ao atual ACE é a Provedoria-Mor, criada em 1808 (BARBOSA, GONDIM, OLIVEIRA, 2011). Este órgão era responsável pela inspeção sanitária nos portos que recebiam número expressivo de pessoas escravizadas, principalmente no Rio de Janeiro. Mais tarde, criou-se a Polícia Sanitária em 1889, com objetivo único de impedir surtos alarmantes, mediante a higienização das cidades e residências.

Importante destacar que, quando Oswaldo Cruz assumiu a Diretoria-Geral de Saúde Pública, a forma de trabalho da Polícia Sanitária ganhou o corpo próprio, com adoção de metodologias de combate ao vetor etiológico. Esta metodologia de trabalho foi inspirada no modelo cubano. Sublinha-se que o método cubano consiste na eliminação das larvas em águas paradas e o uso de mosquiteiros para isolar os doentes (MAGALHÃES, 2016).

A Polícia Sanitária adotava medidas duras e repressivas de controle do mosquito, sobretudo, no Rio de Janeiro, a capital na época. Cabe ressaltar que, com a criação do Ministério da Saúde em 1953, foram instituídos serviços importantes para implementação de campanhas de luta contra os males, como DENERu, que posteriormente foi substituído pela SUCAM. A Figura 5.1 abaixo mostra os trabalhadores da SUCAM numa área endêmica na década de 1970.

Figura 5.1 - Funcionário da SUCAM numa área endêmica (década de 1970)



Fonte: Silva (2016)

A partir da SUCAM, o nome Polícia Sanitária deu lugar ao de Guardas Sanitários, e estes foram reconhecidos como Agentes de Saúde Pública (BARBOSA, GONDIM, OLIVEIRA, 2011). Esse reconhecimento serviu como passo importante na profissionalização do trabalhador ligado aos territórios nos quais as doenças se introduzem e se desenvolvem. Na década de 1980, com a criação do SUS, a saúde pública brasileira passou pela reformulação de políticas de saúde, além da criação de serviços de controle permanente e de vigilância sanitária.

A partir da década de 1990, a FUNASA ficou responsável por capacitar e ceder seus Guardas Sanitários, que atuavam no controle de zoonoses, aos Estados e municípios, com objetivo de garantir autonomia aos entes federativos. Por fim, a atual denominação “Agentes de Combate às Endemias” derivou da fusão entre “Guardas de Endemia” e “Agentes de Saúde Pública” nos anos de 1980 (SOUZA, 2020). Todavia, vale destacar que, em algumas localidades, esta denominação varia, valendo, portanto, as denominações como Agente de Endemias, Guardas de Endemias, Agente de Controle de Endemias, Guardas Sanitários, Agente de Vigilância em Saúde ou Agente de Saneamento, dentre outros (BARBOSA, GONDIM, OLIVEIRA, 2011). Neste trabalho, adota-se a nomenclatura “Agentes de Combate às Endemias” por ser a denominação mais usada em editais públicos.

Em 2001, criou-se o Plano de Intensificação das Ações de Controle da Dengue (PIACD), que focalizou as ações em municípios com maior transmissão da doença, considerados prioritários,

escolhidos entre aqueles com infestação por *Aedes aegypti* e registro de transmissão de dengue nos anos de 2000-2001 (BRAGA, VALLE, 2007).

Em 2002, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Combate à Dengue (PNCD) para continuidade das propostas do PIACD, que especificou a gestão articulada e em conjunta entre os ACSs e ACEs, por meio da Estratégia da Saúde da Família, com ênfase em integração das ações de controle à dengue na Atenção Básica da Saúde, qualidade e regularidade do trabalho de campo no combate ao vetor *Aedes aegypti* (BRAGA; VALLE, 2007).

No âmbito nacional, as categorias de ACE (Agente de Combate às Endemias) e ACS (Agente Comunitário de Saúde) são regulamentadas pela Lei nº 11.350 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006), a qual regulamenta tais profissões e estabelece formas de contratação e fixa o piso salarial. Já no âmbito municipal (Belo Horizonte), as duas categorias são regulamentadas pela Lei nº 9.490, de janeiro de 2008, a qual dispõe sobre o plano de carreira dos empregos públicos dos ACSs e ACEs (BELO HORIZONTE, 2008). No item 5.2 debateremos mais sobre as normatizações dos ACE.

Mais recentemente, a Portaria do Ministério da Saúde, nº 1.007/2010, determinou a incorporação dos ACEs nas Equipes de Saúde da Família, com objetivo de assegurar a integralidade do serviço de saúde previsto no SUS. Matos (2017) observa esta integração como possibilidade de colocar em prática, de forma simultânea, as ações de vigilância em saúde e atenção básica da saúde, como forma de garantir a integralidade na assistência médica, um dos princípios norteadores do SUS.

Importante frisar a diferença entre os ACEs e ACSs. Conforme a Lei nº 11.350/2006, entende-se por ACS o profissional cujas responsabilidades são a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva, planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde. Já os ACEs são responsabilizados pelo controle de zoonoses. Outra diferença importante entre esses profissionais é a localidade de residência, isto é, para um ACS é importante que seja o morador da comunidade, enquanto um ACE não necessariamente precisa ser o morador da comunidade, como observado no caso dos ACEs estudados na presente pesquisa.

No mais, pode-se citar também como uma diferença as metodologias de trabalho. Ou seja, os ACSs tratam diretamente com as famílias sobre os cuidados com a saúde, enquanto os ACEs tratam das residências das famílias, observando a limpeza da casa para descobrir os possíveis focos de proliferação de doenças. Também o trabalho dos ACEs está focado na vigilância epidemiológica e ambiental, ao passo que o trabalho dos ACSs está ligado à atenção básica da saúde das famílias.

O Quadro 5.1 apresenta uma síntese histórica da profissão dos ACEs.

Quadro 5.1 - Quadro de síntese evolutiva da profissão dos ACEs

Ano	Evento
1808	Criada a Provedoria-Mor, para serviços de inspeção sanitária nos portos.
1889	Criou-se a polícia sanitária, com objetivo de impedir surtos alarmantes, mediante a higienização das cidades e residências.
1956	Criado o DENERu, que incorporou a execução das CEV e CEM.
1970	Nome da Polícia Sanitária deu lugar ao de Guardas Sanitários
1980-1990	Criação do SUS; Decreto nº 100/1991 instituiu a FUNASA, extinguindo a SUCAM e FSESP; FUNASA incorpora SUCAM; Atual denominação Agentes de Combate às Endemias (ACE).
Década de 1990	Ministério da Saúde proibiu o uso de DDT nas campanhas de erradicação de vetores causadores da febre amarela e dengue.
2001	Criado o Plano de Intensificação das Ações de Controle da Dengue (PIACD)
2002	Em 2002, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Combate a Dengue (PNCD)

Fonte: Autor (2022)

Continuação do **Quadro 5.1** - Quadro de síntese evolutiva da profissão dos
ACEs

2006	Lei nº 11.350/2006 regulamenta a profissão dos ACE e estabelece as formas de contratação e fixa o piso salarial.
2010	Portaria do Ministério da Saúde nº 1.007/2010 determinou a incorporação dos ACE nas Equipes de Saúde da Família.
2011	Instituída a orientação para formação do técnico de vigilância em saúde.

Fonte: Autor (2022)

5.2 Das normatizações sobre a profissão dos Agentes de Combate às Endemias

5.2.1 No âmbito nacional

A primeira lei que reformulou a Polícia Sanitária foi o Decreto nº 5.157, publicado em março de 1904 e, posteriormente, o Decreto nº 66.580, de maio de 1970, que regulamentou a SUCAM, concedendo-lhe autonomia administrativa e financeira e o Decreto nº 100 de abril de 1991 que transferiu atribuições da SUCAM para FUNASA (SOUZA, 2020).

Ao analisar os pormenores do Decreto nº 5.157/1904, percebe-se que o foco era erradicar o mosquito em todas suas formas e seus criadouros, por meio de aplicação de substâncias químicas e remoção de água parada, onde o mosquito poderia se desenvolver. Enquanto isso, o artigo 73 do mesmo Decreto dava o poder de força aos Inspectores de Serviços de Saúde para entrada à força nos domicílios, caso a entrada for negada pelo proprietário do imóvel.

Com isso, entende-se que, naquele tempo, as ações de combate às endemias não levavam em conta os aspectos sanitários e socioambientais das doenças. Notou-se, sobretudo, a ausência de ações que previam ações de caráter social com intuito de sensibilizar as comunidades sobre os cuidados com o meio ambiente. Talvez isso poderia ser explicado pela falta de conhecimento científico na época. Entretanto, notou-se que o Decreto em questão já previa a periodicidade das visitas domiciliares, alternando-as quinzenalmente.

Com relação ao Decreto nº 66.580 de 1970, observa-se que ficou à cargo da SUCAM a implementação, execução e acompanhamento dos programas aprovados pelo Ministério da Saúde, cujas finalidades eram a erradicação de endemias, por meio de campanhas específicas, além de prever a realização da educação sanitária em áreas atacadas pelas endemias. Também o mesmo decreto previa a formação dos técnicos de saúde ligados aos trabalhos de campo, além de estabelecer condições de contratação.

A partir dos anos 2000, acontecem transformações importantes para os trabalhadores ligados às comunidades, no que diz respeito à uma lei ou normatização dedicada somente a eles. Refere-se à Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, a qual se dedicou exclusivamente a esse profissional de saúde (BRASIL, 2006). Esta lei determinou as atribuições, as condições de contratação e de

trabalho, piso salarial e estabeleceu o curso introdutório inicial e continuado como requisito fundamental para o exercício da profissão, além de garantir a contratação via regime jurídico da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Outro aspecto importante dessa lei é a previsão de repasse de técnicos formados no quadro da FUNASA para os estados, municípios e Distrito Federal no âmbito do SUS.

Mais tarde, a Lei nº 12.994, de junho de 2014, e a Lei nº 13.342, de outubro de 2016, alteraram alguns pontos da Lei nº 11.350/06, como questões trabalhistas, piso salarial, plano de carreira e formação profissional, e excluíram alguns, como favorecimento aos ACEs e ACSs no Programa Minha Casa, Minha Vida (BRASIL, 2016). A Portaria ministerial nº 165 de 2015, do Ministério de Trabalho e Emprego, definiu, no Código Brasileira de Ocupação 5151-40, a profissão dos ACEs dentre outras profissões, como ACSs, Agente Indígena de Saúde, Socorrista, Atendente de Enfermagem, Parteira Leiga, Visitador Sanitário e outras (BRASIL, 2015).

Com objetivo de criar um programa específico para combate à dengue, no quadro da vigilância epidemiológica, o Ministério da Saúde lançou, em 2002, o Programa Nacional de Controle de Dengue (PNCD), em que se previa o desenvolvimento de campanhas de informação e de mobilização das pessoas, a melhoria da qualidade do trabalho de campo de combate ao vetor e a integração das ações de controle de dengue na Atenção Básica da Saúde (BRASIL, 2002).

Dessa forma, em maio de 2010, o Ministério da Saúde publicou a Portaria Ministerial nº 1.007, com objetivo único de incorporar os ACEs nas Equipes de Saúde da Família, para garantir a integralidade do serviço do SUS e intensificar o controle de dengue no país (BRASIL, 2010). Importa salientar que a adesão à referida portaria é opcional, devendo ser feita pelo gestor de saúde municipal. Em contrapartida, é garantido aos municípios que aderissem à norma um incentivo financeiro na Equipe de Saúde da Família.

Em setembro de 2015, o Ministério da Saúde divulgou a Portaria nº 243, com intuito de estabelecer a forma como os municípios e Distrito Federal deveriam propor o curso introdutório para os ACEs e ACSs (BRASIL, 2015). A portaria acima também determinou o número mínimo de horas e componentes curriculares a serem abordados nos cursos. Previa-se como conteúdos a abordagem de assuntos como políticas públicas de saúde, legislações específicas sobre a

profissão, ética no trabalho, promoção e prevenção em saúde, território, mapeamento e dinâmicas da organização social.

Ainda sobre a regulamentação, a Portaria nº 535, de 30 de março de 2016, do Ministério da Saúde, revisou o quantitativo máximo dos ACEs passível de contratação com o auxílio da assistência financeira complementar da União, conforme a Classificação Brasileira de Ocupação 5151-40/2015. O objetivo dessa portaria é regulamentar a contratação dos ACEs, tendo em conta a disponibilidade da verba pública para remuneração, salvo em tempos de surto endêmicos. Já a Lei Federal nº 13.595/2018 reformulou as atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional e prevê os cursos de formação técnica e continuada para os ACEs e ACSs (BRASIL, 2018).

Ainda sobre 13.595/2018, o inciso 2 do Art. 5º estabelece que os ACEs deverão frequentar cursos bienais de educação continuada e de aperfeiçoamento, usando como referência os conhecimentos da educação popular em saúde. Aliás, esta lei trouxe uma inovação ao exigir o Ensino Médio completo como requisito para ingresso na profissão. Todavia, salienta-se que a Portaria do Ministério da Saúde nº 83, de janeiro de 2018, que instituiu o Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde, incluindo os ACEs, buscou garantir a oferta de cursos bienais conforme estabelecido na Lei nº 13.595/2018 (SOUZA, 2020).

Por último, a Emenda Constitucional nº 120, de maio de 2022 prevê a intervenção financeira da União na política remuneratória e na valorização dos profissionais que exercem atividades do Agente Comunitário de Saúde e do Agente de Combate às Endemias (BRASIL, 2022). O Quadro 5.2 abaixo apresenta um resumo do marco da construção histórica dos ACE no âmbito federal.

Quadro 5.2 - Marcos legais da construção histórica dos ACEs no âmbito nacional

Ano	Evento
1904	Decreto nº 5.157/1904 criou o Serviço de Profilaxia da Febre Amarela; Reformulou a Polícia Sanitária
1970	Decreto nº 66.580/1970 regulamentou as atribuições da SUCAM, concedendo-lhe autonomia administrativa e financeira
1991	Decreto nº 100/1991 transferiu atribuições da SUCAM para a FUNASA.
2006	Lei nº 11.350/2006 determinou as atribuições, as condições de contratação e de trabalho, piso salarial e estabeleceu o curso introdutório inicial dos ACE e ACS.
2010	Portaria Ministerial nº 1.007, do MS incorpora os ACEs nas Equipes de Saúde da Família.
2014	Lei nº 12.994/2014 alterou a Lei 11.350/2006 e institui piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira dos ACEs e ACSs.
2015	Portaria ministerial nº 165/2015, do Ministério de Trabalho e Emprego, definiu, no Código Brasileira de Ocupação 5151-40, a profissão dos ACEs, ACSs, Agente Indígena de Saúde, Socorrista, Atendente de Enfermagem, Parteira Leiga, Visitador Sanitário e outras.
2015	Portaria ministerial nº 243/2015, do MS de estabelece a forma como os municípios e Distrito Federal deverão propor o curso introdutório para os ACEs e ACSs.
2016	Portaria nº 535/2016, do Ministerial da Saúde, Revisa o quantitativo máximo de Agentes de Combate às Endemias passível de contratação com o auxílio da assistência financeira complementar da União
2016	Lei nº 13.342/2016 altera a Lei 11.350/2006, dispondo sobre a formação profissional e sobre benefícios trabalhistas e previdenciários dos ACEs e ACSs.

