



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM– UAENF

ANTONIO IALY FERREIRA

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (EPS): FERRAMENTA NO CONTROLE
DO AEDES AEGYPTI

CAMPINA GRANDE - PB

2017

ANTONIO IALY FERREIRA

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (EPS): FERRAMENTA NO CONTROLE
DO *Aedes Aegypti***

Trabalho de Conclusão de Curso II apresentado a coordenação do curso de Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador (a): Professora Dra. Gisetti Corina Gomes Brandão.

CAMPINA GRANDE - PB

2017

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial “Tereza Brasileiro
Silva”, CCBS - UFCG

F383e

Ferreira, Antonio Ialy.

Educação permanente em saúde (EPS): ferramenta no controle do *Aedes Aegypti*/
Antonio Ialy Ferreira. – Campina Grande, PB: O autor, 2017.

45 f. il.: Color. 21 x 27,9 cm.

Orientador: Gisetti Corina Gomes Brandão, Dra.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade
Federal de Campina Grande, 2017.

Inclui bibliografia.

1. Agente Comunitário de Saúde. 2. Educação Permanente em Saúde. 3. Processo
de Trabalho. 4. *Aedes Aegypti*. I. Brandão, Gisetti Corina Gomes (Orientador). II.
Título.

BSTBS/CCBS/UFCG

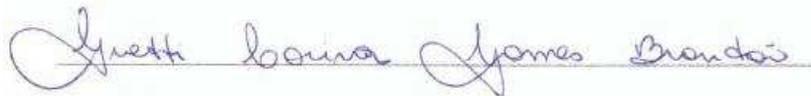
CDU 616-083-616.15 (813.3)

ANTONIO IALY FERREIRA

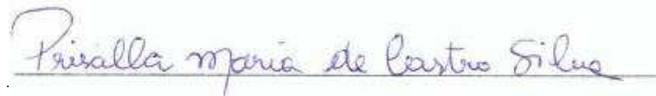
**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (EPS): FERRAMENTA NO CONTROLE
DO *Aedes Aegypti***

Aprovado em 24 de agosto de 2017.

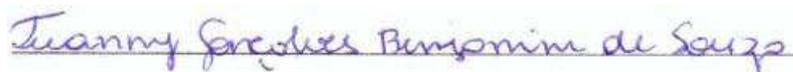
BANCA EXAMINADORA



Prof^ª Dr^ª. Gisetti Corina Gomes Brandão
(Orientadora)



Prof^ª. Dr^ª Priscilla Maria Castro Silva
(1^ª membro examinadora)



Enf^ª Esp. Tuanny Gonçalves benjamim de Souza
(2^ª membro examinadora)

CAMPINA GRANDE – PB
2017

MEUS SINCEROS AGRADECIMENTOS

Grato a Deus por me permitir essa conquista, mesmo quando fui malcriado.

A minha avó que Deus me permite ter até hoje, Severina de Matos, a humana mais incrível desse mundo, apoiadora e conselheira nas minhas decisões, tenho orgulho de ser seu neto, te amo “véa”.

A minha filha Clara Lavigne F. Ferreira, minha eterna bebê, busquei na sua existência sentido para tudo que faço na vida, obrigado por me proporcionar tantos momentos de felicidade.

As irmãs Neusa Gouveia, minha mãe de consideração que acreditou, apoiou e torceu pelo meu sucesso, e a Nelma Gouveia, que sem você, nada disso seria possível, gratidão eterna.

A Felipe Martiniano, Mirian Rocha e Sara Costa, vocês foram essenciais, obrigado pelo apoio, sem vocês, tudo teria sido muito mais difícil.

A Raine Souza, da universidade para a vida, obrigado por compartilharmos tantos momentos nesses anos de graduação.

A Meu irmão de coração Rossano K. S. Fernandes, grato pelos conselhos, pelo ombro amigo, pelas noites sempre cheias de risadas.

Aos Professores da graduação, meus eternos mestres em especial a Priscilla Castro, Maria Luísa e Ana Elisa, exemplos de humanização no ensino.

A professora Dr^a. Gisetti Corina Gomes Brandão, obrigado pela oportunidade de tê-la como minha mentora e orientadora, pela mão estendida e incentivo à busca dos conhecimentos. Sinônimo de compreensão, agradeço pela paciência e dedicação comigo, mesmo nas minhas “escorregadas”, seu empenho em me ver crescer foi essencial para que hoje nós conseguíssemos terminar esse trabalho. Respeito e admiração pela senhora, me sinto afortunado por viver a experiência de trabalhar junto a você participando do NUPESC, gratidão

As pedras preciosas - os Agentes Comunitários de Saúde e a Enfermeira Juliane Berenger que viabilizaram este estudo.

A Mariana Véras, Samara gomes e Camilla Mendes que me ajudaram nesse estudo.

A todos aqueles(as) que de alguma forma estiveram e estão próximos à mim, fazendo está vida valer cada vez mais a pena.

RESUMO

FERREIRA, A.I. **EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (EPS): FERRAMENTA NO CONTROLE DO *Aedes aegypti***. 46 fls. Trabalho de Conclusão de Curso - TCC (Graduação) - Bacharelado em Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, Campina Grande - PB, 2017

Introdução: O mosquito *Aedes aegypti* é proveniente do Egito, na África, e se espalhou pelas regiões tropicais e subtropicais do planeta desde o século XVI. O combate do vetor *Aedes aegypti* tem sido um importante desafio, sobretudo nos países em desenvolvimento. Uma das consequências negativas da deficiência no controle deste mosquito, é o surto das moléstias transmitidas pelo *Aedes aegypti*, como consequência, no ano de 2015 houve o aumento inesperado do nascimento de crianças com microcefalia. **Objetivo:** Promover a discussão através da Educação Permanente em Saúde para o combate e controle do vetor *Aedes aegypti*. Estimular através da EPS o desenvolvimento de novas práticas dos Agentes Comunitários de Saúde. **Percurso Metodológico:** estudo exploratório, descritivo e interventivo, com abordagem qualitativa baseado na Pesquisa-Ação. A coleta de dados aconteceu através de oficinas de trabalho e instrumento de coleta de dados. Para tratamento dos dados foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** Fizeram parte da pesquisa sete ACSs, com faixa etária entre 31 e 50 anos. Seis possuíam ensino médio completo e uma possui ensino superior incompleto, 02(duas) dessas profissionais fizeram curso técnico de enfermagem, 04 ACSs afirmam não ter concluído o curso de capacitação para exercer a função de ACS. Nesse estudo foram utilizadas quatro oficinas de trabalho, nas quais foram abordados os seguintes temas: Práticas de combate ao mosquito *Aedes aegypti*; Microcefalia; Síndrome de Guillain-Barré; A importância do pré-natal. Verificou-se no material empírico produzido nas oficinas, que os/as profissionais possuíam conhecimento limitado acerca das temáticas trabalhadas, devido insuficiência de capacitação direcionada a esses profissionais, fator esse limitante da execução do trabalho educativo de promoção da saúde na comunidade. **Conclusão:** As oficinas de trabalho na modalidade de rodas de conversa junto aos ACSs do estudo, mostraram-se como uma alternativa acessível e eficaz para o aprimoramento do conhecimento técnico/científico desses profissionais. As atividades podem ser realizadas na própria unidade de saúde, com recursos de baixo custo, dentro do horário de trabalho. O mediador da roda de conversa pode ser o enfermeiro ou outro profissional que domine os temas a serem abordados.

PALAVRAS - CHAVE: Agente Comunitário de Saúde; Educação Permanente em Saúde; Processo de Trabalho; *Aedes aegypti*.