Fonte: Autor (2022)

Continuação do **Quadro 5.2** - Marcos legais da construção histórica dos
ACEs no âmbito nacional

2010	Portaria Ministerial nº 1.007, do MS incorpora os ACEs nas Equipes de Saúde da Família.
2014	Lei nº 12.994/2014 alterou a Lei 11.350/2006 e institui piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira dos ACEs e ACSs.
2015	Portaria ministerial nº 165/2015, do Ministério de Trabalho e Emprego, definiu, no Código Brasileira de Ocupação 5151-40, a profissão dos ACEs, ACSs, Agente Indígena de Saúde, Socorrista, Atendente de Enfermagem, Parteira Leiga, Visitador Sanitário e outras.
2015	Portaria ministerial nº 243/2015, do MS de estabelece a forma como os municípios e Distrito Federal deverão propor o curso introdutório para os ACEs e ACSs.
2016	Portaria nº 535/2016, do Ministerial da Saúde, Revisa o quantitativo máximo de Agentes de Combate às Endemias passível de contratação com o auxílio da assistência financeira complementar da União
2016	Lei nº 13.342/2016 altera a Lei 11.350/2006, dispondo sobre a formação profissional e sobre benefícios trabalhistas e previdenciários dos ACEs e ACSs.
2018	Lei nº 13.595/2018 reformulou as atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada para os ACEs e ACSs; Estabeleceu a conclusão do ensino médio como nível de escolaridade mínimo para ingresso nos empregos dos ACEs e ACSs.
2018	Portaria ministerial nº 83/2018, do MS, instituiu o Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde.
2022	Emenda Constitucional nº 120/2022 prevê financiamento da União na política remuneratória e na valorização dos ACEs e ACSs.

Fonte: Autor (2022)

5.2.2 No âmbito municipal

Já no âmbito da capital mineira, conta-se com a Lei nº 9.490 de janeiro de 2008, a qual estabelece a criação de emprego efetivo e público dos ACEs e ACSs. Nesta lei, observa-se que a forma de contratação dos profissionais em análise, em Belo Horizonte, obedece ao grau de aperfeiçoamento profissional concluído, sendo que o quantitativo dos ACE por centro de saúde é determinado tendo em conta as especificidades dos locais (BELO HORIZONTE, 2008).

Dois meses depois, a lei acima foi regulamentada pelo Decreto Municipal nº 13.090, de março de 2008, que instituiu o regime de horas de trabalho e suas tarefas de atuação no campo (BELO HORIZONTE, 2008). Em outubro de 2018, surgiu a Lei Ordinária Municipal nº 11.136, que dispõe sobre o plano de carreira dos ocupantes dos cargos dos ACEs e ACSs. Tal Lei Ordinária trouxe inovação ao estabelecer a conclusão do Ensino Médio como nível de escolaridade mínimo para ingresso nos empregos dos ACEs e ACSs, em atendimento à Lei Federal nº 13.595/2018 (BELO HORIZONTE, 2018).

Todavia, é importante sublinhar que, recentemente, a Lei Ordinária Municipal nº 11.223, de março de 2020, alterou a Lei nº 11.136/2018, na qual trouxe novas atribuições aos ACEs no âmbito do SUS de Belo Horizonte, como apoio às ações de vigilância e prevenção de doenças e apoio à população nas ações de promoção da saúde, como mobilização social no controle de zoonoses (BELO HORIZONTE, 2020). O Quadro 5.3 abaixo contém um resumo dos marcos legais da construção histórica dos ACE no âmbito municipal.

Quadro 5.3 - Marcos legais da construção histórica dos ACEs em Belo

Horizonte

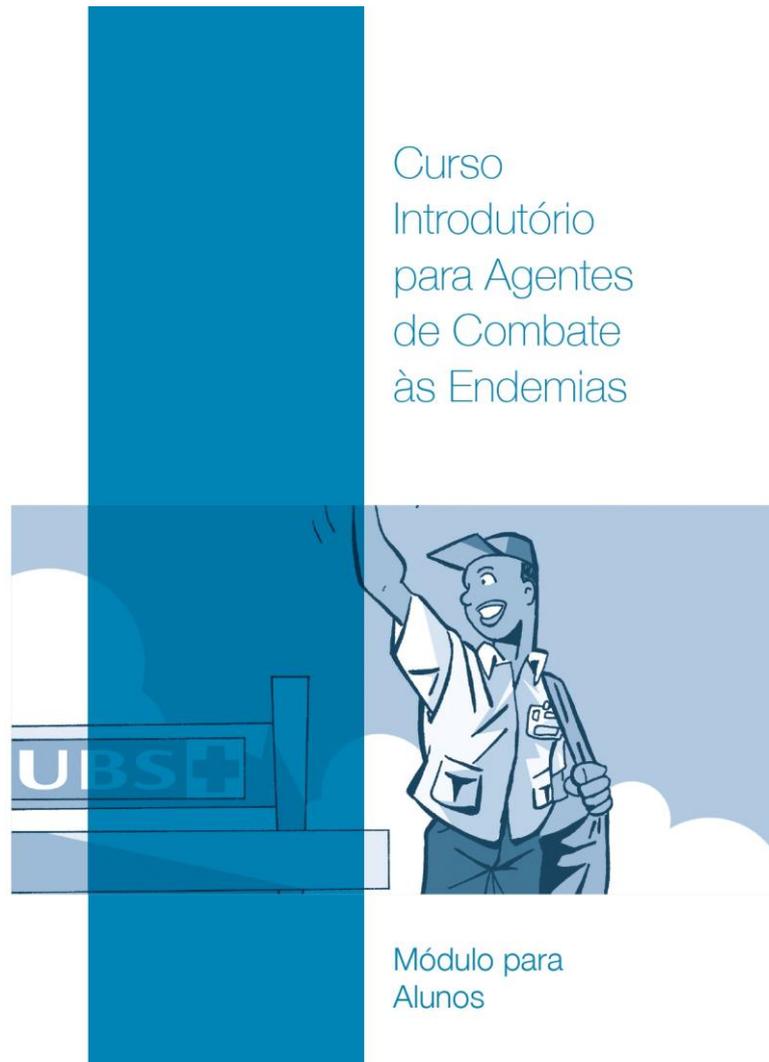
Ano	Evento
2008	Lei nº 9.490/2008, estabelece a criação de emprego efetivo e público dos ACEs e ACSs
2008	Decreto Municipal nº 13.090/2008 alterou a Lei nº 9.490/2008 ao instituir o regime de horas de trabalho e suas tarefas de atuação no campo.
2018	Lei Ordinária nº 11.136/2018 dispõe sobre o plano de carreira dos ocupantes dos cargos dos ACEs e ACSs; Estabelecer a conclusão do ensino médio como nível de escolaridade mínimo para ingresso nos empregos dos ACEs e ACSs.
2020	Lei Ordinária nº 11.223/2020 alterou a Lei nº 11.136/2018 trouxe novas atribuições aos ACEs no âmbito do SUS de Belo Horizonte,

Fonte: Autor (2022)

Também é importante refletir sobre o material formativo em meio a tais bases institucionais e legais. Dessa forma, ao analisar os manuais de formação dos ACEs, elaborados pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e pelo Ministério da Saúde, em 2009 e 2016, respectivamente, percebe-se que os componentes curriculares abordam questões sobre as políticas públicas de saúde, funcionamento do SUS, marco legal da profissão, mapeamento das comunidades, territórios e ética no trabalho.

Ainda nestas documentações, é perceptível a noção da importância de trabalho em equipe, mecanismos de troca de informações entre equipes, formas de se estabelecer relação de confiança com o morador, técnicas de entrevistas e aspectos de comunicação em saúde, sobretudo, a educação popular. Com base nisso, entende-se que os manuais de formação levam em consideração aspectos socioeconômicos da população, questões sanitárias e socioambientais da região, embora ainda sejam incipientes e pontuais, como será visto nos resultados do presente trabalho. A Figura 5.2 abaixo mostra a capa do manual de formação dos ACEs elaborado pelo Ministério da Saúde, em 2016.

Figura 5.2 - Manual de formação dos ACEs



Fonte: Ministério da Saúde (2016)

5.3 Do processo de recrutamento dos Agentes de Combate às Endemias

Inicialmente, importa citar que o processo de recrutamento dos Agentes de Combate às Endemias se dá por meio de seleção pública simplificada, sendo a conclusão do Ensino Médio o nível mínimo exigido para ingresso, conforme a Lei Federal nº 13.595/2018. Ainda assim, a Lei nº 11.350/2006, no seu artigo 16, proibiu a contratação temporária ou terceirizada dos ACEs e ACSs, salvo na hipótese de combate a surtos epidêmicos.

No processo de seleção, exige-se a comprovação do nível de escolaridade mínimo, documentos pessoais e comprovante de residência. Por exemplo, a Prefeitura de Belo Horizonte publicou o Edital nº 03/2008, em que o processo seletivo foi composto por uma prova objetiva de múltipla escolha, de caráter eliminatório e classificatório; uma prova de Títulos, também de caráter classificatório; e uma prova de Capacidade Física de caráter eliminatório (BELO HORIZONTE, 2008).

Um outro edital importante publicado foi o Edital nº 04/2014, administrado pela Fundação Guimarães Rosa (FGR). Também neste processo, previa-se a realização de prova objetiva de múltipla escolha, de caráter eliminatório e classificatório; teste de Capacidade Física, de caráter eliminatório; Curso Introdutório de Formação Inicial, de caráter eliminatório. A conclusão do ensino fundamental foi requisito mínimo para o ingresso (BELO HORIZONTE, 2014).

Importante sublinhar que, nas últimas seleções públicas, os conteúdos cobrados tiveram foco no vetor *Aedes aegypti*, atribuições do ACEs, território e questões epidemiológicas de Belo Horizonte. Outras questões abrangiam assuntos como a situação epidemiológica em Belo Horizonte, vigilância no território, a territorialização como instrumento básico de reconhecimento do território para a atuação da vigilância, febre amarela, dengue e chikungunya. A Figura 5.3 a seguir mostra a bibliografia sugerida no edital de seleção de 2014.

Figura 5.3 - Bibliografia sugerida no Edital nº 03/2014 para seleção dos ACEs

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA:

1. BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Construção da Atenção Básica em Belo Horizonte. In: BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. *A atenção básica de saúde em Belo Horizonte, recomendações para organização local* (3ª versão). Belo Horizonte, 2006. p.1- 9.
2. BRASIL. Congresso Nacional. Lei n.º 8.080/90 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acessado em: 28/10/14.
3. BRASIL. Congresso Nacional. Lei n.º 8.142/90 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm>. Acessado em: 28/10/14.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. *O ABC do SUS, doutrinas e princípios*. Brasília, 1990.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. 3ª Edição. Brasília, 2010.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. *Cartilha Entendendo o SUS*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=136>. Acessado em: 28/10/14.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. *Cartilha da Política Nacional de Humanização*, 2010. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf>. Acessado em: 28/10/14.

Fonte: BELO HORIZONTE, 2014

Em 2018, havia cerca de 1.485 agentes realizando visitas domiciliares em todos os bairros de Belo Horizonte. Ainda nesse ano, foi estimado que aproximadamente 4.399.681 visitas foram realizadas aos imóveis, com ênfase em descobrimento de focos de mosquito e orientação das populações sobre os cuidados com meio ambiente e formas de prevenção (BELO HORIZONTE, 2019).

6. CAPÍTULO 3 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA QUALITATIVA SOBRE OS AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS NO AGLOMERADO CABANA DO PAI TOMÁS

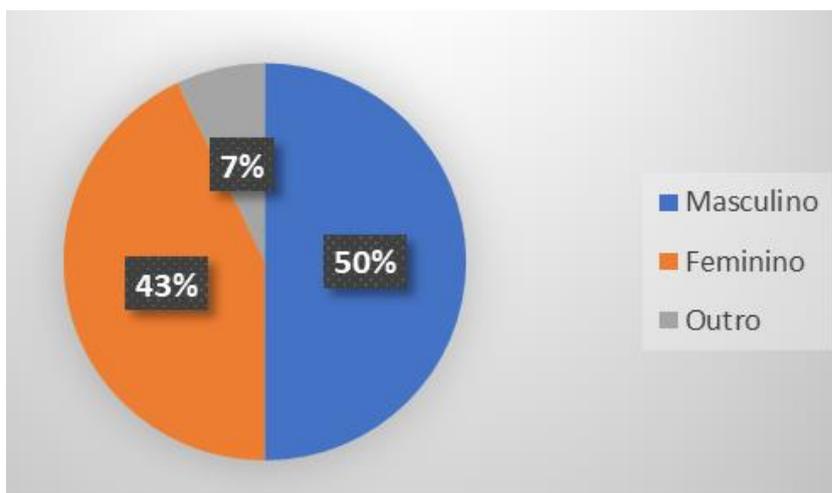
O presente trabalho contou com a participação de dois (2) ACEs do Centro de Saúde da Cabana do Pai Tomás, sete (7) ACEs do Centro de Saúde Waldomiro Lobo e cinco (5) ACEs do Centro de Saúde Vila Imperial, totalizando catorze (14) ACEs participantes. As entrevistas aconteceram entre 27 de maio de 2022 e 27 de junho de 2022. Importante sublinhar que, dentre catorze (14) participantes, um ACE não quis participar da segunda fase da pesquisa (a entrevista semiestruturada). Dessa forma, tem-se treze (13) entrevistas transcritas e armazenadas por um período de 5 (cinco) anos.

O presente capítulo está dividido em quatro partes. Na primeira parte, apresenta-se um levantamento geral sobre o perfil dos participantes, sobre a idade, o gênero, o tempo de atuação como ACE, a localidade onde mora, o maior grau de instrução e a forma como foi selecionado(a) para trabalhar como ACE, bem como a motivação para trabalhar como ACE. Tais informações constam no questionário aplicado aos ACEs dos três Centros de Saúde escolhidos na presente pesquisa. Também é importante destacar que o questionário aplicado foi a primeira etapa da metodologia. Na segunda parte, discute-se a questão da identidade socioprofissional dos participantes com relação ao trabalho como ACE. Já na terceira, discorre-se sobre as políticas públicas em torno dos ACEs do aglomerado Cabana do Pai Tomás. E, por último, na quarta parte, discute-se os conhecimentos ocultos ou experiências profissionais dos ACEs no território em questão.

6.1 Levantamento geral sobre o perfil dos ACEs do aglomerado Cabana do Pai Tomás

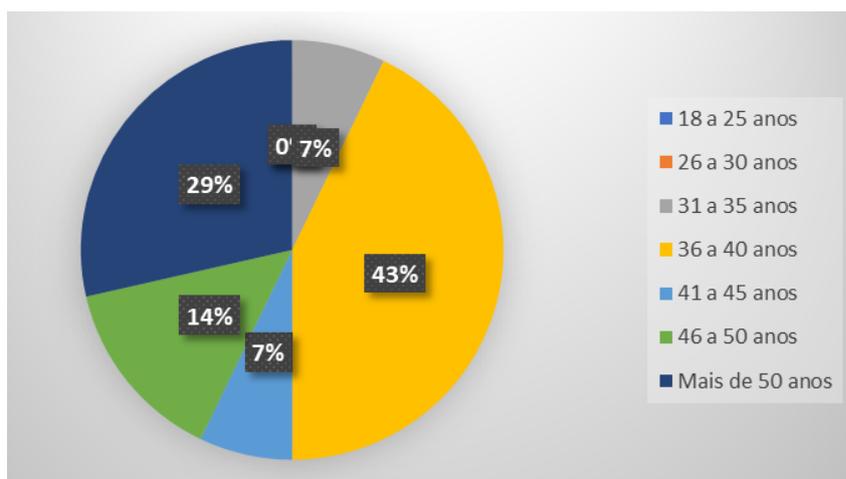
Conforme os Gráficos 6.1 e 6.2, a maioria dos participantes da pesquisa é do gênero masculino, com idade compreendida entre 36 e 40 anos. Tal faixa etária se encontra dentro da faixa etária para o trabalho produtivo, já que são jovens. Por outro lado, 57% dos participantes (8 ACEs) são casados.

Gráfico 6.1 - Gênero dos ACEs participantes



Fonte: autor (2022)

Gráfico 6.2 - Faixa etária dos ACEs participantes

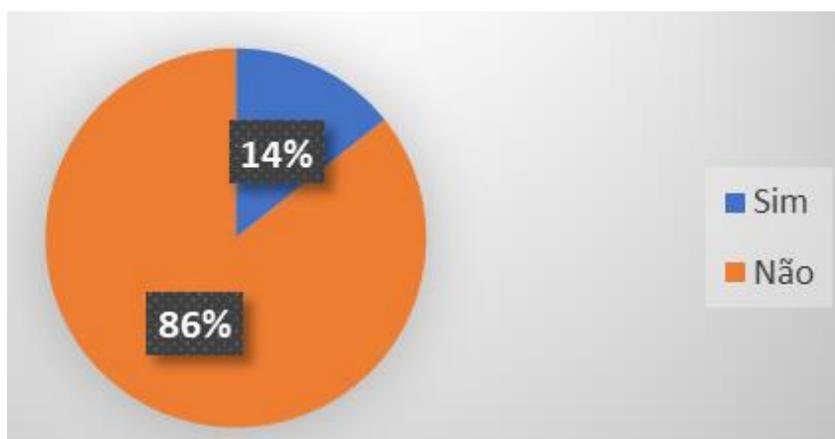


Fonte: autor (2022)

Com relação ao local de moradia, observou-se que 86% (12 ACEs) não moram na comunidade onde trabalham, como mostra o Gráfico 6.3 a seguir. Tal situação deve-se ao fato que as leis

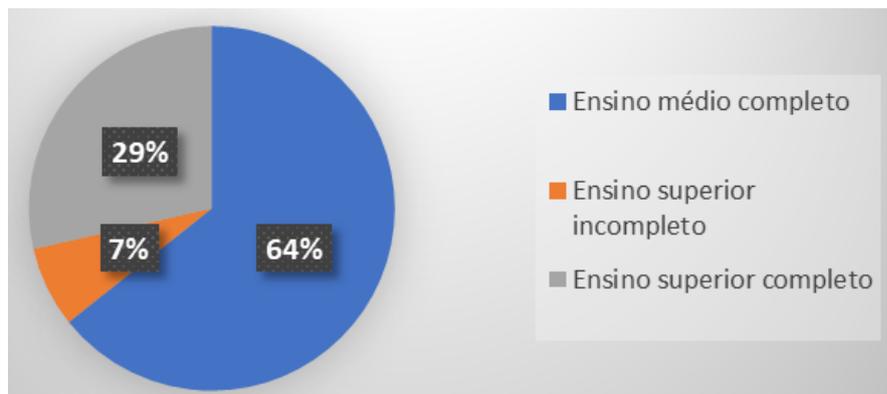
que regulamentam a categoria dos ACEs não exigirem a moradia obrigatória na localidade onde trabalha, com exceção dos ACSs, tal como discutido no capítulo 2. Um fato importante a mencionar sobre esse aspecto é que alguns ACEs moram em bairros nos arredores da Cabana do Pai Tomás e em municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte. Somente dois ACEs participantes moram na Cabana do Pai Tomás.

Gráfico 6.3 - Local de moradia dos ACEs participantes



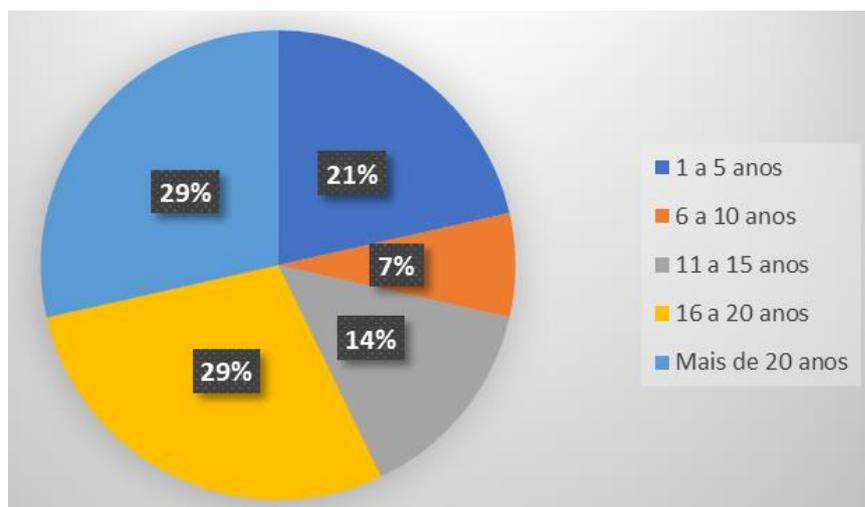
Fonte: autor (2022)

Já sobre o grau de instrução, notou-se que todos os participantes possuem o Ensino Médio completo, por força da Lei Federal nº 13.595/2018 e Lei Ordinária Municipal nº 11.136/2018, que passaram a exigir a conclusão do Ensino Médio como condição mínima para o ingresso nas categorias dos ACEs e ACSs. Alguns ACEs não concluíram o Ensino Superior. O Gráfico 6.4, a seguir, apresenta o maior grau de instrução dos ACEs participantes.

Gráfico 6.4 - Maior grau de instrução dos ACEs participantes

Fonte: Autor (2022)

Sobre o tempo de trabalho como ACE, verificou-se que 58% (a soma dos que trabalham entre 16 e 20 anos; e há mais de 20 anos) trabalham há mais de 15 anos como ACE. Sublinha-se que alguns ACEs já trabalharam em outros Centros de Saúde antes de irem para Centros de Saúde onde atuam atualmente. Assim, considerou-se o tempo em que o agente trabalha como ACE e não o tempo do trabalho no Centro de Saúde. O Gráfico 6.5 a seguir mostra o tempo de trabalho como ACE dos agentes participantes.

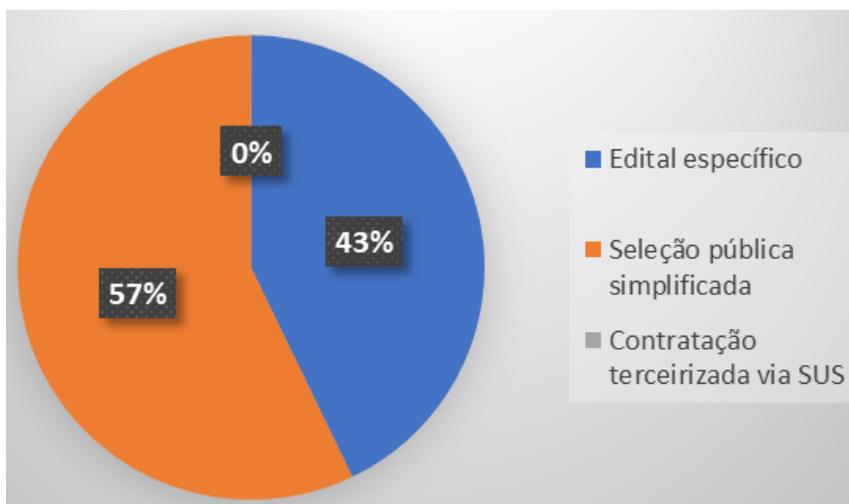
Gráfico 6.5 - Tempo de trabalho como ACE dos participantes

Fonte: autor (2022)

Quanto à forma de contratação, observou-se que 57% dos ACEs foram contratados via seleção pública simplificada, encabeçada por uma empresa especializada em concursos para cargos públicos, como discutido no capítulo 2. O Gráfico 6.6 mostra a forma de contratação dos ACEs

participantes da pesquisa. Importante destacar que nenhum ACE passou pela contratação terceirizada via SUS.

Gráfico 6.6 - Forma de contratação dos ACEs participantes



Fonte: autor (2022)

Para mais detalhes sobre o perfil dos ACEs participantes da presente pesquisa, pode-se consultar o Apêndice deste trabalho.

6.2 Identidade socioprofissional dos ACEs do aglomerado Cabana do Pai Tomás

Nesta seção, em razão da preservação do anonimato, adotaremos a nomenclatura ACE 1, ACE 2, ACE 3, ACE 4... ACE 13 para identificar as falas dos participantes. Além disso, não mencionaremos o Centro de Saúde ao qual o ACE trabalha. Cabe ressaltar que tal nomenclatura deriva-se conforme a ordem de participação da entrevista semiestruturada, ou seja, ACE 1 foi o primeiro a participar e ACE 13 o último a participar da entrevista.

Questionados sobre as motivações para trabalhar como ACE, os participantes alegam ter observado outros profissionais que atuavam na saúde pública, como os de zoonose, além da oportunidade de emprego e a boa reputação social de instituições que trabalham na linha de frente no combate às arboviroses. Dessa forma, compreendemos que instituições como FIOCRUZ e SUCAM possuem grande importância na visibilidade de categorias ligadas à saúde pública. Além disso, a proximidade familiar também influencia na escolha da profissão. As falas a seguir confirmam tais pressupostos:

Hum... desde criança eu vi o pessoal da SUCAM, e aí me interessava pelo trabalho. Aí um dia eu passei na rua e vi o folheto sobre o concurso que ia ter lá. Aí eu fiz o concurso, quando eu vi lá que trabalharia nos moldes da SUCAM, aí eu me interessei, estudei bastante e consegui passar. [...] E eu já vi como o pessoal da SUCAM trabalhava, né? Que era um trabalho na malária, controle de dengue. Aí eu ouvi falar sobre a FIOCRUZ, isso aí sempre me interessou. Então quando dizem isso aí que era aos moldes da SUCAM, eu já imaginava o que seria isso (ACE 1).

Na verdade, meu irmão começou a trabalhar na zoonose, trabalhando de ACE eu vi os relatos dele falando o que ele fazia, né, do contato com os moradores e eu fui motivando assim através disso, vendo a felicidade que ele tinha de trabalhar. Hm...huh. Ter o contato com as pessoas, aí eu decidi ser também (ACE 9).

Alguns ACEs buscaram a profissão pela questão do desemprego, vendo nela uma possibilidade de “estabilidade”. Também alguns agentes foram indicados por pessoa próxima, como se segue:

Na realidade, eu fui por indicação dum amigo meu que trabalhava na época de 2005 e 2006, mais ou menos, e ele me indicou, comecei a trabalhar, aí logo após o concurso que eu fiz, passei e tô até hoje. Foi por questão financeira mesmo. Tava desempregado. Tava precisando (ACE 5).

Na realidade, eu não tinha muito conhecimento na época, né? Que era a mais nova e tal. Então, seria uma oportunidade de emprego, com o passar do tempo, a gente foi se entendendo melhor. Seria mesmo uma oportunidade de emprego (ACE 12).

Com base no recorte racial discutido anteriormente, pode-se inferir que a escolha pela profissão dos ACEs perpassa por questão racial, já que houve uma diferença entre as pessoas negras e brancas nos cargos dos ACEs, embora isso aparece de forma incipiente⁹. Entretanto, sobre a questão do gênero, observamos que há mais homens exercendo a profissão dos ACEs que as mulheres, conforme o Gráfico 6.1. Essa situação não pode ser generalizada, pois outras pesquisas com esses recortes são necessárias para mais apontamentos.

Com relação à questão do reconhecimento como profissional de saúde, os agentes se reconhecem como tal. Vieira (2007) e Evangelista *et al.* (2019) observam que as identidades profissionais são formas socialmente construídas pelos indivíduos de se reconhecerem uns aos outros no campo do trabalho e do emprego. Nesse sentido, a questão da identidade remete ao significado do termo *self*, o sentido do “eu”. Dubar (1999) reitera que a identidade profissional não é elaborada solitariamente, mas, sim, em espaços de relações sociais. Os agentes acreditam que o fato de estarem divulgando as informações sobre a saúde pública faz com que sejam reconhecidos ou identificados como profissionais de saúde, como se segue nas falas a seguir:

Bom, além da bandeirinha do SUS no uniforme, a gente tá sempre indo na casa das pessoas e ajudando elas, né? A pessoa chegar lá, às vezes tá doente, a gente tem algumas ideias, às vezes pra pessoa não ficar doente, a gente dá algumas ideias. Ah, por exemplo, acho que só de cê chegar na casa de uma pessoa e explicar pra ela o que que ela deve fazer, no caso de uma mordida, de escorpião ou coisa assim, ou de contato com rato ou coisa assim, já é uma área da saúde, preservar a saúde, né? Isso mesmo. Não cura, mas ajuda a não adoecer (ACE 3).

Sim, a gente leva conhecimento pra população de coisas que eles não sabem, que eles não têm acesso. A gente atende a população (ACE 5).

[...] Então, eu me considero sim, achei um serviço muito importante, acho que se não tivesse com certeza teria muitos mais casos, não só de dengue, né? Mas de tudo que a gente leva informação, orientação às pessoas todos os dias, entendeu? (ACE 9).

Um outro ponto importante sobre a identidade socioprofissional é como os agentes são chamados nas comunidades. Para alguns, a denominação “Agentes da Dengue” aparece mais com frequência, seguido de “Agentes da Prefeitura” e “Agentes de Zoonoses”. Todavia, alguns autores enfatizam que a identidade socioprofissional dos ACEs tenha sido prejudicada pelas várias nomenclaturas que esta categoria possui, provocando uma certa invisibilidade, como Souza (2020) alega. Com isso, Ribeiro, Silva e Silveira (2017) entendem que:

⁹ É incipiente no sentido de que a presente pesquisa é apenas com os ACEs de uma regional de Belo Horizonte. Seria necessário observar a questão de gênero e da raça em outras regionais de Belo Horizonte.

[...] A invisibilidade pode ser pensada como um fenômeno intersubjetivo, caracterizado pelo desaparecimento psicossocial de um homem no meio de outros homens e aparece como um reflexo da sociedade em que se vive e na qual predomina a relação de coisificação das relações sociais (RIBEIRO; SILVA; SILVEIRA, 2017, p. 67).

Por último, foi unânime sobre a importância do trabalho de combate à dengue nas comunidades. Segundo os participantes, nesse contexto cíclico que se vive, o combate à dengue se faz necessário, uma vez que permanecem as políticas públicas incapazes de atacar o problema a partir da raiz. Dessa forma, alguns mencionaram a precariedade dos domicílios nas comunidades como razão da permanência dos casos de leishmaniose e da presença do escorpião, rato e, por suposto, do vetor de dengue, o *Aedes aegypti*, como se segue:

[...] Mas tem pessoa que mora no meio do esgoto. Às vezes, o rato que invade a casa do morador, mas, se você for dentro do Cabana, aí, lá onde que eu trabalhava no São Jorge, a pessoa que vai pra casa do rato; a pessoa que tá morando onde que o rato mora, de tão crítico que é [...] (ACE 5).