ABSTRACT

FERREIRA, A.I. **PERMANENT EDUCATION IN HEALTH (PEH): TOOL IN THE CONTROL OF *Aedes Aegypti***. 46 pages. Course Completion Work - TCC (Undergraduate) - Bachelor of Nursing, Federal University of Campina Grande - UFCG, Campina Grande - PB, 2017

Introduction: The *Aedes aegypti* vector comes from Egypt, Africa, and has spread to the tropics and subtropics of the planet since the 16th century. Combating the *Aedes aegypti* vector has been a major challenge, especially in developing countries. One of the negative consequences of the deficiency in the control of this vector, is the outbreak of the diseases transmitted by *Aedes aegypti*, as a consequence, in the year 2015 there was an unexpected increase in the birth of children with microcephaly. **Objective:** To promote the discussion through PHE for the control and control of the *Aedes aegypti* vector. To stimulate through the PHE the development of new practices of the Community Health Agents(CHA). **Methodological path:** exploratory, descriptive and interventional study, with qualitative approach based on Research-Action. The data collection took place through workshops and data collection instrument. Data analysis was performed using Bardin content analysis. **Results:** Seven CHAs, aged between 31 and 50 years, were included in the study. Six of them had completed high school and one had incomplete higher education, 02 of these professionals did a nursing technical course, 04 CHAs affirm that they did not complete the training course to perform the CHA function. In this study four workshops were used, in which the following topics were addressed: Practices to combat the vector *Aedes aegypti*; Microcephaly; Guillain-Barré syndrome; The importance of prenatal care. It was verified in the empirical material produced in the workshops that the professionals had limited knowledge about the topics studied, due to the lack of training directed at these professionals, a limiting factor in the execution of educational work in health promotion in the community. **Conclusion:** Workshops in the form of talk wheels with the CHAs of the study, have proved to be an accessible and effective alternative for the improvement of the technical / scientific knowledge of these professionals. The activities can be carried out in the health unit itself, with low-cost resources, within working hours. The mediator of the conversation wheel can be the nurse or other professional who master the topics to be addressed.

KEY WORDS: Community Health Agent; Permanent Education in Health; Work process; *Aedes aegypti*

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AB- ATENÇÃO BÁSICA

ACE- AGENTES DE COMBATE A ENDEMIAS

ACS- AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

AIDPI- ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

APS- ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

AVASUS- AMBIENTE VIRTUAL DE APRENDIZAGEM DO SUS

CNS- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

CNS*- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

EACS- ESTRATÉGIA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

ES-EDUCAÇÃO EM SAÚDE

ESF- ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

EPS-EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

MS-MINISTÉRIO DA SAÚDE

NUPESC- NÚCLEO DE PESQUISA E ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

OPAS- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE

ENEMEC- ENCONTRO NACIONAL DE EXPERIÊNCIAS DE MEDICINA
COMUNITÁRIA

PACS-PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

PC- PERÍMETRO CEFÁLICO

PEP- PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

PNACS- PROGRAMA NACIONAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

PSF- PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

SIAB- SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

SMS- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SGB- SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ

SUS-SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

TCLE- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UBSF- UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

UFCG- UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

ZIKV- ZIKA VÍRUS

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1- Caracterização dos ACSs da UBSF Adalberto César.....	22
Figura 1- Laboratório de informática UFCG.....	24
Figura 2- Laboratório de informática UFCG.....	24
Figura 3- Laboratório de informática UFCG.....	25
Figura 4- Sala de reuniões UBSF Adalberto César.....	28
Figura 5- Sala de reuniões UBSF Adalberto César.....	28

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 JUSTIFICATIVA E IMPORTÂNCIA DO TEMA.....	13
3 OBJETIVOS	14
3.1 OBJETIVOS GERAIS.....	14
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
4 REVISÃO DE LITERATURA.....	14
4.1 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DO AEDES AEGYPTI COMO VETOR.....	14
4.2 TRAJETÓRIA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.....	15
4.3 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAUDE	17
5 METODOLOGIA E VIABILIDADE.....	18
5.1 TIPO DE ESTUDO	19
5.2 LOCAL DO ESTUDO.....	19
5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	20
5.4 COLETA DE DADOS.....	20
5.5 ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO	21
5.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	21
6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DO MATERIAL EMPÍRICO.....	22
6.1 O PERFIL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.....	22
6.2 OFICINAS DE TRABALHO	23
6.2.1 CONHECENDO O MOSQUITO AEDES AEGYPTI E SUAS IMPLICAÇÕES ..	26
6.2.2 CONHECENDO A MICROCEFALIA	29
6.2.3 APREENDENDO E APRENDENDO SOBRE A SÍNDROME GUILLAIN-BARRÉ	31
6.2.4 A IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL	33
7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
APÊNDICES.....	44

1 INTRODUÇÃO

O mosquito *Aedes aegypti* é proveniente do Egito, na África, e se espalhou pelas regiões tropicais e subtropicais do planeta desde o século XVI. Admite-se que essa expansão se deu através dos navios que traficavam escravos. Descrito cientificamente em 1762, quando foi denominado inicialmente *Culex aegypti*. O nome definitivo “*Aedes aegypti*” ficou estabelecido em 1818, após a descrição do gênero *Aedes* (BRASIL, 2016a).

No Brasil, os primeiros relatos de dengue datam do final do século XIX, na cidade Curitiba, no Paraná, e posteriormente no início do século XX, em Niterói, estado do Rio de Janeiro. No início do século XX, nesse período o mosquito já configurava um problema, devido a transmissão da febre amarela. Em 1955, o mosquito foi erradicado no Brasil, resultado de medidas para controle da febre amarela. No final de 1960, com o relaxamento das medidas de controle adotadas, o *Aedes aegypti* foi reintroduzido no país, e hoje é encontrado em todo território brasileiro (BRASIL, 2016a).

O Brasil vive em situação de risco de surto de Dengue, Chikungunya e Zika devido à presença expressiva do *Aedes aegypti* em todos os estados brasileiros. A classificação é feita com base em dados reunidos pelo Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2017a).

O aumento populacional do *Aedes aegypti* sofre influências pelas variações climáticas no decorrer do ano, nos meses quentes ocorre um aumento populacional, fato relacionado aos parâmetros entomológicos do mosquito sofrerem alterações, como taxa de mortalidade, desenvolvimento e ovoposição, sofrem fortes influências pela temperatura (VILCHES e FERREIRA, 2013).

O combate do vetor *Aedes aegypti* tem sido um importante desafio, sobretudo nos países em desenvolvimento. Mesmo onde os recursos destinados aos programas de controle do vetor sejam adequadamente implementados, muitas vezes não se tem obtido sucesso. Problemas relacionados a infraestrutura das cidades como coleta de lixo insuficiente e a falta d’água em algumas regiões, são fatores contribuintes nesse insucesso dos métodos de controle do *Aedes* (ZARA et al., 2016).

Uma das consequências negativas da deficiência no controle do mosquito supramencionado é o surto das moléstias transmitidas pelo *Aedes aegypti*, como consequência, no ano de 2015 houve o aumento inesperado do nascimento de crianças com microcefalia, inicialmente em Pernambuco, e posteriormente em outros estados da região Nordeste, meses depois da confirmação da transmissão autóctone da febre pelo Zika vírus (ZIKV) no Brasil, em

abril do mesmo ano. Até 20 de fevereiro de 2016, haviam sido registrados 5.640 casos suspeitos de microcefalia e 583 confirmados (BRASIL, 2015; BRASIL, 2016b).

A cidade de Campina Grande-PB, foi destaque nacional após a médica pesquisadora Adriana Suely Melo elucidar o mistério sobre as causas da malformação dos bebês e comprovar a associação do ZIKV com a síndrome, mediante essa situação houve a necessidade de uma maior intensificação nas ações de educação e saúde com a finalidade de prevenir a proliferação do mosquito vetor.

Sendo assim, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é essencial, pois tem como premissa levar saúde à comunidade, desenvolvendo práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação, todas baseadas na dinamicidade do território, e desenvolvidas por uma equipe multiprofissional, nesse processo de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) o Agente Comunitário de Saúde (ACS) tem sido um personagem muito importante realizando a integração dos serviços de saúde da Atenção Básica (AB) com a comunidade (BRASIL, 2009).

Destaca-se o trabalho dos ACSs, por ser um dos integrantes da ESF, contribui significativamente para a melhoria da saúde da população, pois, convive diretamente no território adscrito, divide os problemas, convive com a realidade local e partilha o mesmo contexto social, cultural e linguístico, o que abre a possibilidade de um diálogo rico e profundo com a coletividade, cujo fortalecimento dá-se no processo de reconhecimento dos fatores que afetam essa realidade (FERREIRA et al., 2014).