No Brasil, na década de 1980, foi criado o Programa do Orçamento Participativo¹⁰ (OP), um mecanismo decisório popular de destinação de recursos públicos. Tal programa iniciou-se em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, na década de 1980, e, posteriormente, expandiu-se para outras capitais e metrópoles do país (SOUZA, 2021). O principal diferencial do OP é a participação popular direta nas discussões e tomada de decisões quanto à alocação de recursos públicos. A Cabana do Pai Tomás teve um papel muito ativo nesse espaço decisório.

Por exemplo, Nascimento e Souza (2021) relataram experiências dos moradores de tal aglomerado em reuniões públicas do OP e do Plano Global Específico (PGE)¹¹, entre os anos de 2005 e 2011. Segundo as autoras, houve a participação massiva dos moradores, nas quais eles relatavam problemas com moradias em áreas de risco, ausência de ruas e pavimentação adequada para pessoas com deficiência, demora na conclusão de obras do OP e a ausência de espaços de lazer dentro da comunidade. No entanto, OP foi enfraquecido por várias razões.

¹⁰ Orçamento Participativo (OP) é um processo participativo popular por meio do qual qualquer cidadão pode contribuir em decisões, ainda que parciais, do orçamento municipal (SOUZA, 2021).

¹¹ Plano Global Específico (PGE) é um instrumento utilizado pela Prefeitura de Belo Horizonte que tem como finalidade nortear as intervenções de reestruturação urbanística, ambiental e de desenvolvimento social nas vilas, favelas e conjuntos habitacionais populares (NASCIMENTO; SOUZA, 2021).

Diniz (2016) buscou analisar os impactos das reformas urbanas na saúde pública da população do aglomerado Cabana do Pai Tomás, utilizando os indicadores epidemiológicos. A autora tomou como referência as obras do Orçamento Participativo e obras realizadas/começadas para o acolhimento da Copa do Mundo de 2014. Os resultados deste estudo indicaram a proeminência de casos notificados e confirmados de dengue, atribuídos à paralisação das obras públicas de saneamento, causando o acúmulo de entulho e de resíduos sólidos na região, contribuindo para proliferação de insetos como o mosquito *Aedes aegypti*.

Azevedo *et al.* (2022) analisaram também a descontinuidade do Orçamento Participativo em municípios brasileiros com acima de 50 mil habitantes, entre os anos de 2000 e 2016. Os resultados apontam que a descontinuidade de tal programa esteja relacionada, possivelmente, com a troca do partido das prefeituras municipais. Como alternativa para continuidade, tais autores apontam a cultura de colaboração local, como práticas de associativismo, e a manutenção do engajamento dos cidadãos para a institucionalização da prática do OP na administração municipal.

6.3 Os ACEs do aglomerado Cabana do Pai Tomás *versus* Políticas Públicas

Primeiramente, antes do exercício de qualquer profissão, é importante que ela tenha um corpo próprio de conhecimento. Vieira (2007) e Evangelista *et al.* (2019) afirmam que a profissão se torna reconhecida a partir do momento que possui um corpo de conhecimento próprio, adquirido com o treinamento formal, tendo a sua prática regida por regras sistematizadas próprias, atendendo à natureza do trabalho.

No cenário dos ACEs do aglomerado Cabana do Pai Tomás, observou-se que todos os participantes receberam a formação ou curso introdutório antes do exercício da profissão. Entretanto, a grande maioria não se lembra sobre os pormenores dos assuntos abordados durante os cursos, sobretudo dos aspectos legais da profissão. Tal posição é sustentada pelo fato de observarmos que os participantes, embora já terem ouvido falar sobre a Lei nº 11.350/2006, não sabiam mencionar qualquer ponto sobre ela, como se pode observar a seguir:

Não conheço os artigos, sei que é a lei que ampara, mas eu teria que ler a lei pra te falar a verdade. Eu li quando eu fiz o concurso em 2008 (ACE 2).

Sim, eu já conheço, já vi falar. [...] Ó, na verdade, eu não lembro muito bem não, mas eu já ouvi falar que regularizou o nosso trabalho. [...] Não, o que vem na minha cabeça é o reconhecimento pela nossa categoria, entendeu? Mas é isso, o reconhecimento é que através dessa lei a gente tem mais eh... "armas", né? Pra tá trabalhando nessa área e foi através disso aí (ACE 9).

Tal situação remete à necessidade de cursos de atualização, não só para releitura da lei em questão e demais leis e portarias pertinentes, mas para aquisição de novos conhecimentos acerca de arboviroses, propiciando uma formação continuada, como se observa nas falas a seguir:

Eh... uma reciclagem sempre é bom, né? Porque tem sempre um veneno novo surgindo. Tem sempre uma experiência nova surgindo. Então creio que a gente precisava de mais reciclagem (ACE 1).

Achei muito importante e interessante ter uma reciclagem pra gente, porque essa área de saúde ela tá sempre em movimento. [...] Então eu acho que é uma parte que precisa mais de reciclagens pelo menos de dois em dois anos pra atualizar a gente quando aparece um né? (ACE 11).

Portanto, os cursos de atualização e formação continuada aparecem, nesse aspecto, como elo para compreensão e reconhecimento do marco legal da profissão e para aquisição de novos conhecimentos. Por outro lado, destaca-se que todos os participantes dizem conhecer suas

atribuições e saber como executá-las, devido ao trabalho cotidiano nas comunidades e ao tempo em que trabalha como ACE. Conforme o Gráfico 6.5, os ACEs mais novatos trabalham entre 1 a 5 anos (21% dos participantes). Além da questão profissional, os cursos também podem auxiliar no processo de reelaboração ou atualização contínua de conhecimentos, já que se assiste à introdução e/ou à cocirculação de sorotipos de dengue e de outras arboviroses importantes no nosso meio.

Os ACEs relataram também a questão do salário, levando em conta o meio em que trabalham. Para alguns, as situações de violência e perigo durante as visitas domiciliares aparecem como uma preocupação e justificam a necessidade para o aumento da remuneração da categoria ou melhorias de condições no trabalho. Atualmente, conforme o Anexo XXIV, da Lei nº 13.324/2016, a partir de 2017, os ACEs de Classe A e Nível I possuem um piso salarial de R\$ 3.838,74 (três mil e oitocentos e trinta e oito reais, e setenta e quatro centavos). Contudo, os ACEs problematizaram a questão da remuneração, como se lê a seguir:

Principalmente o salário, a gente ganha muito pouco pra correr um perigo que a gente corre principalmente na Vila. A Cabana é dividido por áreas, né? Cada um tem sua área, então cada um sabe os perigos que tem na sua área. A minha área específica é só área que tem comércio de droga né? Todas as bocas de tráfico de droga eu faço. Só eu entro. [...] Mas já tive no meio de troca de tiro, tive que me esconder na casa dos outros. Várias vezes. Estava lá na hora, aconteceu. Eu não vi a troca de tiro, mas ouvi, tava muito próximo, parece que tá do lado, tinha que esconder (ACE 5).

Portanto, a melhoria de condições de trabalho para a categoria dos ACEs é uma questão fundamental e necessária, embora a Emenda Constitucional nº 120/2022 já preveja o financiamento da União na política remuneratória e na valorização das categorias dos ACEs e ACSs.

Atualmente, a categoria profissional dos ACEs e ACSs é amparada pelo Sindicato dos Servidores Públicos Municipais de Belo Horizonte (SINDIBEL), criado, em 1988, por trabalhadores de diversas categorias do funcionalismo municipal. Também a categoria é associada ao Sindicato dos Trabalhadores de Saúde de Minas Gerais (SIND- SAÚDE MINAS). Essas entidades têm lutado pelos direitos trabalhistas e pela melhoria de condições de trabalho dos trabalhadores da saúde pública, em particular dos ACEs e ACSs. A título de exemplo, as leis e portarias, tanto no âmbito municipal bem como nacional, que procuraram atender aos anseios trabalhistas dos ACEs e ACEs, são reflexos das lutas de tais classes trabalhadoras.

6.4 Os aspectos formativos dos ACEs do aglomerado Cabana do Pai Tomás *versus* a prática profissional

Nesta seção, debateremos sobre as práticas profissionais dos ACEs nas comunidades e discutiremos sobre as fragilidades dos cursos introdutórios frente às demandas que se colocam nas práticas. Como dito anteriormente, partimos de um pressuposto de que quem trabalha no campo constrói continuamente experiências e conhecimentos sobre o território. Dessa forma, esse indivíduo pode contribuir para pensar a dinâmica sobre tal localidade.

No caso dos ACEs do aglomerado Cabana do Pai Tomás, foi unânime a percepção sobre o aprendizado quanto à forma de lidar com as pessoas ou solidariedade por parte dos moradores. Para os agentes, a empatia, o carinho, o respeito pelo próximo e o saber lidar com diferentes pessoas são os maiores aprendizados ou lições de vida que aprenderam com os moradores da Cabana do Pai Tomás, como se pode ler nas falas a seguir:

Na minha profissão, na verdade, a convivência com todo tipo de pessoa, porque cada casa que cê entra é uma pessoa. E cê tem que tá apto a se relacionar bem com ela, porque se não ela nunca mais te deixa entrar na casa. Então, acho que é isso, a gente aprender a lidar com todo tipo de pessoa bem, a se dar bem com todo tipo de pessoa, né? Chegar lá o bandido tá lá limpando a arma, cê tem que tá lá e dizer para ele boa limpeza aí (ACE 3).

Ah... cê aprende muita coisa, cê convive com várias culturas. Você aprende a lidar melhor com o ser humano, apesar de ser muito difícil, no meu ponto de vista é um pouco difícil trabalhar com o ser humano. Mas eu aprendi muito (ACE 4).

A relação com as pessoas, interagir com as pessoas, entender o problema das pessoas. Ver a dificuldade que as pessoas têm, tem gente que não tem nada, cê chega na casa da pessoa, a pessoa não tem um prato de arroz pra comer, e ela te atende na alegria como se tivesse tudo, isso é o aprendizado (ACE 5).

Para outros agentes, a casa onde o indivíduo mora possui um significado de pertencimento e de valor humano. Dessa forma, e na percepção deles, a casa deve ser bem cuidada, já que é onde se vive, como se pode observar na fala do ACE 6:

Um aprendizado também é gostar muito da minha casa, porque eu vejo casas chiques, né? Mas também vejo umas casas que, né? poderia dar mais um carinhozinho pra elas, por isso que eu passei a gostar mais da minha casa (ACE 6).

Questionados sobre o que poderia ser melhorado para atender da melhor forma a comunidade sobre a prevenção de dengue, os ACEs mencionaram a forma de divulgação das informações

acerca do mosquito *Aedes aegypti* e formas de prevenção de dengue. Para eles, a mídia aberta, principalmente a TV e o rádio, possui grande potencial de divulgação de informações sobre o vetor de dengue e para campanhas de sensibilização:

Olha, o que deve melhorar é... são as propagandas em rádio e TV que tem alcance muito forte, né?. [...] Passar em horário nobre por exemplo, propaganda sobre deixar a água parada vai dar pernilongo da dengue, se deixar a casa suja vai aparecer ratazana, entendeu? (ACE 1).

Mais campanhas de conscientização, porque todo ano tem dengue, às vezes, para um morador, passa despercebido. [...] Mídia, divulgação em rádio, televisão e aí vai, jornais. Isso é muito importante. Eu acho que assim, o trabalho de divulgação se torna amplo não só pra um lugar, mas pra um contexto no geral (ACE 4).

Falar e propaganda na televisão tem bastante, mas teria que ter propaganda na televisão que falasse pernilongo porque todas as propagandas, tanto escrita como fala, no rádio e na televisão, fala mosquito da dengue, então a pessoa acha que nunca viu um mosquito da dengue, então em cada região teria que falar o nome daquilo que eles acham, então pra nós aqui é pernilongo. Outra coisa são focos da dengue, pneu, prato de planta. O prato de planta não deveria ser fabricado, já que a gente tem que recolher eles, teria que ser proibido a fabricação de prato de planta e o pneu, quem vende o pneu, deveria ter que recolher o pneu; ter um órgão pra recolher o pneu (ACE 6).

Com base nas falas acima, percebemos que os ACEs do aglomerado Cabana do Pai Tomás possuem um aprendizado que traduz a noção do currículo oculto decorrente da prática profissional. Esse currículo oculto aparece nas observações dos ACEs quanto à percepção da comunidade sobre o vetor de dengue, na forma de se relacionar com o morador e como a divulgação sobre a dengue deve ser feita pelas autoridades sanitárias. Tais questões são abordadas de forma superficial nos cursos introdutórios, como veremos mais adiante nas falas dos ACEs.

Por outro lado, as respostas para as questões “*Em que medida as experiências nas comunidades trazem novos conhecimentos para o enfrentamento de dengue?*” e “*A partir das observações da realidade local pelos ACEs, quais medidas se colocam como prioritárias para o enfrentamento da doença no aglomerado Cabana do Pai Tomás?*” apontaram resultados qualitativos importantes sobre a percepção dos ACEs, bem como sobre os obstáculos impostos para lidar com a doença. As falas dos ACEs do aglomerado Cabana do Pai Tomás direcionam para a divulgação de informações sobre a dengue, na linguagem da comunidade, e a inclusão de elementos específicos sobre o território nos currículos. Dessa forma, o currículo oculto dos ACEs, notadamente suas práticas e experiências nas comunidades, poderia ser pensado nesse viés, considerando as estratégias apontadas por eles.

Os agentes apontaram ainda as dificuldades do trabalho nas comunidades, como a falta de cumprimento de protocolos sanitários por parte da população:

Eh... o ponto negativo é você passar essa educação sanitária pra alguns moradores e eles não seguirem o esquema que a gente pede. Aí continua o círculo vicioso, água parada, pernilongo, gente doente, né? O ponto negativo é esse: o não escutar da população, às vezes (ACE 1).

O ponto negativo é quando algumas pessoas não deixam a gente entrar nas casas para fazer o serviço e passa uma semana, duas semanas elas aparecem aqui no posto com a dengue. Isso é difícil (ACE 5).

Sobre esse assunto, é importante reiterar que a água parada ou lixos espalhados pela rua é decorrente da falta de saneamento básico ou obras paralisadas, como discutido anteriormente. Dessa forma, seria importante retomar os projetos/obras do Orçamento Participativo, como forma de garantir os direitos básicos de vivência. Por outro lado, os ACEs dizem também sobre as formas como os moradores poderiam cumprir com as recomendações sanitárias.

Ah... uma multa, eu acho que sentir no bolso é que resolve. Advertência escrita, um prazo pra resolver e se não resolver uma multa (ACE 7).

Confrontando os cursos introdutórios com a realidade dos ACEs nas comunidades, percebe-se que tais cursos, embora mostrem a forma de como abordar o morador, nem sempre são suficientes ou atendem as especificidades de cada localidade. Ou seja, os cursos introdutórios não levam em consideração a realidade socioeconômica/sociocultural de um território, como os ACE 5 e ACE 12 relatam:

Trabalhar com as pessoas, o dia a dia. Aquele do curso eles não te ensinam a chegar na casa com cinco pessoas, um pai e a mãe desempregada e cinco pessoas com fome. Eles não te ensinam o que fazer, eles não te ensinam o que falar. Está chegando pra fazer um serviço que eles não querem aquilo, eles querem comer. Você bate na porta controle da dengue, não quer fazer o serviço da dengue, aí o cara fala assim, não pode entrar aí. [...] Cê vê as cinco pessoas, uma criança bate, pega na sua perna, fala “ô tio compra um biscoito pra mim”. [...] No curso, eles ensinam mais eh... lei, essas coisas. Agora, convivência com a pessoa, de como você tem que saber conversar com a pessoa pra ela deixar você entrar, fazer seu serviço, que isso é importante pra ela, cê tem que ultrapassar aquela barreira que ela está passando necessidade daquilo pra tentar explicar pra ela a importância do serviço da dengue. [...] Se ela não deixar entrar na casa dela pra fazer seu serviço, controle da dengue, que além de passar fome ela pode morrer de dengue. Então isso não aprende no curso (ACE 5).

Os cursos introdutórios abordam isso, por exemplo, como você vai lidar com um morador com estresse. Esse último curso que eu fiz até abordou essa questão. Teve um

morador que me xingou todinha e eu tive que deixar passar. Então o curso aborda de forma superficial essa questão. Você encontrar o morador mal humorado, ou com algum problema mental. Os cursos omitem ou não sabem essa questão (ACE 12).

Portanto, os cursos introdutórios para os ACEs deveriam ser elaborados e direcionados, tendo em conta as especificidades de cada localidade, não de forma generalizada como acontece. Ou seja, a partir da alocação de um profissional, deve haver um treinamento específico sobre aquele território. Partindo disso, observamos que a prática profissional, as sociabilidades formadas entre eles e com a comunidade acabam suprimindo as carências da ausência de formação continuada e a omissão de aspectos específicos da região no currículo formal.

Em recorte sobre a classe social, os agentes alegam ter dificuldades em visitar as residências de classes média e alta ao redor do aglomerado do Pai Tomás. Os ACEs enfrentam recusas dos moradores em liberar a casa para o agente fazer as visitas, porque, na concepção de tais moradores, não há necessidade de visita, uma vez que a empregada cuida bem da casa.

[...] Quando é a área de casa grande, casa mais chique, eles têm um certo receio de abrir a porta pra agente. [...] Às vezes, é de chatura mesmo, "ah não, agora eu tô fazendo a unha" e não abre pro cara da dengue e o quintal tá lá cheio de dengue, aí ó. Geralmente, quando a pessoa não abre, é porque tá tudo quebrado no quintal dela (ACE 3).

Por exemplo, igual eu te falei, é muito relativo o trabalho, aqui eu tenho facilidade por além de eu morar na área, né? Pessoal me conhece, eu conheço o pessoal, mas se for num bairro diferente, um bairro de classe média ou alta, cê vai ter uma certa dificuldade, o morador pode rejeitar sua visita. Então tem essas particularidades (ACE 4).

Dessa forma, entendemos que poderiam ser criados programas de educação popular ou educação em saúde direcionados para moradores da comunidade, como mecanismo para minimizar as resistências, porque se vive num contexto cíclico da endemia de dengue, e cada vez mais os casos de infestação estão se agravando em números significativos. Em março deste ano (2022), os dados do Ministério da Saúde apontam crescimento dos casos de dengue em 43,9% em relação ao ano de 2021, o que demonstra um problema de saúde pública sério e um cenário de atenção (ALMEIDA, 2022).

Em um contexto profissional dentro do Centro de Saúde, os agentes relataram boa relação profissional com os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e com outros profissionais de saúde, como enfermeiros, por exemplo. No entanto, não há uma relação profissional direta entre os ACEs e ACSs, já que há uma divisão do trabalho entre as duas categorias, ou seja, cada uma executa suas funções independentemente da outra. Assim, os ACEs afirmam que trabalham em

conjunto com os ACSs somente em casos de necessidade, como na distribuição de panfletos informativos e máscaras no começo da pandemia de COVID-19, por exemplo, ou quando há mutirão de limpeza, como se segue na fala dos ACE 3 e ACE 6.

Eh, o nosso trabalho é bem diferente do deles. Eles tratam direto com os moradores e a gente trata o quintal dos moradores. Então não tem muito a ver, mas quando tem algumas coisas que necessitam de uma atenção maior, a gente vai e ajuda os eles, entendeu? Tem vezes que eles precisam fazer uma distribuição de máscara, essas coisas assim, então exige um esforço maior e a gente vai lá e ajuda. Na pandemia, por exemplo, teve que distribuir máscara e como a gente tava aqui a gente mobilizou nossa equipe pra ajudar os ACS a distribuir as máscaras (ACE 3).

Eh, no Waldomiro Lobo sempre foi boa, né? Quando a gente precisa deles, a gente pede a gerente pra comunicar, né, e, principalmente, se é na área deles vai ter uma ação na área do fulano, a gente pede pro fulano te ajudar (ACE 6).

É importante abordar também a questão da violência baseada no gênero. Segundo relatos dos participantes, tanto as agentes, assim como os agentes, sofrem algum tipo de assédio nas comunidades. Geralmente essa situação é mais comum em novatas e novatos, como pode se observar na fala a seguir.

Sempre tem assédio. As mulheres dão em cima dos agentes e homens dão em cima das agentes. Tinha uma mulher que só atendia o rapaz da dengue enrolada numa toalha. [...] Nós mulheres agentes também levamos cantadas até hoje [...]. As agentes mais novas e bonitas são mais assediadas (ACE 6).

Os cursos introdutórios não abordam essa questão. A força do currículo oculto aparece também nessa problemática, já que os cursos introdutórios não abordam o tema e os instrumentos para lidar com ele. Os agentes elaboram alternativas, na prática, frente à situação.

Por último, os agentes ponderam que os protocolos de combate à COVID-19 não afetaram de maneira significativa as visitas domiciliares, como se segue:

Afetaram né, porque a gente não podia fazer uma visita intradomiciliar. Era só peridomiciliar, né? Era conversar com o morador e dar os conselhos que tinha que dar, né? Eh... tinha que ficar afastado mais ou menos 1 metro do morador, colocar a máscara, tudo mais, não podia pedir assinatura do morador pra não haver contaminação com caneta. Então, foi dessa forma que a COVID influenciou, fora do medo também de pegar a doença; foi uma questão de pânico mesmo (ACE 1).

Teve um pouco de dificuldade no início, mas depois as coisas foram se encaixando. A epidemia, ela se arrastou por mais de 1 ano, né? E a gente não entrava por questão de medida de segurança pra gente e pro morador (ACE 4).

Ou seja, os participantes realizaram visitas extradomiciliares no momento crítico da pandemia de COVID-19, vistoriando somente o quintal e as laterais dos domicílios, ficando dispensadas as residências com idosos acima de 60 anos de idade, conforme as recomendações da Nota Informativa nº 8/2020-CGARB/DEIDT/SVS/MS, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020). A Nota Informativa ainda conferiu responsabilidade às populações no sentido de se manterem vigilantes aos focos do *Aedes aegypti* no interior de suas casas.

7. CONCLUSÃO

A endemia de dengue é um dos problemas de saúde pública no Brasil, devido ao registro contínuo dos casos da doença. A cidade de Belo Horizonte, em particular, é considerada área endêmica. Diante dessa situação, foram criados grupos de trabalho, laboratórios, linhas de pesquisa e mobilizações que objetivam refletir sobre a disseminação do seu vetor, principalmente em espaços urbanos. No combate à dengue, os Agentes de Combate às Endemias (ACEs) são profissionais de saúde que realizam, no âmbito do SUS, as visitas domiciliares para descobrir e eliminar os focos do mosquito *Aedes aegypti*.

O presente trabalho procurou captar experiências profissionais dos ACEs dos Centros de Saúde do Aglomerado Cabana do Pai Tomás, Waldomiro Lobo e Vila Imperial, todos situados na região Oeste de Belo Horizonte. Além disso, procurou-se pensar na gênese histórica dessa profissão na saúde pública brasileira e discorrer sobre como esses sujeitos formam suas identidades socioprofissionais. Por meio do questionário aplicado e entrevistas semiestruturadas, foi possível observar que os ACEs do aglomerado Cabana do Pai Tomás formaram suas identidades socioprofissionais nas práticas sociais no território, de forma coletiva e intracoletiva, com os outros profissionais de saúde e, principalmente, com a comunidade.

Tais profissionais também constroem suas identidades em condições precárias de remuneração, com a necessidade de cursos de atualização ou formação continuada, na fragilidade dos cursos introdutórios, no desconhecimento do marco legal da profissão. Porém, constituem vínculo afetivo com os moradores em meio aos obstáculos no trabalho com as arboviroses e as zoonoses.

Por outro lado, os ACEs afirmam ter dificuldades em visitar as residências de classe média e alta. Entretanto, para os agentes, a empatia, a simplicidade, o carinho, o respeito pelo próximo e o saber lidar com diferentes pessoas são as lições de vida que aprenderam com os moradores do aglomerado Cabana do Pai Tomás. Contudo, há um contraponto sobre esse quesito: o descumprimento dos protocolos sanitários por parte da população. Dessa forma, sugerimos ações de educação em saúde para os moradores da comunidade, em especial aqueles que descumprirem as recomendações sanitárias ou não liberarem suas residências para visitas. Por último, os ACEs realçam a importância da divulgação de informações sobre as formas de

prevenção e combate à dengue nas mídias de grande circulação, principalmente na TV, nos jornais e no rádio em horários nobres. Sendo assim, consideramos que os ACEs do aglomerado Cabana do Pai Tomás podem contribuir para pensar a problemática de dengue em escala local, regional e, portanto, nacional.

Além disso, o currículo oculto dos ACEs do aglomerado Cabana do Pai Tomás aponta para a melhoria das políticas de combate à dengue e o incremento de outras metodologias de abordagem nos conteúdos do curso introdutório. Por exemplo, nos manuais do curso introdutório deveriam ser inseridos assuntos sobre questão socioeconômica das famílias e hábitos sociais e culturais específicos da localidade, como forma de preparar o agente para situações de recusa ou situações adversas. As experiências de tais profissionais também demonstram a problemática remuneratória da categoria, embora haja aprovação da lei que prevê a intervenção da União na política remuneratória da classe. Tal situação reflete um longo percurso sobre a visibilidade desses sujeitos e seu reconhecimento efetivo na saúde pública brasileira.

Diante de todas as situações adversas, os ACEs do aglomerado Cabana do Pai Tomás demonstram a força desse currículo oculto na composição de práticas sociais, na procura de novas alternativas de trabalho frente às lacunas dos cursos introdutórios, na construção de imagens de si e entre si, no tensionamento das estruturas da saúde pública, do espaço e das condições de trabalho. O trabalho de pesquisa histórica, junto com a análise qualitativa, aponta para a importância desse outro currículo, o que também não pode ser entendido como uma forma de suprir tais problemas. Pelo contrário, esse corpo de conhecimentos ocultos deve encontrar lugar para que seja visualizado, utilizado como referência em múltiplos espaços decisórios do SUS, no sentido de reivindicar agendas e políticas públicas para o caso das arboviroses e doenças tropicais negligenciadas.

Assim, esperamos que os conhecimentos ou experiências profissionais dos ACEs do aglomerado Cabana do Pai Tomás sejam levados em conta pelos gestores ou planejadores do SUS, com relação às políticas de enfrentamento à dengue no Brasil e, em particular, Belo Horizonte. No mais, o presente trabalho é apenas uma parte da literatura que buscou trazer à tona a realidade cotidiana dos ACEs. Sendo assim, sugerimos estudos com ACEs de outras regionais da capital mineira, como forma de suscitar o debate público para melhoria da sua

condição de trabalho e, conseqüentemente, para a erradicação da endemia de dengue. No mais, sugere-se, também, trabalhos que busquem a visibilidade e a valorização do profissional em questão.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Paulline. Casos de dengue no Brasil crescem 43,9% em 2022, segundo Ministério da Saúde. **Jornal CNN Brasil**, Rio de Janeiro. Disponível em <<https://www.cnnbrasil.com.br/saude/casos-de-dengue-no-brasil-crescem-439-em-2022-segundo-ministerio-da-saude/>>. Acesso em 02/10/2022.

ANGÉLICA, Angélica; TAVEIRA, Victória. A saúde pública no Brasil: um breve resgate histórico [1500-1990] SUS e COVID-19 no Brasil. **DENEM**, 2020.

ARAQUAN, Ricardo Borba. **Análise da incidência de dengue nos Distritos regionais de Belo Horizonte –MG, entre os anos de 2005 a 2013**. 2014. 61 f. Monografia (Bacharelado em Geografia) - Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2014.

AZEVEDO, Ricardo Rocha de; CARDOSO, Ricardo Lopes; CUNHA, Armando Santos Moreira da; WAMPLER, Brian. Efeitos políticos na descontinuidade do orçamento participativo em municípios. **Revista de Administração Pública**, v. 3, p. 349-372, maio/jun., Rio de Janeiro, 2022.

BACHILLI, Rosane Guimarães; SCAVASSA, Ailton José; SPIRI, Wilza Carla. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13(1), p. 51-60, 2008.

BARATA, Rita Barradas. Cem anos de endemias e epidemias. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5(2), p. 333-345, 2000.

BARBOSA, Ieda da Costa; GONDIM, Grácia Maria de Miranda; OLIVEIRA, Marcio Sacramento de. **História e contexto atual dos agentes de vigilância em saúde no Brasil**. In: Guia do Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde, Rio de Janeiro, 2011.

BATISTELLA, Carlos Eduardo Colpo. **Tensões na constituição de identidades profissionais a partir do currículo**: análise de uma proposta de formação profissional na área de vigilância em saúde. 2009. 255f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Vigilância em Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

BENCHIMOL, Jaime Larry. **Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

BENCHIMOL, Jaime Larry. A instituição da microbiologia e a história da saúde pública no Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5(2), p. 265-292, 2000.

BELO HORIZONTE, Prefeitura de Belo Horizonte. **Lei nº 9.490, de 14 de janeiro de 2008**. Cria os empregos públicos efetivos de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate a Endemias I e II e dá outras providências. 2008.

BELO HORIZONTE, Prefeitura de Belo Horizonte. **Decreto Municipal nº 13.090, de 17 de março de 2008**. Regulamenta a lei nº 9.490, de 14 de janeiro de 2008, que "cria os empregos públicos efetivos de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate a Endemias I e II, e dá outras providências", 2008.

BELO HORIZONTE, Prefeitura de Belo Horizonte. **Edital nº 03/2008**. Disponível em <<https://www.pciconcursos.com.br/noticias/3014-vagas-para-a-prefeitura-de-belo-horizonte-mg>>. Acesso em 02/10/2022.

BELO HORIZONTE, Prefeitura de Belo Horizonte. **Lei nº 11.136, de 18 de outubro de 2018**. Dispõe sobre o plano de carreira dos ocupantes dos empregos públicos de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate a Endemias do Poder Executivo municipal e dá outras providências. 2018.

BELO HORIZONTE, Prefeitura de Belo Horizonte. **Agentes de Combate às Endemias realizam mais de mil vitórias em defesa da saúde**. Belo Horizonte, 2019. Disponível em <<https://prefeitura.pbh.gov.br/noticias/agentes-de-combate-endemias-realizam-mais-de-mil-vitorias-em-defesa-da-saude>>. Acesso em 15/03/2022.

BELO HORIZONTE, Prefeitura de Belo Horizonte. **Lei nº 11.223, de 19 de março de 2020**. Altera a Lei nº 11.136/18, que dispõe sobre o plano de carreira dos ocupantes dos empregos públicos de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate a Endemias do Poder Executivo municipal e dá outras providências. 2020.