Em novembro de 2015 cresceu o número de casos de microcefalia relacionado ao ZIKV, deixando o país em situação de emergência em saúde pública, uma vez que o vírus se transmite através do vetor *Aedes aegypti* (OLIVEIRA, CONSUELO, 2014).

A microcefalia é um problema de saúde pública, na área adscrita da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) em que os ACSs do estudo atuam, ocorreram casos da síndrome, sendo a comunidade cenário de uma reportagem veiculada em nível Nacional, com isso os ACSs foram muito cobrados pela comunidade, com questionamentos sobre a síndrome.

A contínua capacitação desses profissionais para que se possa fomentar seu processo de trabalho é essencial. Nesse sentido a Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma ferramenta eficaz, pois, traz o objetivo de investir no estímulo ao conhecimento, além de propor transformações na execução das atividades profissionais através da problematização do processo de trabalho. A EPS tem como premissa a resolutividade, integralidade e humanização

da atenção primária. Propicia a autonomia intelectual e contribui de forma efetiva na evolução das práticas exercidas pelos trabalhadores (CAVALCANTE, PADILHA, 2014).

2 JUSTIFICATIVA E IMPORTÂNCIA DO TEMA

A aproximação com a saúde coletiva se deu após ter sido convidado a participar do Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva (NUPESC), no qual foi dada a oportunidade de colaborar com outros estudos dessa linha de pesquisa. Esse trabalho foi elaborado a partir da necessidade sinalizada pelos próprios ACSs que compunham a amostra de outro estudo desenvolvido na UBSF Adalberto César, a amostra era composta por toda equipe de saúde, então, este estudo foi idealizado e aplicado exclusivamente para esses profissionais, uma vez que estes, não se sentiam à vontade para expor suas inquietações diante de toda equipe. Posteriormente, conseguimos submeter um projeto de pesquisa no Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), intitulado: EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: Contribuindo no processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde.

Muitos estudos evidenciam a complexidade do trabalho dos ACSs na ESF e os avanços nos indicadores de saúde alcançados através do trabalho desses profissionais, principalmente na redução da morbimortalidade materno e infantil.

Os vínculos dos ACSs com as famílias facilitam o processo de trabalho em saúde, contudo esses profissionais precisam estar sensibilizados sobre seu papel junto à comunidade e qualificados para desempenhá-lo, para tanto, precisam ter capacidade de pensar para atuarem de forma efetiva. Seu trabalho na comunidade é muito importante, principalmente no combate dos criadouros do mosquito vetor e na orientação da comunidade sobre os sintomas das moléstias transmitidas pelo vetor *Aedes aegypti*.

Escolhi trabalhar esse tema por reconhecer a importância da EPS junto ao trabalho dos ACSs, na certeza de contribuir no seu processo de trabalho por meio de uma construção coletiva de soluções para o enfrentamento de fragilidades encontradas em seu dia a dia de trabalho.

Diante dessa problemática emerge a seguinte pergunta norteadora de pesquisa: quais os conhecimentos e habilidades dos ACSs no combate vetorial *Aedes Aegypti*?

Presumimos que a EPS com os ACSs é de vital importância para a melhoria do seu processo de trabalho.

Para responder tal questionamento elencamos os seguintes objetivos:

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVOS GERAIS

3.1.1 Promover a discussão através da Educação Permanente em Saúde para o combate e controle do vetor *Aedes Aegypti*.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.2.1 Caracterizar o perfil sociodemográfico dos ACSs;

3.2.2 Resgatar o saber dos ACSs sobre o mosquito *Aedes aegypti* e suas implicações;

3.2.3 Estimular através da EPS o desenvolvimento de novas práticas dos ACSs.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DO *Aedes Aegypti* COMO VETOR

O *Aedes aegypti* foi descrito pela primeira vez por Linnaeus em 1762 (CONSOLI, 1994). Segundo o Instituto Oswaldo Cruz (2015) em 1818 o mosquito vetor foi cientificamente catalogado. De acordo com Braga e Valle (2007) o mosquito é originário do Egito, fato esse que lhe conferiu o nome “*Aedes aegypti*”, ele acompanha o homem em sua migração permanente.

É um mosquito doméstico, que vive dentro ou ao redor de domicílios ou de outros locais frequentados por pessoas. Tem hábitos preferencialmente diurnos e alimenta-se de sangue humano, sobretudo ao amanhecer e ao entardecer. Sua presença é mais comum em áreas urbanas e a infestação é mais intensa em regiões com alta densidade populacional, principalmente em espaços urbanos com ocupação desordenada, onde as fêmeas têm mais oportunidades para alimentação e dispõem de mais criadouros para desovar (IOC, 2015).

Devido sua fácil adaptação nas cidades, as estratégias para erradicação desta arbovirose, focam no controle da dispersão dos mosquitos *Aedes aegypti*, a exemplo da utilização de larvicida, interrompendo o ciclo de vida do vetor. Todavia, o uso frequente tem sido associado ao desenvolvimento de resistências e desequilíbrios em sistemas biológicos, desta forma, outros métodos de combate estão sendo estudados (ESPÍNDOLA, 2010).

Em 1955, o Brasil extinguiu o vetor *Aedes aegypti* empregando medidas para controle da febre amarela, que em seguida, com o relaxamento dessas medidas o mosquito foi reintroduzido no país. Hoje, o mosquito é localizado em todo território nacional, transmite além da dengue, o ZIKV e a chikungunya (BRASIL, 2015).

4.2 TRAJETÓRIA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Antes da década de 1980, o Brasil passava por uma crise econômica e social, neste momento, o país não oferecia a política do bem-estar, tão pouco garantia o direito à saúde para todos os brasileiros. Surge então a correlação da pobreza com a doença e o subdesenvolvimento populacional. Esse conceito toma força na 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), onde foram idealizadas soluções para o modelo administrativo inadequado do sistema de saúde (FONSECA, 2013).

Ainda na 3ª Conferência Nacional de Saúde, foi cogitada a hipótese de um trabalhador comunitário, servindo para aumentar a quantidade de mão de obra na saúde, com menor coeficiente de qualificação tornando-se então de menor custo, desempenhando atividades relacionadas ao saneamento, nutrição, imunização, bem como influenciando os índices de natalidade e mortalidade (BRASIL, 2010).

No 1º Encontro Nacional de Experiências de Medicina Comunitária (I ENEMEC), participaram os primeiros ACSs, promovendo discussões sobre as atividades desenvolvidas na comunidade (ALBUQUERQUE, 2003).

Ainda na década de 1980, foram conquistadas mudanças importantes nas formas de intervenção estatal sobre as práticas e problemas de saúde, graças ao movimento de reforma sanitária ao lado de forças democráticas. Ocorreu a reformulação do modelo de assistência, por meio do surgimento de um sistema sob comando único o SUS, universalizando as doutrinas e os princípios em todo o país, baseado na universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e participação social, admitindo a participação supletiva do

setor privado. Os princípios doutrinários foram legitimados na Constituição de 1988, com o objetivo de reordenar os serviços e ações, por meio da promoção, proteção, tratamento e recuperação da saúde (BRASIL, 1990).

Em 1986 a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde. Sugere a revisão da questão do agente comunitário e sua inclusão, sem distorções, como articulador entre comunidade e os serviços de saúde (BRASIL, 1986b).

Em parceria com as secretarias estaduais e municipais, o MS institucionalizou o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) em 1991, posteriormente chamado de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com o objetivo de reduzir indicadores de morbimortalidade infantil e materna, no Nordeste do Brasil, e posteriormente expandido para todo território nacional. Em 1994 foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF) em substituição ao modelo tradicional, com a finalidade de apoiar uma prática com ações integrais na atenção básica vinculada à comunidade (DE BARROS et al, 2010).