BELO HORIZONTE, Prefeitura de Belo Horizonte. **Edital nº 04/2014**. Belo Horizonte, Disponível em <<https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/planejamento/gestao-de-pessoas/Edital04.14-ACEI/1.Edital1.pdf>>. Acesso em 13/03/2022.

BELO HORIZONTE, Secretaria Municipal de Saúde. **Dados da Dengue em Belo Horizonte**. Belo Horizonte, 2009. Disponível em <<http://www.pbh.gov.br/smsa/bhdengue/>>> . Acesso em 22/02/2022.

BELO HORIZONTE, Prefeitura de Belo Horizonte. LIRAa de outubro de 2016. Disponível em <<http://www.pbh.gov.br/smsa/dengue/pag.php?p=2>>. Acesso em 05/11/2022.

BH MAPS. Disponível em <<http://bhmap.pbh.gov.br/v2/mapa/idebhgeo#zoom=7&lat=7797544.19954&lon=609135.1045&baselayer=base>>. Acesso em 08/12/2022.

BRAGA, Ima Aparecida; VALLE, Denise. *Aedes aegypti*: histórico do controle no Brasil. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 16, p. 113 - 118, abr/jun de 2007.

BRASIL, Presidência da República. **Decreto nº 5.157 de 08 de março de 1904**. Aprova o regulamento do serviço de prophylaxia da febre amarella. Brasília, 1904.

BRASIL, Presidência da República. **Decreto nº 66.580, de 15 de maio de 1970**. Concede autonomia administrativa e financeira à Superintendência de Campanhas de Saúde Pública, e dá outras providências, Brasília, 1970.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Superintendência de Campanhas de Saúde Pública**. Combate ao Aedes Aegypti/Aedes Albopictus. – Instruções para Guardas, Guardas-Chefes e Inspetores. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL, Presidência da República. **Decreto nº 100, de 16 de abril de 1991**. Institui a Fundação Nacional de Saúde e dá outras providências. Brasília, 1991.

BRASIL, Ministério da Saúde. Relatório final. In: **CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**. Anais, p. 198, Brasília, DF, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Vigilância Epidemiológica**. Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2002.

BRASIL, Presidência da República. **Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006**. Regulamenta as atividades e formas de contratação dos agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 6 out. 2006.

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

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 1.007, de 4 de maio de 2010**. Define critérios para regulamentar a incorporação do Agente de Combate às Endemias - ACE, ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, na atenção primária à saúde para fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de Saúde da Família. Brasília, DF, Abr. 2010.

BRASIL. **Lei n. 12.994, de 17 de junho de 2014**. Institui piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 18 jun. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 165, de 25 de fevereiro de 2015**. Cria código provisório de Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) de Agentes de Combate às Endemias (ACE). Brasília, DF, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 243, de 25 de setembro de 2015**. Dispõe sobre o Curso Introdutório para o Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate às Endemias e seu conteúdo. Brasília, DF, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 535, de 30 de março de 2016**. Revisa o quantitativo máximo de Agentes de Combate às Endemias passível de contratação com o auxílio da assistência financeira complementar da União, considerando os parâmetros e diretrizes estabelecidos no Decreto nº 8.474, de 22 de junho de 2015 e na Portaria nº 1.025/GM/MS, de 21 de julho de 2015. Brasília, DF, 2016.

BRASIL, **Lei nº 13.342, de 03 de outubro de 2016**. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Institui a formação profissional e sobre benefícios trabalhistas e previdenciários dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 5 de out., 2016.

BRASIL, Presidência da República. **Lei nº 13.324 de 29 de julho de 2016**. Altera a remuneração de servidores e empregados públicos; dispõe sobre gratificações de qualificação

e de desempenho; estabelece regras para incorporação de gratificações às aposentadorias e pensões; e dá outras providências. Diário da Oficial da União, Brasília/DF, 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Manual: **Curso Introdutório para Agentes de Combate às Endemias**. Módulo para Alunos, 1ª edição, Brasília, 2016.

BRASIL, **Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018**. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias, Brasília, DF, 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 83, 10 de janeiro de 2018**. Institui o Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde - PROFAGS, para oferta de curso de formação técnica em enfermagem para Agentes Comunitários de Saúde - ACS e Agentes de Combates às Endemias - ACE no âmbito do SUS, para o biênio de 2018-2019. Brasília, 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Nota Informativa Nº 8/2020-CGAR/DEIDT/SVS/MS**. Recomendações aos Agentes de Combate a Endemias (ACE) para adequação das ações de vigilância e controle de zoonoses frente à atual situação epidemiológica referente ao Coronavírus (COVID-19). Brasília, 2020.

BRASIL, Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 120, de 5 de maio de 2022**. Acrescenta §§ 7º, 8º, 9º, 10 e 11 ao art. 198 da Constituição Federal, para dispor sobre a responsabilidade financeira da União, corresponsável pelo Sistema Único de Saúde (SUS), na política remuneratória e na valorização dos profissionais que exercem atividades de agente comunitário de saúde e de agente de combate às endemias. Brasília, DF, 2022.

BRAGA, Ima Aparecida; VALLE, Denise. *Aedes aegypti*: histórico do controle no Brasil. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 16, p. 113 - 118, abr./jun. de 2007.

BRATHWAITE, Dick Olivia. *et al.* The History of Dengue Outbreaks in the Americas. **The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 87, n. 4, p. 584-593, 2012.

CARMO, Leandro Fernandes do. **Análise espacial dos casos registrados das doenças Dengue, Zika e Chikungunya no município de Divinópolis no período de 2012 a 2017**. 2020. 132 f. Dissertação (mestrado em Geografia) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020.

Casos de dengue crescem 339% no Brasil em 2019; quase mil cidades têm risco de surto. **G1**, Rio de Janeiro, abril/2019. Disponível em <https://g1.globo.com/bemestar/noticia/2019/04/30/casos-de-dengue-crescem-339percent-no-brasil-em-2019-quase-mil-cidades-tem-risco-de-surto.ghtml>. Acesso em 02/05/2022.

CORRÊA, Paulo Roberto Lopes. **Dengue e dengue hemorrágico em Belo Horizonte, 1996-2001**. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Belo Horizonte, 2003.

CORRÊA, Paulo Roberto Lopes; FRANÇA, Elisabeth, BOGUTCHI, Tânia Fernandes. **Infestação pelo Aedes aegypti e ocorrência da dengue em Belo Horizonte, Minas Gerais.** Revista Saúde Pública, v.39(1), p. 33-40, 2005.

COSTA, Fernando Braga da. **Homens invisíveis: relatos de uma humilhação social.** São Paulo: Globo, 2004.

COSTA, Euler Oliveira Cardoso da; RAMOS, Lilian Maria Paes de Carvalho. **Trabalho, lugar e identidade profissional docente: um estudo de caso em Austin, Baixada Fluminense.** 2012.

COSTA, Josiel Melquiades da; FERBELONI, Jacimara Villar. **A relação entre as condições precárias de moradias e a incidência de casos de doenças transmitidas pelo Aedes aegypti.** 2019.

CRAIB, Ian. **Experiencing Identity.** Londres: Sage Publication, 1988.

CUNHA, Maria da Consolação Magalhães; CAIAFA, Waleska Teixeira; OLIVEIRA, Cláudia di Lorenzo; KROON, Erna Geesien; PESSANHA, José Eduardo Marques; LIMA, Joseane Aline. Fatores Associados à infecção pelo vírus da dengue no município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais, Brasil: características individuais e diferenças intra-urbanas. **Revista de epidemiologia, Serviço de Saúde**, Brasília, 17(3): p. 217-230, jul-set 2008.

DISTRITO FEDERAL, Secretaria Estadual de Saúde. **Informativo Entomológico: Levantamento Rápido de Índices para o Aedes aegypti no Distrito Federal – LIRAA.** Ano 6, N.º 01, Fevereiro de 2018. Disponível em <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/554390/LIRAA-Fevereiro-2018_Versao-6-final.pdf>. Acesso em 30/07/2022.

DUBAR, Claude. A sociologia do trabalho frente à qualificação e à competência. **Revista Educação & Sociedade**, Campinas, v. 19, n. 64, p. 87-103, abr. 1999.

DINIZ, Bruna Monteiro. **Saneamento e saúde: análise do impacto das reformas urbanas no aglomerado Cabana do Pai Tomás com o uso de indicadores epidemiológicos.** 2016. 89 f. Monografia (Bacharelado em Engenharia Ambiental e Sanitária) - Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

EVANGELISTA, Janete Gonçalves. **As políticas de educação profissional em saúde no contexto da dengue: a perspectiva dos agentes de combate às endemias.** 2017. 151 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto René Rachou/Fiocruz Minas, Belo Horizonte, 2017.

EVANGELISTA, Janete Gonçalves; FLISCH, Tácia Maria Pereira; PIMENTA, Denise Nacif. A formação dos agentes de combate às endemias no contexto da dengue: análise documental das políticas de saúde. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Belo Horizonte, v. 11, n. 1, abr. 2017.

EVANGELISTA, Janete Gonçalves; PEREIRA, Tácia Maria Flisch; VALENTE, Polyana Aparecida; PIMENTA, Denise Nacif. Agente de combate às endemias: construção de

identidades profissionais no controle da dengue. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Belo Horizonte, vol.17, n. 1, abr. 2019.

FRAGA, Livia dos Santos; MONTEIRO, Simone. A gente é um passador de informação: práticas educativas de agentes de combate a endemias no serviço de controle de zoonoses em Belo Horizonte, MG. **Revista Saúde Soc.** São Paulo, v.23, n.3, p .993-1006, 2014.

FRANZOI, Naira Lisboa. Entre a formação e o trabalho: trajetórias e identidades profissionais. **Editora da UFRGS**, Porto Alegre, 2006.

FRANÇA, Cláudia Gomes; CHAVES, Bráulio Silva. **O CEFET-MG, do Cabana do Pai Tomás ao Aglomerado da Serra: conexões entre ciência, tecnologia e educação.** Belo Horizonte, 2015.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE MEIO AMBIENTE (FUNASA). **Cronologia Histórica da Saúde Pública: Uma Visão Histórica da Saúde Brasileira.** 2017. Disponível em <<http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>>. Acesso em 02/05/2022.

FIALHO, Joaquim. A construção da identidade social e profissional através da ação das redes de sociabilidade laboral. **Revista Argumentos**, v.14, n.1, p. 138-162, jan/jun-2017.

GOOGLE MAPS: **Centros de Saúde na Cabana do Pai Tomás, Belo Horizonte/MG.** Disponível em

<<https://www.google.com/maps/search/centros+de+sa%C3%BAde+na+cabana+do+pai+tom%C3%A1s/@-19.939307,-44.0111689,13z/data=!3m1!4b1>>. Acesso em 03/11/2022.

GOHN, Maria da Glória. Educação não-formal na pedagogia social. **Plataforma Scielo**, 2006. Disponível em

<http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000009200600100034>. Acesso em 26/02/2022.

GOMES, Antonio Marcos Tosoli; OLIVEIRA, Denize Cristina de. A auto e heteroimagem profissional do enfermeiro em saúde pública: um estudo de representações sociais. **Revista Latino-am Enfermagem**, São Paulo, p. 1011 - 1018, nov./dez. 2005.

GLUBER, Duane. Dengue and Dengue Hemorrhagic Fever. **Clinical Microbiology Reviews, Philadelphia**, v. 3, n. 11, p. 480–496, jul. 1998.

GIDDENS, Anthony. **Sociologia**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 6a edição, 2008.

HALSTEAD, Scott. Dengue hemorrhagic fever-public health problems and a field for research. **Bull World Health Organ**, v. 58, n. 1, p. 1-21, 1980.

HALSTEAD, Scott. The XXth century dengue pandemic: need for surveillance and research. **World Health Stat Q**, v. 45, n. 2, p. 292-298, 1992.

LÖWY, Ilana. Vírus. Mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política. Rio de Janeiro: **Editora FIOCRUZ**, 2006.

MACHADO, Sandra. **História do Aedes aegypti no Brasil**, Rio de Janeiro/RJ, 13 de fevereiro de 2017. Disponível em <<http://multirio.rio.rj.gov.br/index.php/leia/reportagens->

[artigos/reportagens/12026-hist%C3%B3ria-do-i-aedes-aegypti-i-no-brasil](#)>. Acesso em 02/05/2022.

MACHADO, Maria Helena. Sociologia das profissões: uma contribuição ao debate teórico. In: Profissões de saúde: uma abordagem sociológica [online]. Rio de Janeiro: **Editora FIOCRUZ**, p. 13-33, 1995.

MAGALHÃES, Rodrigo Cesar da Silva. **A erradicação do Aedes aegypti**: febre amarela, Fred Soper e saúde pública nas Américas (1918-1968). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.

MATOS, Geraldina da Costa Ribeiro. **Trabalho e Saúde: a perspectiva dos Agentes de Combate a Endemias de Belo Horizonte**. 2017. 64 f. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência) - Faculdade de Medicina/Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

MOEHLECKE, Carolina Landi e Renata. Fiocruz investe em ações preventivas para a dengue. **Agência de Notícias da Fiocruz**, 2015. Disponível em <<https://agencia.fiocruz.br/fiocruz-investe-em-a%C3%A7%C3%B5es-preventivas-para-dengue>>. Acesso em 02/05/2022.

MORAES, Hélbio Fernandes. **SUCAM**: Sua origem, sua história. Ministério de Saúde, Brasília, v.2, p.23-76, 1988.

MOZZATO, Anelise Rebelato; GRZYBOVSKI, Denize. Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios. **Revista RAC**, Curitiba, v. 15, n. 4, p. 731-747, Jul./Ago. 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed., São Paulo: Hucitec, 2013.

NASCIMENTO, Alexandra; SOUZA, Maria Nazaré Fernandes. de. Espaços de participação e gestão democrática das cidades: O papel da Associação de Moradores do Aglomerado Cabana Pai Tomaz. **Revista IJDR**, vol. 11, 12, p. 52636-52641, dezembro/2021.

OLIVEIRA, Maria Verônica Araújo de Santa Cruz. **A educação popular em saúde e a prática dos agentes de controle das endemias de Camaragibe**: uma ciranda que acaba de começar. 364 f. 2002. Dissertação (Mestrado em Educação) - Centro de Educação, Universidade Federal da Paraíba, 2002.

OLIVEIRA, Giselle Lopes Armindo de; NERY, Camilla Ribeiro; DINIZ, Maria Cecília Pinto; SCHALL, Virgínia Torres. Representações sociais de agentes de endemias sobre o controle da dengue em área endêmica. **Revista Saúde e Sociedade**, 2012.

OLIVEIRA, Luiz de. História da saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS. In: **Encontros Teológicos** nº 61 Ano 27, n. 1, p. 31-42, 2012.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Editora Fiocruz, 6ª reimpressão, p. 43 – 101, Rio de Janeiro, 2009.

PESSANHA, José Eduardo Marques; CAIAFFA, Waleska Teixeira; KROON, Erna Gessien; PROIETTI, Fernando Augusto. Dengue em três distritos sanitários de Belo Horizonte, Brasil: inquérito soropidemiológico de base populacional, 2006 a 2007. **Revista Panam Salud Pública**, 27(4):252–8, 2010.

PESSOA, João Paulo de Moraes; OLIVEIRA, Ellen Synthia Fernandes de; TEIXEIRA, Ricardo Antônio Gonçalves; LEMOS, Cristiane Lopes Simão; BARROS, Nelson Filice de. Controle da dengue: os consensos produzidos por Agentes de Combate às Endemias e Agentes Comunitários de Saúde sobre as ações integradas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, p. 2329-2338, 2016.

REZENDE, Joffre Marcondes de. Epidemia, Endemia, Pandemia. *Epidemiologia*. **Revista de Patologia Tropical**, vol. 27(1), p. 153-155, jan/jun, 1998.

RIBEIRO, Geraldina da Costa; SILVA, Jandira Maciel da; SILVEIRA, Andréa Maria. **Trabalho e Saúde: a perspectiva dos Agentes de Combate a Endemias de Belo Horizonte** Belo Horizonte, 2017.

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti; MARQUES, Maria Cristina da Costa. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. **Ciência e saúde coletiva**. v. 14, n. 4, p. 1193-1204, 2009.

LÖWY, Ilana. Vírus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política. Rio de Janeiro: **Editora FIOCRUZ**, 2006.

SABROZA, Paulo Chagastelles; TOLEDO, Luciano; OSANAI, Carlos. A organização do espaço e os processos endêmicos-epidêmicos. In MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80**. São Paulo: HUCITEC, p. 57 - 77, 1995.

SANTOS, Clara. **A Construção Social do Conceito de Identidade Profissional**. *Interações* n.8. p 123-144, 2005.

SAN MARTÍN, José Luis; BRATHWAITE, Oliveira; ZAMBRANO, Bezana; SOLÓRZANO, José Orlando, BOUCKENOOGHE, Alain; DAYAN, Gustavo; GUZMÁN, Maria. The Epidemiology of Dengue in the Americas Over the Last Three Decades: A Worrisome Reality. **The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 82, n. 1, p. 128-135, 2010.

SANGLARD, Gisele de; COSTA, Renato da Gama-Rosa. **Oswaldo Cruz no combate às epidemias**. 2020. Disponível em <<http://coc.fiocruz.br/index.php/pt/todas-as-noticias/1776-oswaldo-cruz-no-combate-as-epidemias.html?tmpl=component&print=1&page=>>. Acesso em 15/05/2022.

SAINSAULIEU, Renaud. **L'Identité au Travail**. Paris: Presse de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, 1997.

SOUZA, Estevão Alves de. **A formação profissional do Agente de Combate às Endemias no município de Maricá-RJ: dinâmicas e dilemas**. 2022. 100 f. Dissertação (Mestrado em Educação Profissional em Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, 2020.

SOUZA, Luciana Andressa Martins de. Partidos, governo e Legislativo nas disputas do Orçamento Participativo: uma análise comparativa. **Revista Opinião Pública**, vol. 27, p. 154-188, Campinas/SP, jan.-abr., 2021.

SILVA, Luiz Jacintho da. O controle das endemias no Brasil e sua história. **Revista Ciência e Cultura**, vol.55, no.1, São Paulo, Jan./Mar 2003.

SILVA, Ana Maria Costa. **Formação, Percurso e Identidades**. Coimbra: Quarteto, 2003.

SILVA, Cristiane Maria da Costa; MENEGHIM, Marcelo de Castro; PEREIRA, Antonio Carlos; MIALHE, Fábio Luiz. Educação em Saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Revista Ciência e Saúde Coletiva, Ciência, saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2539-2550, 2010.

SILVA, Ivando Antunes da. **Você conhece a história dos Agentes de Combate de Endemias? Seu passado, presente e o possível futuro?** Rio de Janeiro, 2015. Disponível em <<http://ivandoagentedesau.de.blogspot.com/2015/09/voce-conhece-historia-dos-agentes-de.html?spref=fb>> . Acesso em 02/05/2022.

SILVA, Ivan Antunes da. **História evolutiva dos Guardas de Endemias**. Jornal Duas Estradas Hoje, São Paulo, 29/10/2016. Disponível em <<http://duasestradashoje.blogspot.com/2016/10/historia-evolutiva-dos-guardas-de.html>>. Acesso em 05/11/2022.

VALLE, Denise; PIMENTA, Denise Nacif; CUNHA, Rivaldo Venâncio da. **Dengue: teorias e práticas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

VALLE, Denise; AGUIAR, Raquel; PIMENTA, Denise Nacif; FERREIRA, Vinicius. **Aedes de A a Z**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2021.

VALVERDE, Ricardo. **Doenças Negligenciadas**. Rio de Janeiro/RJ, 20-?. Disponível em <<https://agencia.fiocruz.br/doen%C3%A7as-negligenciadas#:~:text=As%20doen%C3%A7as%20negligenciadas%20s%C3%A3o%20aque las,medicamentos%20e%20em%20seu%20controle>>. Acesso em 02/05/2022.

VEGA, Farley Liliana Romero. **Dengue e Chikungunya na Colômbia e em Minas Gerais, Brasil: análise clínica e epidemiológica, nos anos de 2010 a 2016**. 2019. 202 f. Tese (doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

VIEIRA, Mônica. Trabalho, qualificação e a construção social de identidades profissionais nas organizações públicas de saúde. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 243-260, 2007.

WILENSKY, Harold. **The Professionalization of EveryoneP**. In: *The Sociology of Organizations: basic studies* (Grusky, Oscar and Miller, George eds.), New York, The Free Press, 1970.

WHO. **Dengue haemorrhagic fever:** diagnosis, treatment, prevention and control. Second. ed. Geneva: WHO, v. I, 1997.

YUMPU. **Dengue - Instruções para Pessoal de Combate ao Vetor.** Disponível em <<https://www.yumpu.com/pt/document/view/18809915/dengue-instrucoes-para-pessoal-de-combate-ao-vetor>>. Acesso em 02/10/2022.

APÊNDICE

Tabela comparativo da produção acadêmica sobre a identidade profissional entre os Agentes de Combate às Endemias e Agentes Comunitários de Saúde				
Título	Foco		Gênero do trabalho	Ano de publicação
	ACE	ACS		
A CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE SOCIAL E PROFISSIONAL ATRAVÉS DA AÇÃO DAS REDES DE SOCIABILIDADE LABORAL	X		Artigo	2017
AGENTES DE COMBATE AS ENDEMIAS: CONSTRUÇÃO DE IDENTIDADES PROFISSIONAIS NO CONTROLE DA DENGUE	X		Artigo	2019
IDENTIDADES PROFISSIONAIS DOS AGENTES DE COMBATE AS ENDEMIAS NO CONTEXTO DA DENGUE	X		Artigo	2018
TECNICO DE VIGILANCIA EM SAUDE: CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE PROFISSIONAL		X	Artigo	-
Agentes comunitários de saúde : trajetórias, saberes e identidade profissional		X	Dissertação	2008
Identidade dos agentes de combate às endemias		X	Artigo	2006
Guardas sanitários: relações sociais, poder e formação de identidade 1940-60	X	X	Artigo	2013
O PAPEL DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA NA CONSTRUÇÃO EDUCATIVA DA IDENTIDADE PROFISSIONAL DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE NOVA FRIBURGO- RIO DE JANEIRO - BRASIL		X	Artigo	2021
Trabalho flexível e capital social: um estudo de caso sobre a ação dos agentes comunitários de saúde em Araraquara		X	Artigo	2009
Configuração identitária do agente comunitário de saúde de áreas rurais		X	Dissertação	2008

Questionário aos Agentes de Combate às Endemias do aglomerado Cabana do Pai Tomás, Belo Horizontne					
Sobre o perfil dos ACE					
Variável	Hipóteses	Frequência	Variável	Hipóteses	Frequência
Gênero	Masculino	7	As populações acatam as recomendações sanitárias de combate à dengue?	Sim	9
	Feminino	6		Não	0
	Outro	1		Às vezes	5
Idade	18 a 25 anos	0	Entre vocês, há uma relação extra-trabalho? Vocês visitam as casas ou residências um(a) do(a) outro(a).	Sim	3
	26 a 30 anos	0		Não	11
	31 a 35 anos	1	No contexto cíclico da endemia de dengue, como você avalia a importância do seu trabalho nas comunidades?	Nada ou pouco importante	0
	36 a 40 anos	6		Importante	0
	41 a 45 anos	1		Muito importante	14
	46 a 50 anos	2		Sim	14
	Mais de 50 anos	4	Você se reconhece como profissional de saúde?	Não	0
	Condição civil	Solteiro(a)	5	Como os(as) moradores(as) observam o trabalho de vocês?	Nada ou pouco importante
Casados(a)		8	Importante		0
Divorciado(a)		1	Muito importante	14	
Viuvo(a)		0	E como os(as) outros(as) profissionais no Centro de Saúde avaliam a profissão de vocês?	Nada ou pouco importante	0
É morador(a) da comunidade?	Sim	2		Importante	0
	Não / outro	12		Muito importante	14
Qual é seu maior grau de instrução	Ensino médio completo	9	Como é a relação com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS)? Se vocês partilham conhecimentos, sentimentos ou se aceitam dentro da unidade de saúde ou se dividem decisões/atuações sobre a prevenção e o combate à dengue nas comunidades.	Ruim	1
	Ensino superior incompleto	1		Bom	2
	Ensino superior completo	4		Muito bom	11
	Dimensão formal			Há uma atuação articulada ou em conjunto com os Agentes Comunitários de Saúde?	Sim
Edital específico	6	Não	3		
Seleção pública simplificada	8				

Como foi a seleção para você atuar como ACE?	Contratação terceirizada via SUS	0	Você tem boa relação com os(as) moradores(as) onde faz visitas domiciliares?	Sim	14
	Outro			Não	0
Você conhece a Lei no 11.350/2006, que regulamenta a categoria profissional dos ACE?	Sim	8	Como você avalia o comportamento dos moradores em relação a vocês?	Mais ou menos	0
	Não	6		Ruim	0
Vocês receberam a formação para atuar como ACE	Sim		Como vocês são chamados(as) na comunidade?	Bom	6
	Não			Muito bom	8
Há quanto tempo você trabalha como ACE?	Menos de 1 ano	0	O que você considera como maior aprendizado na experiência prática na comunidade?	Profissionais de saúde	
	1 a 5 anos	3		Agente de dengue	10
	6 a 10 anos	1		Dengosos(as)	0
	11 a 15 anos	2		Outro (Agentes da prefeitura / zoonoses)	4
	16 a 20 anos	4		Discutido no capítulo 3 do TCC	
	Mais de 20 anos	4		Os(as) moradores(as) questionam sobre outros problemas de saúde além de dengue? Por exemplo, questões sobre leishmaniose, esquistossomose, zika, chikungunya e outras doenças.	Sim
5 a 10 visitas	0	Não	0		
Quais visitas domiciliares você realiza por dia?	11 a 15 visitas	2	Como a pandemia da COVID-19 alterou a rotina do seu trabalho nas comunidades?	Impactou muito minha rotina e tive dificuldades em realizar visitas domiciliares.	6
	16 a 20 visitas	0		Não impactou muito, mas às vezes tenho dificuldades em realizar visitas domiciliares.	2
	Mais de 20 visitas	12		Não alterou nada e realizo normalmente minhas visitas domiciliares.	6
Quantas horas você trabalha por dia?	8 horas	14	Em que ponto as medidas contra COVID-19 afetaram os protocolos das visitas domiciliares?	Muito	13
	10 horas	0		Mais ou menos	1
	12 horas	0		Nada foi afetado	0
Há flexibilidade de horários de visitar domiciliares?	Sim	14			
	Não	0			
	Às vezes	0			
Quais horários há mais dificuldades em acessar as residências dos moradores?	Parte da manhã	6			
	Parte da tarde	8			

A endemia de dengue como processo formativo: a atuação dos Agentes de Combate às Endemias no aglomerado Cabana do Pai Tomás, Belo Horizonte/MG (2006 - 2022)

ROTEIRO DA ENTREVISTA AOS AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS
(ACE)

OBS: o tempo previsto para duração da entrevista é de 25 a 30 minutos.

- 1) Qual foi sua motivação para trabalhar como ACE? Explique.
- 2) Você conhece a Lei nº 11.350/2006, que regulamenta a categoria profissional dos ACE?
- 3) Vocês receberam a formação para atuar como profissional de saúde?
- 4) Como você descreveria o ambiente dentro do grupo de trabalho? É um ambiente de partilha de conhecimentos/experiências com os(as) novatos(as)?
- 5) Como acontecem essas conversas e trocas de experiências?
- 6) Qual avaliação sobre o curso de formação? Foram passados conhecimentos/informações de maneira clara e precisa do conteúdo?
- 7) Como você avalia a formação recebida sobre a dengue?
- 8) Você sente a necessidade de cursos de atualização? Comente.
- 9) Você se reconhece como profissional de saúde? Comente.
- 10) Na sua opinião, o que deveria ser feito ou melhorado para atender de forma eficiente às demandas das comunidades sobre a prevenção e combate ao *Aedes aegypti*?
- 11) Como é definida a rota de trabalho dentro das comunidades?
- 12) Como é a integração no centro de saúde onde trabalham? Como é a relação com outros profissionais no centro de saúde?
- 13) Como você descreveria a relação com os agentes comunitários de saúde (ACS)? Comente.
- 14) Há uma atuação articulada ou em conjunto com os ACS? Explique.
- 15) Nas relações com os ACS, o que você mencionaria como algo produtivo ou improdutivo? Explique.
- 16) Como é a vivência ou a socialização nas comunidades? Se vocês são recebidos(as) bem pelos(as) moradores(as), e se eles(as) colaboram com as recomendações deixadas por vocês. Comente.
- 17) O que você considera como maior aprendizado na experiência na comunidade?

- 18) Como tem sido a sua experiência nas comunidades? Comente.
- 19) Qual(ais) experiência(s) você mencionaria que adquiriu nas comunidades no âmbito de combate ao *Aedes aegypti*? Comente.
- 20) O que você mencionaria como ponto positivo e/ou negativo em trabalhar com ACE? Comente.
- 21) Como você lida com os(as) moradores(as) quando eles(as) questionam questões além da dengue? Explique.
- 22) Como a pandemia da COVID-19 alterou a rotina do seu trabalho nas comunidades?
- 23) Como você avalia o impacto da COVID-19 no controle de dengue nas comunidades?
- 24) Em que ponto as medidas contra COVID-19 afetaram os protocolos das visitas domiciliares?

ANEXOS



**PREFEITURA
BELO HORIZONTE**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE BELO HORIZONTE/
SMSA-BH**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A endemia de dengue como processo formativo: a atuação dos agentes de combate às endemias no aglomerado Cabana do Pai Tomás, Belo Horizonte/MG.

Pesquisador: BRAULIO SILVA CHAVES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 46888721.0.3001.5140

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/ SMSA-BH

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.278.206

Apresentação do Projeto:

Parecer Nº 5.2726.628

Objetivo da Pesquisa:

Parecer Nº 5.2726.628

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Parecer Nº 5.2726.628

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Parecer Nº 5.2726.628

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Parecer Nº 5.2726.628

Recomendações:

Parecer Nº 5.2726.628

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Lista de Pendências:

1.Retificar o tempo de guarda do material coletado para atendimento à Normas da Resolução 466/12, na medida que consta no projeto que o tempo de guarda será indeterminado.

Segundo o Pesquisador foi retificado o período indeterminado anteriormente previsto, para

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02

Bairro: Padre Eustáquio

CEP: 30.130-007

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-5309

E-mail: coep@pbh.gov.br



PREFEITURA
BELO HORIZONTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE BELO HORIZONTE/
SMSA-BH



Continuação do Parecer: 5.278.206

período de cinco (5) anos de modo a atender a Norma acima supracitada. Tal alteração está nas páginas dois (2) dos TCLE's anexados, inclusive estão destacados em amarelo.