Os ACSs foram contratados pelas Prefeituras, “atuavam em um território definido, sob a supervisão de um enfermeiro. Era responsável por um determinado número de domicílios que visitava regularmente, acompanhando e registrando as condições de saúde, fornecendo orientações preventivas” (FONSECA, 2013, p. 36).

As equipes de saúde da família, formadas basicamente pelo médico generalista ou de família, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, têm como objetivos centrais a prestação de assistência integral, contínua, com resolutividade e qualidade, às necessidades de saúde da população adscrita, destacando-se a perspectiva da família. Para atingir tais objetivos, requer-se abordagem multidisciplinar, processos diagnósticos de realidade, planejamento das ações e organização horizontal do trabalho, compartilhamento do processo decisório, além do estímulo ao exercício do controle social (CORDOBA, 2013).

O trabalho dos ACSs, por ser um dos integrantes da ESF que convive diretamente no território e divide os problemas, mas, sobretudo porque convive com a realidade local e partilha o mesmo contexto social, cultural e linguístico, o que abre a possibilidade de um diálogo rico e profundo com a coletividade, cujo fortalecimento dá-se no processo de reconhecimento dos fatores que afetam essa realidade (BORNSTEIN, 2014).

Os ACSs para atuarem, precisavam residir na comunidade em que iriam trabalhar, saber ler e escrever, ter características de liderança na comunidade e disponibilidade de trabalho de 40 horas semanais (FONSECA, 2013).

A escolaridade exigida foi modificada devido a regulamentação da categoria profissional, após sancionada a lei nº 10.507/2002, que exigiu o ensino fundamental e o curso de qualificação (BRASIL, 2002; BRASIL, 2009a).

A atuação desse profissional atualmente é conduzida pela portaria 648/06 e pela lei nº 11.350/06, que dispõe as atribuições dos ACSs como: diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade; a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva; o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde; o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde; a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida (BRASIL, 2006).

4.3 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAUDE

Segundo o educador e escritor brasileiro, o homem deve ser sujeito de sua própria educação, não objeto dela e o educador moderno deve ter em mente que o conhecimento não está completo, e que deve ser desenvolvido rumo a uma nova conscientização de mundo. (FREIRE, 2002).

A EPS foi criada pela portaria GM/MS nº 1.996 de 20 de agosto de 2007, e aponta como conceito:

A Educação Permanente em Saúde é a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. (BRASIL, 2009b, p. 21)

Nesse sentido a EPS se fundamenta na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais e pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, pois os processos acontecem na rotina do processo de trabalho em saúde, sendo efetivada a partir dos nós críticos enfrentados no dia a dia valorizando o acúmulo das pessoas envolvidas (BRASIL, 2009b).

Ferreira et al. (2014) evidencia a necessidade de conscientização dos profissionais da saúde quanto ao seu papel político e social, pois esse é o caminho para se fornecer serviços que

contemplem a saúde no seu amplo contexto, bem estar Biopsicossocial.

A qualificação dos trabalhadores em saúde é uma área que demanda empenho para aprimorar seus métodos educativos para que atinjam os objetivos com eficácia da equipe multiprofissional, promovendo o desenvolvimento do processo de trabalho alicerçados em estratégias que encorajem a participação dos trabalhadores de saúde (PEIXOTO et al., 2013).

A Política de Educação Permanente em Saúde (PEPS) no Brasil foi embasada em estudos realizadas pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em 1980, que resultaram na proposta de EPS pautada na aproximação do ensino e serviço (MICCAS e BATISTA, 2014).

Em 2003 foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, dentre suas atribuições existia a formulação de políticas orientadoras da gestão. Em 2004 através da portaria GM/MS 198 que foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde em 2004, com a proposta de formar e qualificar os trabalhadores de saúde transformando suas práticas, contribuir com a organização das ações e dos serviços de saúde (LEMOS, 2016; BRASIL, 2004a).

Esta política define a EPS como um instrumento de transformações dos serviços de saúde. As transformações sociais e educacionais têm repercussões nos modos de produzir, nos diferentes campos do saber e de produção de bens e serviços (BALBINO et al., 2010).

Baseados na portaria nº 648/GM, os ACSs precisa estar preparado para dar orientações à comunidade em assuntos relacionados a saúde.

A EPS estimula a superação dos nós críticos apresentados em diferentes realidades, contemplando de forma integralizada este profissional de saúde (QUEIROZ, SILVA, OLIVEIRA, 2014).

5 METODOLOGIA E VIABILIDADE

Este estudo se constitui em um recorte das atividades desenvolvidas a partir de oficinas de trabalho realizadas no projeto de pesquisa: “EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: Contribuindo no processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde.

Neste estudo discutiram-se diversos temas, dentre eles, práticas de combate ao mosquito *Aedes aegypti*, construção de armadilhas para aprisionar o mosquito vetor *Aedes aegypti*, Microcefalia, Síndrome de Guillain-Barré e Pré-natal.

Devido ao grande aumento de casos de microcefalia no Brasil e a dificuldade de

enfrentamento do vetor *Aedes aegypti* transmissor muitas moléstias, promovemos a problematização e aprofundamento de conhecimentos inerentes a execução do processo de trabalho dos ACSs e a EPS foi utilizada como ferramenta para construção de saberes.

5.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo trata-se de uma pesquisa-ação com enfoque qualitativo. Considera-se este tipo de pesquisa como um meio eficaz para uma maior compreensão e/ou transformação da realidade, sendo, por isto, optada para realização deste estudo (PESSOA et al, 2013, p.7).

... A pesquisa-ação é uma estratégia metodológica da pesquisa social na qual há, durante o processo, um acompanhamento das decisões, das ações e de toda a atividade intencional dos atores da situação; a pesquisa não se limita a uma forma de ação (ativismo): pretende-se aumentar o conhecimento dos pesquisadores e o conhecimento ou o 'nível de consciência' das pessoas e grupos considerados (THIOLLENT, 1986, p.16).

5.2 LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi realizado na UBSF Adalberto César, localizada no bairro do Pedregal, na cidade de Campina Grande, Paraíba, Brasil. A referida UBSF conta com duas equipes, segundo o consolidado do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) de outubro de 2013, na equipe 1, havia 797 famílias cadastradas com um total de 3.335 pessoas. No tocante à moradia, 55,6% das famílias morava em casa de tijolo/adobe, 92,6% contava com abastecimento de água da rede pública, 92,6% tinha acesso à coleta pública de lixo e 95,4%; à rede de energia elétrica. Quanto ao acesso à rede de esgoto, apenas 55,6% das famílias estavam cobertas, 33,9% utilizava fossa e 10,5% descartava os dejetos a céu aberto. A equipe 2 havia cadastrado um total de 705 famílias, com 2.957 pessoas, sendo que 71,8% residia em casa de tijolo/adobe, 71,8% tinha acesso à rede pública de água e 96,97% contava com energia elétrica. Entretanto, somente 69,1% dispunha de rede de esgoto canalizada; 1,5% utilizava fossa e 29,4% descartava os dejetos a céu aberto (SMS, CAMPINA GRANDE, 2010).

Embora se trate de uma região periférica da cidade, a maioria das ruas é pavimentada, há acesso à rede pública de água e energia e, em geral, as moradias são de tijolos. As casas são

simples, sem acabamento, algumas compartilhadas por mais de uma família. Há outras com apenas uma pessoa, geralmente idosa e aposentada. O acesso é bom, exceto quando chove muito, pois há ruas não pavimentadas. Há vários recursos sociais: escolas, clube de mães, igrejas, mercados e associação de bairro.

5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi composta pelos ACSs que trabalham nas duas equipes da UBSF Adalberto César, desta forma, a amostra foi composta por (07) sete ACSs, eleitos por acessibilidade e que atingiram os critérios de inclusão da pesquisa.

5.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados aconteceu no período entre setembro de 2015 e abril de 2016, através de oficinas de trabalho, tendo em vista que tais oficinas possibilita a garantia de um espaço democrático instituído para a realização de debates, reflexão e construção de conhecimentos e propostas para transformação das práticas em saúde (CHIESA; WESTPHAL, 1995).

As oficinas de trabalho são um recurso metodológico em que se utiliza um objeto intermediário concreto como recurso facilitador da reflexão e expressão, permitindo a discussão de temas tanto no que diz respeito aos condicionantes sociais como aos aspectos subjetivos relativos às vivências (CHIESA, 2001, p.40).

As oficinas fazem uso de técnicas lúdicas, vivências e dinâmicas de grupo (THIOLLENT, 1986), o que possibilita trabalhar concomitantemente e de modo articulado aos nós críticos apresentado os aspectos cognitivos, as atitudes e as práticas. A finalidade das oficinas é sensibilizar os ACSs do estudo para a importância da reflexão/ação por meio da ação educativa e ampliar sua compreensão sobre os problemas vivenciados no processo de trabalho.

Foram realizadas 12 oficinas de trabalho, na sala de reuniões da UBSF no projeto de pesquisa supramencionado, com duração máxima de 2 horas. Para esse estudo foram utilizadas 4 oficinas.

Na primeira oficina foi distribuído o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE: para que os ACSs que aceitassem participar da pesquisa o assinasse, pois, mesmo este estudo sendo um recorte de outra pesquisa, julgou-se necessária a assinatura de um novo TCLE por haver uma nova coleta de dados.

As discussões das oficinas foram gravadas e os dados transcritos na íntegra para posterior análise e tratamento dos conteúdos, sendo os sujeitos da pesquisa denominados por tipos de pedras preciosas para preservar o anonimato dos participantes.

5.5 ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO

Para a análise dos dados foi utilizado a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin, composta por quatro etapas operacionais, sendo estas: “organização da análise, codificação, categorização e inferência” (BARDIN, 2011.p.9).

Na pré-análise ocorre à escolha dos discursos a serem interpretados pelo analista, bem como a construção de hipóteses que favoreçam a interpretação final. A organização do conteúdo ocorre através de quatro momentos: leitura flutuante-exaustiva: onde se conhece e reconhece os vários discursos para a construção dos eixos temáticos; Escolha dos documentos: que consiste na demarcação do que será analisado; Formulação das hipóteses e dos objetivos; Elaboração de indicadores: que ocorre por meio de recortes de texto nos documentos de análise. Na fase de exploração do material acontece a descrição analítica, onde há um estudo mais aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos. A codificação, a classificação e a categorização são essenciais nesta fase.

A terceira fase compreende a inferência e interpretação dos resultados; ocorre nela a condensação e o destaque das informações para análise; é o momento da intuição, de análise crítico-reflexiva (BARDIN, 2011).

5.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

As normas preconizadas pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS*) foram respeitadas. Os sujeitos da pesquisa foram abordados obedecendo aos princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade (BRASIL, 2012a).

O presente estudo emergiu após sinalização da pesquisa de doutoramento intitulada “PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE – PB” com CAAE 11893112.0.0000.5182.

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DO MATERIAL EMPÍRICO

6.1 O PERFIL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Participaram da pesquisa sete ACSs atuantes na UBSF Adalberto César. Sendo 06 (seis) do sexo feminino e 01(um) do sexo masculino, a faixa etária varia entre 31 e 50 anos.

Em relação ao tempo de atuação, 01(um) ACS atua na função há menos de cinco anos, 05(cinco) deles atuam há mais de dez anos e 01(um) ACS trabalha há mais de vinte anos na função.

Sobre a formação desses profissionais, 06(seis) possuem ensino médio completo e uma possui ensino superior incompleto, 02(duas) dessas profissionais fizeram curso técnico de enfermagem. 04(quatro) ACSs afirmam não ter concluído o curso de capacitação para exercer a função de ACS. Conforme demonstrado no quadro 1.

Quadro 1 - Caracterização dos ACSs da UBSF Adalberto César no bairro do Pedregal em Campina Grande/PB.		
ACSs respondentes	N (07)	TOTAL %
FAIXA ETÁRIA		
31 - 35 anos	5	71,42%
36 - 40 anos	1	14,28%
45 - 50 Anos	1	14,28%
SEXO		
Feminino	6	85,71%
Masculino	1	14,28%
TEMPO DE ATUAÇÃO		
1 - 5 anos	1	14,28%
11 - 15 anos	5	71,42%
20 anos/+	1	14,28%
FORMAÇÃO		
Médio completo	7	100%
Téc. Enfermagem	2	28,57%
Téc. ACS (PARCIAL)	4	57,14%
SUP. Incompleto	1	14,28%

Fonte: construção própria

6.2 OFICINAS DE TRABALHO

Nesse estudo foram utilizadas quatro oficinas de trabalho, nas quais foram abordados os seguintes temas:

- ✓ *Práticas de combate ao mosquito Aedes aegypti*
- ✓ *Microcefalia*
- ✓ *Síndrome de Guillain-Barré*
- ✓ *A importância do pré-natal*

Todas as oficinas de trabalho abordaram os aspectos gerais para o combate e enfrentamento de moléstias transmitidas pelo vetor *Aedes aegypti*, no formato de rodas de

conversa, a discussão dos temas foram norteadas por meio de disparo de perguntas norteadoras para estimular a reflexão das ACSs participantes, utilizamos como recursos o uso de Datashow para auxiliar/ facilitar o aprendizado por meio da exibição de imagens e vídeos relacionados à temáticas das oficinas, foram distribuídos materiais impressos formulados pelo MS a exemplo do Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde disponível na biblioteca do MS. Teve como objetivo, desenvolver/ aprofundar conhecimentos e habilidades dos ACSs do estudo, para a divulgação de informações e orientações aos usuários durante o trabalho de campo e visitas domiciliares

Cumpra salientar que essas temáticas foram sugeridas pelos ACSs nas oficinas elaboradas no decorrer do projeto, sendo assim, nada foi imposto pelos pesquisadores, configurando uma prática horizontal de construção de saberes.

A primeira oficina foi dividida em dois momentos: um para a criação de e-mails para poder matricular os ACSs no Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS (AVASUS), e o segundo momento, devido a UBSF não dispor de infraestrutura para dar prosseguimento ao curso, todos os ACSs foram convidados e conduzidos para o laboratório de informática da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS), para realização do cadastro no ambiente virtual e iniciarem as atividades do curso, depois de cadastrados, todos os ACSs deram início ao treinamento com muita satisfação, alguns deles já estavam envolvidos em atividades com os Agentes de Combate a Endemias (ACE), o curso teve prosseguimento de forma individual.

O referido curso está disponível no AVASUS e deve ser socializado e disponibilizadas condições para os ACSs bem como para os ACE realizá-lo. O que causou estranheza é que a os ACSs participantes do estudo, não conheciam o AVASUS, tão pouco da disponibilidade desse curso, sendo assim, foram verbalizadas algumas inquietações:

“Quem deveria ter passado esse curso [online] para nós? A Secretaria Municipal de Saúde, a gente só está sabendo que esse curso existe por meio dos estudantes, isso é um absurdo! Jogaram a gente desde janeiro nesse trabalho [...] sem treinamento nenhum, sem orientação nenhuma [...] sabendo que já tinha uma rica informação dessa para nos dar [...], nosso trabalho é de prevenção e orientação, mas, trabalhar como a gente está trabalhando [...] não só para nós, a gente está tendo a rica oportunidade de ter vocês para nos passar isso. E quem não tem? [...] eu não estou vendo falar de outra pessoa ali a não ser ACS, é um curso especificamente pro ACS e o ACS não sabe que existe...” (Turquesa).

A fala de Turquesa demonstra insatisfação para com a gestão do município, uma vez que é notória a deficiência com relação a oferta de capacitação para esses profissionais, impossibilitando-os desenvolver seu trabalho com excelência junto à comunidade, corroborando com o sentimento de desvalorização e precarização do serviço prestado pelos ACSs.

A desvalorização desses profissionais não é uma fragilidade emergente, a fala da ACS converge com as respostas de um estudo realizado em Teixeira na Paraíba, onde os ACSs apontaram a falta de capacitação e desvalorização profissional como problemas para o desenvolvimento de suas atividades laborais (OLIVEIRA et al., 2010).