Análise: Este Comitê considerou como válida a informação da Carta Resposta.

Pendência atendida.

2. Incluir nos TCLE's o endereço e os contatos do CEP/SMSA-BH.

Foram adicionados os contatos do CEP/SMSA-BH, relativamente ao endereço de localização, e-mail e o contato telefônico para caso de eventuais denúncias. Tal retificação encontra-se nas páginas três (3) dos TCLE's, e estão destacados em amarelo.

Análise: Este Comitê considerou como válida a informação da Carta Resposta.

Pendência atendida O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, não encontrando objeções éticas e tendo o projeto cumprido os requisitos da Resolução CNS 466/12, considera aprovado o projeto "A endemia de dengue como processo formativo: a atuação dos agentes de combate às endemias no aglomerado Cabana do Pai Tomás, Belo Horizonte/MG".

Recomendações do CEP/SMSA-BH:

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 466/12.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser previamente apresentadas para apreciação do CEP através da Plataforma Brasil, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.
- Notificações podem ser apresentadas ao CEP através da Plataforma Brasil. As notificações de início e término da pesquisa devem ser apresentadas tão logo os eventos ocorram.
- Relatórios semestrais, a partir da data de aprovação, devem ser apresentados ao CEP para acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado relatório final.

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02

Bairro: Padre Eustáquio

CEP: 30.130-007

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-5309

E-mail: coep@pbh.gov.br



**PREFEITURA
BELO HORIZONTE**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE BELO HORIZONTE/
SMSA-BH**



Continuação do Parecer: 5.278.206

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1855791.pdf	22/02/2022 13:19:51		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Fase2_2_presencial2022.pdf	21/02/2022 21:19:28	ALEXANDRE DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Fase2_1_online2022.pdf	21/02/2022 21:19:10	ALEXANDRE DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Fase1_questionario2022.pdf	21/02/2022 21:17:15	ALEXANDRE DA SILVA	Aceito
Outros	Carta_parecer2_PBH.pdf	21/02/2022 21:15:10	ALEXANDRE DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_completo.pdf	18/10/2021 15:08:24	ALEXANDRE DA SILVA	Aceito
Outros	Carta_parecer.pdf	17/10/2021 10:35:41	ALEXANDRE DA SILVA	Aceito
Outros	Termo_de_Anuencia_PBH.pdf	17/10/2021 09:39:03	ALEXANDRE DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Fase2_2_presencial.pdf	05/07/2021 23:57:15	Alexandre da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Fase2_1_online.pdf	05/07/2021 23:56:58	Alexandre da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Fase1_questionario.pdf	05/07/2021 23:56:45	Alexandre da Silva	Aceito
Outros	lattes_Braulio.pdf	03/07/2021 18:55:50	Alexandre da Silva	Aceito
Outros	Termo_de_uso_de_voz_e_imagem.pdf	03/07/2021 18:44:57	Alexandre da Silva	Aceito

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02

Bairro: Padre Eustáquio

CEP: 30.130-007

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-5309

E-mail: coep@pbh.gov.br



PREFEITURA
BELO HORIZONTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE BELO HORIZONTE/
SMSA-BH



Continuação do Parecer: 5.278.206

Outros	Roteiro_ACE.pdf	20/04/2021 21:01:13	Alexandre da Silva	Aceito
Outros	Questionario_ACE.pdf	20/04/2021 21:00:49	Alexandre da Silva	Aceito
Outros	lattes_Alexandre.pdf	20/04/2021 20:43:06	Alexandre da Silva	Aceito
Outros	lattes_huener.pdf	02/12/2020 21:11:40	Alexandre da Silva	Aceito
Outros	CV.pdf	21/02/2020 10:48:36	Alexandre da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 08 de Março de 2022

Assinado por:

SANDRA CRISTINA PAULUCCI CAVALCANTI DE ANDRADE
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02

Bairro: Padre Eustáquio

CEP: 30.130-007

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-5309

E-mail: coep@pbh.gov.br

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A epidemia de dengue como processo formativo: a atuação dos agentes de combate às epidemias no aglomerado Cabana do Pai Tomás, Belo Horizonte/MG.

Pesquisador: BRAULIO SILVA CHAVES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 46888721.0.0000.8507

Instituição Proponente: Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.086.364

Apresentação do Projeto:

O trabalho intitulado "A epidemia de dengue como processo formativo: a atuação dos agentes de combate às epidemias no aglomerado Cabana do Pai Tomás, Belo Horizonte/MG" é um projeto de pesquisa realizada no âmbito do grupo de ensino, pesquisa e extensão PET ConecTTE: conexão interdisciplinar entre trabalho, tecnologias e educação, e do trabalho de conclusão de curso do aluno Alexandre da Silva no bacharelado em Engenharia Ambiental e Sanitária do Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais (CEFET-MG). Tem como objetivo principal "Compreender o processo formativo oculto dos agentes de combate às epidemias (ACE), na sua prática profissional que se configura nas experiências compartilhadas na comunidade.". O proponente caracteriza o processo formativo oculto como "conhecimentos não abordados na formação profissional, mas que se verificam durante atuação e vivências nas comunidades.". O estudo irá abordar os ACE lotados nos Centros de Saúde Cabana Pai Tomás e Waldomiro Lobo.

A metodologia de pesquisa envolverá as seguintes etapas:

- Revisão bibliográfica dos trabalhos acadêmicos que tenham como público-alvo os agentes de combate às epidemias em Belo Horizonte e região ao redor, disponíveis nas plataformas digitais, para compreender o panorama da sua identidade profissional e representação social.
- Organização e classificação dos documentos levantados sobre os ACE, estabelecendo critérios de filtragem de acordo com os objetivos propostos na presente pesquisa.

Endereço: Avenida Amazonas, 5855, Prédio principal (único) do Campus Gameleira (Campus VI), 1º andar, sala do

Bairro: Gameleira

CEP: 30.510-000

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3379-3004

E-mail: cep@cefetmg.br

Continuação do Parecer: 5.086.364

- Aplicação de questionário on-line para levantamento preliminar das informações acerca das experiências dos ACE na comunidade (fase 1) e recrutamento de voluntários (as) para entrevista semiestruturada (fase 2);
- Realização de entrevista semiestruturada com os ACE para explorar suas experiências profissionais coletivas de combate à dengue e compreender a construção de conhecimentos na prática cotidiana da profissão.

Todos os ACE lotados nas unidades de saúde mencionadas serão convidados a participarem do estudo. De acordo com informação previamente obtida pelo Pesquisador, são 5 (cinco) ACE do Centro de Saúde Waldomiro Lobo e 9 (nove) ACE do Centro de Saúde da Cabana do Pai Tomás.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Compreender o processo formativo oculto dos agentes de combate às endemias (ACE), na sua prática profissional que se configura nas experiências compartilhadas na comunidade.

Objetivo Secundário:

- Explorar as experiências profissionais dos ACE de dois centros de saúde escolhidos (centro de saúde Cabana do Pai Tomás e Waldomiro Lobo) no cenário de enfrentamento da endemia de dengue;
- Observar e compreender o panorama da identidade profissional e representação social dos ACE de dois centros de saúde na comunidade selecionada;
- Verificar as vivências dos ACE, seus processos de socialização e diálogos intracomunidade para compreender o processo de construção dos conhecimentos na prática cotidiana de combate à dengue, de modo a compreender a sua formação oculta.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Esta pesquisa poderá apresentar alguns riscos de cunho emocional para participantes mais sensíveis, uma vez que será realizada a entrevista online, e os participantes podem alterar seu comportamento perante o observador. Durante a entrevista, o(a) participante pode se sentir desconfortável ao responder perguntas, acabando por se emocionar. Assim, estão sendo tomadas devidas diligências para que, no momento da entrevista on-line, seja permitida somente a entrada do(a) participante ou da equipe de pesquisa. Alguns riscos à entrevista on-line são a invasão da privacidade da pessoa que está utilizando a plataforma. Sendo assim, o(a) voluntário terá

Endereço: Avenida Amazonas, 5855, Prédio principal (único) do Campus Gameleira (Campus VI), 1º andar, sala do
Bairro: Gameleira **CEP:** 30.510-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3379-3004 **E-mail:** cep@cefetmg.br

Continuação do Parecer: 5.086.364

conhecimentos da política de privacidade da plataforma que será utilizada para realização e gravação da entrevista on-line. Durante a reunião on-line, o(a) participante terá o direito de não ligar a câmera, permanecendo

somente com o microfone ativado para conversa. Outro risco associado à entrevista on-line ou presencial e preenchimento de formulário eletrônico é o risco de cansaço devido ao tempo que poderá ser longo para responder as perguntas, o que poderá causar algum desconforto no(a) participante. Também pode-se ter o risco da perda de sigilo de dados relativos ao preenchimento do formulário eletrônico. Nesse sentido, serão explicadas para

o(a) participante as políticas de privacidade da plataforma que será utilizada para preenchimento do questionário. Para caso do cansaço durante a entrevista on-line ou presencial, o(a) voluntário(a) poderá solicitar a pausa da entrevista a qualquer momento que achar necessário, sendo que a mesma será recomeçada assim que o(a) participante pretender. E no caso de preenchimento do formulário on-line, o(a) participante poderá cancelar e salvar as respostas concedidas até aquele momento, e poderá recomeçar mais tarde, a partir do e-mail enviado aquando do salvamento das respostas. Durante as entrevistas, o(a) participante poderá não responder qualquer pergunta que julga ser um constrangimento. Em caso da ocorrência da emoção, o(a) participante poderá cancelar ou suspender o preenchimento do questionário on-line, e em caso da entrevista on-line ou

presencial, a mesma será cancelada e recomeçada de livre vontade do(a) voluntário(a), quando assim pretender. Em caso de não querer mais participar da entrevista, caso assim solicitar, as respostas recolhidas serão excluídas de imediato. Os riscos previstos neste projeto de pesquisa tanto para etapa de preenchimento de formulário on-line, quanto para entrevista on-line ou presencial, são classificados como riscos pequenos, com poucos impactos para o(a) participante. No caso da entrevista presencial, conforme os protocolos de segurança da Secretaria Municipal da Saúde de Belo Horizonte, por ocasião da pandemia de COVID-19, será mantido o distanciamento de 2 metros, uso de máscaras protetoras obrigatório e uso de álcool em gel.

Benefícios:

O presente trabalho poderá efetivamente contribuir no debate público sobre os ACE quanto à sua identidade profissional, representação social e vida profissional na comunidade, uma vez que a produção científica sobre esses profissionais ainda é incipiente. Uma outra contribuição é trazer à luz os conhecimentos ocultos adquiridos por ACE no aglomerado Cabana do Pai Tomás durante as suas atuações, e evidenciar como tais conhecimentos são repassados entre eles(as) e as populações e como os mesmos são aplicados para o enfrentamento do problema de dengue.

Endereço: Avenida Amazonas, 5855, Prédio principal (único) do Campus Gameleira (Campus VI), 1º andar, sala do
Bairro: Gameleira **CEP:** 30.510-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3379-3004 **E-mail:** cep@cefetmg.br

Continuação do Parecer: 5.086.364

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A proposta de pesquisa apresentada é bem elaborada, aborda um tema relevante, embora ainda incipiente como tema de pesquisa científica. Pretende contribuir com o debate público sobre a ação dos ACE da Comunidade Pai Tomás, investigando os conhecimentos ocultos por eles adquiridos com o desempenhar de sua função e como esse conhecimento pode contribuir com a melhora do serviço de combate às endemias, especialmente a da dengue.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. Folha de Rosto presente;
2. Questionário e roteiro da entrevista semiestruturada presentes;
3. Cronograma, especificando o início da pesquisa após aprovação pelo CEP, presente;
4. Previsão orçamentária, presente;
5. TCLE's presentes, para cada etapa da pesquisa;
6. Termo de Autorização para uso de voz e/ou imagem, presente;
7. Termo de anuência das entidades envolvidas, presente;
8. Currículo do Proponente, presente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Em relação à primeira submissão, o Pesquisador respondeu apropriadamente a todas as pendências apontadas no Parecer Consubstanciado. Em sua carta resposta, o Proponente indica as alterações feitas no Projeto de Pesquisa e nos TCLE's, destacando-as para melhor localização. Indica os documentos que foram incluídos por solicitação do CEP. Esses documentos atendem apropriadamente às demandas feitas no Parecer anterior.

Sendo assim, salvo melhor juízo, considero que o presente protocolo de pesquisa esteja apto a aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

O pesquisador deve atentar-se aos seguintes pontos:

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos.

Endereço: Avenida Amazonas, 5855, Prédio principal (único) do Campus Gameleira (Campus VI), 1º andar, sala do
Bairro: Gameleira **CEP:** 30.510-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3379-3004 **E-mail:** cep@cefetmg.br

Continuação do Parecer: 5.086.364

4. O pesquisador deve apresentar relatórios semestrais e ao final da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1307993.pdf	21/10/2021 14:54:18		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_completo.pdf	18/10/2021 15:08:24	ALEXANDRE DA SILVA	Aceito
Outros	Carta_parecer.pdf	17/10/2021 10:35:41	ALEXANDRE DA SILVA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	17/10/2021 09:47:04	ALEXANDRE DA SILVA	Aceito
Outros	Termo_de_Anuencia_PBH.pdf	17/10/2021 09:39:03	ALEXANDRE DA SILVA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	17/10/2021 09:35:47	ALEXANDRE DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_assinada.pdf	08/07/2021 09:21:47	ALEXANDRE DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Fase2_2_presencial.pdf	05/07/2021 23:57:15	Alexandre da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Fase2_1_online.pdf	05/07/2021 23:56:58	Alexandre da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Fase1_questionario.pdf	05/07/2021 23:56:45	Alexandre da Silva	Aceito
Outros	lattes_Braulio.pdf	03/07/2021 18:55:50	Alexandre da Silva	Aceito
Outros	Termo_de_uso_de_voz_e_imagem.pdf	03/07/2021 18:44:57	Alexandre da Silva	Aceito
Outros	Roteiro_ACE.pdf	20/04/2021 21:01:13	Alexandre da Silva	Aceito
Outros	Questionario_ACE.pdf	20/04/2021 21:00:49	Alexandre da Silva	Aceito
Outros	lattes_Alexandre.pdf	20/04/2021 20:43:06	Alexandre da Silva	Aceito
Outros	lattes_huener.pdf	02/12/2020 21:11:40	Alexandre da Silva	Aceito

Endereço: Avenida Amazonas, 5855, Prédio principal (único) do Campus Gameleira (Campus VI), 1º andar, sala do
Bairro: Gameleira **CEP:** 30.510-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3379-3004 **E-mail:** cep@cefetmg.br



CENTRO FEDERAL DE
EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA
DE MINAS GERAIS -



Continuação do Parecer: 5.086.364

Outros	CV.pdf	21/02/2020 10:48:36	Alexandre da Silva	Aceito
--------	--------	------------------------	--------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 08 de Novembro de 2021

Assinado por:
LAISE FERRAZ CORREIA
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Amazonas, 5855, Prédio principal (único) do Campus Gameleira (Campus VI), 1º andar, sala do
Bairro: Gameleira **CEP:** 30.510-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3379-3004 **E-mail:** cep@cefetmg.br