Um estudo realizado por Rossetto e Silva (2010) os ACSs não se mostraram qualificados para exercer seu papel, pois, nas suas atividades laborais utilizavam o senso comum e a religiosidade. O que evidencia a precariedade da qualificação desses trabalhadores.



Figura 1- FONTE: arquivo próprio autorizada pelos participantes da pesquisa



Figura 2 - FONTE: arquivo próprio autorizada pelos participantes da pesquisa.



Figura 3 - FONTE: arquivo próprio autorizada pelos participantes da pesquisa

Após a realização do curso a oficina se deteve à construção de armadilhas para aprisionar mosquitos vetores *Aedes aegypti*, após dadas instruções/demonstrações sobre a construção das armadilhas, seguimos com a dinâmica de disparar as questões norteadoras e coletar a discussão sobre o mosquito Aedes:

6.2.1 CONHECENDO O MOSQUITO *Aedes aegypti* E SUAS IMPLICAÇÕES

As falas nessa oficina demonstram conhecimento sobre a correlação do ZIKV com a síndrome de Guillain Barré (SGB), assunto este que está em alta nas mídias televisivas, devido ao surto de Zika vivenciado pela população Brasileira.

Quando conversamos com os ACSs sobre quais doenças o mosquito transmite, eles nos disseram:

“Zika, chikungunya e dengue e acho que tem mais algumas por aí, a microcefalia e a síndrome de Guillain Barré, teve um colega que foi acometido com síndrome de Guillain Barré e estavam suspeitando que tinha ligação com o *Aedes Aegypti*” (Rubi)

“microcefalia, síndrome de Guillain Barré” (Jaspe)

Na oficina detectamos saberes e implicações já em conformidade com conceitos acerca da temática na fala de Rubi, que elencou várias doenças e ainda relatou a correlação da SGB com o vetor *Aedes aegypti*.

Segundo Slavov (2016), o ZIKV é uma doença transmitida por mosquitos relacionados com a febre amarela, dengue, Chikungunya e com os vírus da encefalite japonesa. O ZIKV foi identificado pela primeira vez em 1947 no vale do Zika em Uganda, causa uma doença branda com febre, eritema e artralgia.

A infecção por ZIKV pode ser assintomática em aproximadamente 80% das pessoas infectadas, causa uma infecção leve, autolimitada e não específica, com sintomas próximos às febres do Chikungunya e dengue. Seu quadro clínico clássico é manifestado por febre baixa, (37,8 a 38,5 ° C), cefaleia, conjuntivite bilateral não purulenta, mialgia e artralgia com edema das pequenas articulações com duração de até uma semana e pode causar erupção cutânea generalizada (Chan et al., 2016).

Chikungunya é uma infecção viral sistêmica autolimitada, caracterizada por fadiga, febre de alto grau com calafrios, dor de cabeça, artrite, mal estar, náusea, mialgia, linfadenopatia, erupção cutânea e lombalgia. Raramente pode ocorrer, convulsões, meningoencefalite, hepatite fulminante, insuficiência renal aguda, parada respiratória e miocardite. Atualmente, não há tratamento específico para a doença, a vacina contra a doença não está disponível (MAHENDRADAS e SHETTY, 2013).

A dengue é uma infecção viral sistêmica aguda, transmitida entre humanos pela fêmea do vetor *Aedes aegypti*, muitas vezes assintomática, pode evoluir de uma febre leve a síndrome de choque de dengue (BHATT, 2013).

De acordo com a OMS (2013), o vírus da dengue é disseminado principalmente pelas fêmeas da espécie *Aedes aegypti*, quando contaminadas. São quatro sorotipos que causam a dengue (DEN-1, DEN-2, DEN-3 e DEN-4). Os humanos contaminados podem transmitir a infecção a partir do quarto dia, e no máximo doze dias após infectado, a doença é caracterizada por febre alta 40 °C, acompanhada por pelo menos dois dos sintomas descritos a seguir: dor retro orbital, cefaleia severa, mialgia, dores articulares, náuseas, erupções cutâneas ou glândulas edemaciadas.

A microcefalia não é um agravo novo. Trata-se de uma malformação congênita, em que o cérebro não se desenvolve de maneira adequada. Neste caso, os bebês nascem com perímetro cefálico (PC) menor que o normal, que habitualmente é superior a 32cm (BRASIL, 2015).

De acordo com Tuacek et al., (2013) A SGB consiste em um subtipo de polineuropatia periférica aguda, leva à demielinização dos nervos periféricos, causando fraqueza motora e alterações sensoriais. Os sintomas são dormência e parestesias nos membros, nas extremidades distais dos membros inferiores, em seguida nos membros superiores, fraqueza muscular progressiva de distribuição geralmente simétrica e distal que evolui para diminuição ou perda dos movimentos de maneira ascendente com flacidez dos músculos. Ocorrendo geralmente nesta ordem: membros inferiores, membros superiores, tronco, cabeça e pescoço (Brasil, 2016c).

Contudo, ainda percebemos fragilidades expressivas no tocante a diferenciação dessas doenças, e ao conhecimento em sua totalidade, ao exemplo da fala de Jaspe, quando coloca o conhecimento apenas da microcefalia e da SGB, como doenças causadas pelo vetor.

Segundo Ferreira et al., (2014), essas fragilidades estão associadas à insuficiência de capacitações para esses profissionais. Tornando-se uma questão preocupante, considerando dados do seu estudo que indicam uma relação direta entre a realização de ações educativas, busca ativa e encaminhamentos com a participação dos ACSs nas referidas capacitações.

O Ministério da Saúde reconhece e valoriza a formação dos trabalhadores como um componente para o processo de qualificação da força de trabalho no sentido de contribuir decisivamente para a efetivação da política nacional de saúde. Essa concepção da formação busca caracterizar a necessidade de elevação da escolaridade e dos perfis de desempenho profissional para possibilitar o aumento da autonomia intelectual dos trabalhadores, domínio do conhecimento técnico-científico, capacidade de gerenciar tempo e espaço de trabalho, de exercitar a criatividade, de interagir com os usuários os serviços, ter consciência da qualidade e das implicações éticas de seu trabalho (BRASIL, 2017b).

Entretanto os ACSs da amostra afirmaram nunca terem participado de qualquer capacitação sobre o combate do mosquito *Aedes aegypti* e demonstraram estar desestimuladas (o) para desempenhar seu papel no controle desse vetor junto à comunidade.

A **segunda oficina** abordou o tema Microcefalia, devido à correlação do mosquito *Aedes aegypti* com a doença e o grande aumento do número de casos de bebês nascidos com microcefalia aqui na Paraíba os ACSs sentiram a necessidade de aprofundamento no tema.



Figura 4 - FONTE: arquivo próprio autorizada pelos participantes da pesquisa



Figura 5 - FONTE: arquivo próprio autorizada pelos participantes da pesquisa

6.2.2 CONHECENDO A MICROCEFALIA

Em 2015, no Brasil a incidência de microcefalia foi 20 vezes maior que em anos anteriores, os dados epidemiológicos sugerem que os casos de microcefalia estejam relacionados com a chegada do ZIKV no país (GALVET et al., 2016). Alguns relatos mostram a importância de trabalhar a EPS, visto que essa temática é bastante atual e está acometendo a comunidade onde trabalha os ACSs do estudo:

“Pelo que a gente vê divulgar pela mídia, é uma doença. No caso acarreta o cérebro, no caso não cresce. E o que a mídia está divulgando é que a microcefalia está relacionada com a questão do mosquito da dengue[...] a Zika, que no caso a pessoa que tiver gestante acarreta o bebezinho de nascer com esse problema.” (Jaspe)

“Afeta o sistema nervoso do bebe também, então, quando é descoberto, o bebe que tá com microcefalia, já é encaminhado para ser acompanhado pelo neurologista e fisioterapeuta.” (Granada)

Na fala de Jaspe o conhecimento é superficial, midiático, embasado no senso comum, o que fragiliza a assistência uma vez que o profissional não vai mais adiante no aprofundamento teórico/conceitual/técnico. De acordo com Brasil (2015) a microcefalia pode estar relacionada com malformações congênitas, infecções, traumas disruptivos e toxinas, portanto, é de origem adquirida ou genética.

O domínio do assunto e a autoconfiança dos ACSs são imprescindíveis para a prática de ações de educação em saúde junto à comunidade, especialmente com relação a microcefalia, devido, se tratar de um agravo de saúde evitável, quando relacionado com o *mosquito Aedes aegypti*. Pois, vários estudos correlacionam a microcefalia com a infecção do ZIKV. Segundo Slavov et al. (2016), o Brasil é o país com maior número de casos confirmados para ZIKV na América Latina.

No estudo realizado em Campina Grande-PB, por Oliveira et al., (2016), foram examinadas duas mulheres diagnosticadas com microcefalia fetal, que haviam desenvolvido sintomas relacionados a infecção pelo ZIKV, embora, os resultados sanguíneos para ambas as pacientes tenham sido negativo, o exame laboratorial realizado no líquido amniótico dessas pacientes supracitadas deram positivos para o genoma do ZIKV, possivelmente representando os primeiros diagnósticos de transmissão intrauterina do vírus. Os testes para o vírus da dengue, vírus chikungunya e para todas as sorologias recomendadas pelo MS durante o pré-natal foram realizados, e o resultado para todos foram negativos.

Já na fala de Granada percebemos uma melhor compreensão da temática, da corresponsabilização e da importância da referência nesses casos que demandam cuidados especializados.

Não há tratamento específico para a microcefalia. Existem ações de suporte que podem auxiliar no desenvolvimento do bebê e da criança, e este acompanhamento é preconizado pelo Sistema Único da Saúde (SUS). Como

cada criança desenvolve complicações diferentes entre elas respiratórias, neurológicas e motoras o acompanhamento por diferentes especialistas vai depender de suas funções que ficarem comprometidas. Estão disponíveis serviços de atenção básica, serviços especializados de reabilitação, os serviços de exame e diagnóstico e serviços hospitalares, além de órteses e próteses aos casos em que se aplicar (BRASIL, 2015, p.19).

A **terceira oficina** debateu o tema SGB, sendo esta doença relacionada ao *vetor Aedes aegypti* e o ZIKV, esse tema tornou-se importante devido o surto do mosquito vivenciado pela população de Campina Grande-PB e em especial no Bairro do Pedregal, tendo em vista que em alguns pontos do bairro, existem córregos e terrenos baldios com lixo o que representam risco à população, sendo assim surgiu a necessidade de aprofundar o conhecimento.

6.2.3 APREENDENDO E APRENDENDO SOBRE A SÍNDROME *GUILLAIN-BARRÉ*

De acordo com Tuacek et al. (2013) a SGB consiste em um subtipo de polineuropatia periférica aguda, leva à demielinização dos nervos periféricos, o que leva a fraqueza muscular e alterações sensoriais.

A causa da SGB ainda não foi identificada, entretanto se observa em parte dos pacientes, a relação com doenças agudas causadas por bactérias ou vírus. Entre os agentes infecciosos mais comuns que precedem a SGB, destacamos o Citomegalovírus, *Campylobacter jejuni*, Epstein-Barr vírus, entre outros (TUACEK et al, 2013).

Ao serem perguntadas sobre a SGB as ACSs disseram:

“É uma doença nova né? Do conhecimento agora popular ela é nova. ”
(Granada)

“Ela surge quando a pessoa está com a imunidade muito baixa, é uma inflamação né nos nervos neural, né isso? ” (Rubi)

As ACSs demonstraram ter um conhecimento empírico a respeito do tema, que pode ser melhorado com incentivo e estudo. Ressaltamos a importância da EPS na fala das duas

colaboradoras, ambas com conhecimento superficial sobre o tema, aproveitam para elucidar dúvidas, construir conceitos e produzir conhecimento.

Para os sujeitos do estudo com relação aos sinais e sintomas foi evidenciado:

“Ela atinge o sistema respiratório, por que ela é Uma doença que afeta o sistema nervoso central, meio mundo de órgão. ” (Topázio)

“Imunidade muito baixa, e assim, eu ouvi muito de ela atacar as pessoas que está com as taxas, a imunidade mesmo muito baixa. ” (Rubi)

“Perde os movimentos, tanto de perna quanto de braço, o nem respirar, pega o sistema nervoso central mexeu com SNC ferrou por que é o neurônio que comanda um monte de coisa. ” (Jaspe)

Casos da SGB após infecção por flavivírus já foram descritas em associação com a dengue, vírus do Nilo Ocidental, ZIKV, Encefalite Japonesa, bem como Chikungunya. Os dados de literatura revelam um aumento na incidência de Síndrome de Guillain Barré sugerindo uma relação, de acordo com os dados clínicos e epidemiológicos (BRASIL, 2016c).

Dessa forma ressaltamos a importância dos ACSs na frente de combate ao vetor *Aedes aegypti*, uma vez que esse mosquito é responsável pela proliferação de várias moléstias no meio urbano.

Entre 2013-2014 na Polinésia Francesa durante o surto de ZIKV, observou-se um aumento de 20 vezes da SGB em relação aos anos anteriores. Outra evidência para o neurotropismo ZIKV é o caso relatado de uma jovem com mielite aguda com possível etiologia de ZIKV (GARCIA et al., 2016).

Indiscutivelmente os ACSs desempenham um papel de extrema importância na comunidade, entretanto, em sua maioria, podem ter seu conhecimento limitado pela falta de capacitação, fator esse que restringe os ACSs no desenvolvimento de atividades junto à comunidade. Então, a EPS novamente se mostra como uma excelente ferramenta de transformação dessas práticas de educação em saúde desenvolvidas por esses profissionais.

A quarta oficina discutiu o pré-natal, ressaltando a importância desse acompanhamento em todo o ciclo gravídico, pois, nele são implementadas ações de prevenção e detecção precoce de doenças maternas ou fetais, colabora com o desenvolvimento saudável do feto e reduz os riscos da gestação para a mãe, nesse período a mulher recebe o cartão da gestante para acompanhamento preenchido, também recebe orientações sobre atualização das vacinas, são

solicitados exames de rotina e orientada quanto à participação nas atividades educativas em grupos de gestantes (BRASIL, 2012b).

6.2.4 A IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL

Por que deixamos essa oficina? Considerando a seriedade do acompanhamento da mulher no ciclo gravídico, ressaltamos que os ACSs enfrentam vários desafios no seu dia a dia de trabalho, no acompanhamento dessas mulheres, principalmente frente aos altos índices de infecção pelo ZIKV. A Infecção é transmitida pelo *Aedes aegypti* e associada ao comprometimento fetal causando malformações congênitas como a microcefalia (OLIVEIRA, 2016). E como foi uma demanda que surgiu da necessidade dos profissionais, optamos por trabalhá-la. A EPS novamente mostrou relevância no aprimoramento do conhecimento dos ACSs do estudo, uma vez que o cuidado deve ser redobrado durante a gravidez.

Ao resgatar o conhecimento dos ACSs sobre o pré-natal foi evidenciado:

“Pré-natal é a consulta que a gestante vem mensalmente, e quando já está se aproximando o parto é de 15 em 15 dias, pelo menos aqui!” (Granada)

“Importante para acompanhar a gravidez dela né, a saúde dela e do bebê que ela está carregando na barriga.” (Topázio)

“Oriente e sempre olhar vacina em dia se está vindo para as consultas de pré-natal, se participa dos grupos, se está sendo acompanhada mesmo, se faltou por que não foi.” (Jaspe)

Embora as participantes coloquem em linhas gerais algumas das importâncias do pré-natal, elencamos que essa forma de cuidado envereda para uma prática mais ampliada, que envolve o cuidado com o meio ambiente, pois, é nesse ambiente que os mosquitos se reproduzem, um fator limitante no controle do vetor *Aedes aegypti* é o racionamento de água vivenciado na cidade de Campina Grande-PB. Com isso as comunidades das áreas periféricas/carentes da cidade precisam manter depósitos com água parada, que por muitas vezes se transformam em criadouros do mosquito, e quanto maior a população do vetor, maior será a proporção de pessoas acometidas pelas infecções.

O *Aedes aegypti* é encontrado no meio urbano, principalmente em locais com destino

incorreto de resíduos sólidos urbanos, intermitência no abastecimento de água, infraestrutura urbana precária e gestão incorreta do lixo, que aliados às condições insatisfatórias de saneamento básico, à moradia inadequada e a fatores culturais e educacionais, proporcionam condições favoráveis para a dispersão do vetor (CAZOLA, TAMAKI e PONTES, 2014).

Cumprir salientar que a prevenção deve ocorrer em todo tempo em especial durante o ciclo gravídico, as orientações prestadas às mulheres antes e durante o pré-natal são de extrema importância para evitar o acometimento pelo ZIKV.

A OMS (2013) recomenda como medidas de prevenção de moléstias transmitidas pelo vetor e controle populacional do mesmo com as seguintes medidas: evitar acesso do mosquito a habitats de ovos, como tanques, através da gestão ambiental; eliminação adequada de resíduos sólidos e eliminação de habitats artificiais como vasos de plantas; cobrir, esvaziar e limpar recipientes de armazenamento de água doméstica semanalmente; utilizar inseticidas apropriados para recipientes exteriores de armazenamento de água (larvicida); uso de telas em janelas, roupas de mangas compridas, materiais tratados como inseticida; melhorar a participação e a mobilização da comunidade para o controle sustentado dos vetores; Aplicando inseticidas como pulverização espacial durante os surtos como uma das medidas de controle vetorial de emergência.

Outras formas de transmissão do ZIKV foram propostas por Musso et al. (2015), incluindo vertical, sexual e parenteral. Na Polinésia Francesa foi detectado o RNA ZIKV no sêmen de um homem com queixa de hematospermia durante um surto de ZIKV. Como também uma provável transmissão do ZIKV pelo contato sexual de um homem para uma mulher nos Estados Unidos. O que sugere como medida preventiva para as mulheres grávidas, o uso de preservativos nas relações sexuais durante a gravidez principalmente nos momentos de surto da doença, desta forma, diminui o risco de comprometer a gestação.

O estudo realizado em Sobral-CE por Bransão e Parente (2014), destaca a EPS como instrumento de atualização efetiva de conhecimentos, bem como, da construção de novos saberes junto aos atores da pesquisa.

Convém salientar que a utilização da EPS como ferramenta de intervenção na construção/atualização de saberes junto com os ACSs do estudo exigiu uma aproximação entre pesquisador e a amostra, a criação do vínculo entre as partes envolvidas foi de extrema importância para efetivação do estudo, uma vez que, a amostra expunha suas fragilidades e angústias do seu processo de trabalho.

7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

As oficinas de trabalho em rodas de conversa junto aos ACSs do estudo mostraram-se como uma alternativa acessível e eficaz para o aprimoramento do conhecimento técnico/científico desses profissionais. As atividades podem ser realizadas na própria unidade de saúde, com recursos de baixo custo, dentro do horário de trabalho. O mediador da roda de conversa pode ser o enfermeiro ou outro profissional que domine os temas a serem abordados. Os assuntos sugeridos são de média complexidade à simples, porém, de extrema importância na prática cotidiana dos ACSs.

O movimento constante deve existir no sentido de garantir aos ACSs o acesso a EPS. O planejamento das ações deve considerar as necessidades e experiências dos trabalhadores, para que haja sintonia com os problemas enfrentados na sua realidade. As atividades realizadas apresentaram-se como importante ferramenta para o fortalecimento do modelo de atenção focado na promoção da saúde.

Com isso espera-se que os ACSs possam desenvolver seu trabalho com mais empoderamento, de maneira que a transformação produzida possa refletir na comunidade e ampliar sua autonomia nas suas decisões.

Uma limitação identificada durante o estudo, foi a ocorrência de diversos episódios de paralisações/greves em prol da melhoria salarial desses profissionais, bem como das condições de trabalho dos mesmos, o que ocasionou um atraso na realização das oficinas de trabalho comprometendo/atrasando a coleta dos dados.

Na atenção primária à saúde compete ao enfermeiro desenvolver atividades de aperfeiçoamento do pessoal e manutenção das condições para prestação de um atendimento eficiente. Ele deve apoiar e supervisionar o trabalho dos ACSs desenvolvidos na comunidade. Então, a presente pesquisa contribuiu efetivamente para o processo de trabalhos destes ACSs melhorando a qualidade da assistência destinada a comunidade.

O projeto de pesquisa com os ACSs foi renovado e deu oportunidade de mais duas equipes de saúde da família do bairro do pedregal receberem esse suporte da academia para a melhoria de seu processo de trabalho entre agosto 2016 e julho de 2017. Já no segundo semestre de 2017 o projeto foi expandido para todo o distrito sanitário do município de Campina Grande, onde irá atender 107 equipes de saúde da família, uma grande conquista do NUPESC.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, P. C. de. **A educação popular em saúde no município de Recife-PE: em busca da integralidade.** 2003. 193 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Fundação Oswaldo

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRAGA, I. A.; VALLE, D. ***Aedes aegypti*: Inseticidas, mecanismos de ação e resistência. Epidemiologia e Serviços de Saúde.** Brasília, v.16, n.4, p.279-293, 2007. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/rscontraaedes/materiais/artigo-aedes-aegypti-inseticidas-mecanismos-de-acao-resistencia.pdf>> Acesso: 01 de ago. de 2017.

BHATT, S., et al. A Distribuição Global e Carga da Dengue, **Nature**, p. 504-507, 2013, *PMC*. Rede. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3651993/>. Acesso em: 16 ago. 2017.

BRASIL. **Constituição Da República Federativa Do Brasil, 1998.** São Paulo: Atlas, 1990.

BRASIL. **Lei 10.507, De 10 De Julho De 2002.** Cria A Profissão De Agente Comunitário De Saúde E Dá Outras Providências. Brasília: Diário Oficial Da União, 2002. Disponível em: <[file:///C:/Users/Denise/Downloads/lei-n-10507-de-10-de-julho-de-2002-\[155-241110-SES-MT\].pdf](file:///C:/Users/Denise/Downloads/lei-n-10507-de-10-de-julho-de-2002-[155-241110-SES-MT].pdf)>. Acesso em: 15 fev. 2016.

BRASIL. **Lei Nº 11.350, de 5 de Outubro de 2006.** Regulamenta O § 5º do Art. 198 da constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da emenda constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Diário Oficial Da União, 2006a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111350.htm>. Acesso em: 15 fev. 2016.

BRASIL Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Referencial Curricular Para Curso Técnico De Agentes Comunitários De Saúde: área profissional saúde.** Brasília: Ministério Da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno De Educação Popular E Saúde.** Brasília: Ministério Da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde,** Ministério da Saúde, Organização Pan-americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab32>. Acesso em: 03 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, **Resolução 466, de 12 de dezembro 2012**: Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**, Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria Geral e de Recursos Humanos. 1986b. **1ª Conferência Nacional De Recursos Humanos Em Saúde**. Brasília: Ministério Da Saúde, 1986b. Disponível: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0116conf_rh.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika**. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2015 [citado 2016 fev 03]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/22/microcefalia-protocolo-devigilancia-e-resposta-v1-3-22jan2016.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2016.

BRASIL. Instituto Oswaldo Cruz. Instituto Oswaldo Cruz/fiocruz (Ed.). **Dengue: Vírus e vetor**. Rio de Janeiro: 2016a. Disponível em: <<http://www.ioc.fiocruz.br/dengue/textos/longatraje.html>>. Acesso em: 25 jun. 2017.

BRASIL. Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo. Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo (Org.). Protocolo de Vigilância de Síndrome de Guillain-Barré e outras manifestações neurológicas associadas com arbovírus. São Paulo, 2016c. 17 p. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-por-vetores-e-zoonoses/doc/zika-virus/protocolo16_vig_sindrome_guillain_barre.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública sobre Microcefalias. Informe epidemiológico nº 14: semana epidemiológica (SE) 07/2016 (14 a 20/02/2016): monitoramento dos casos de microcefalia no Brasil, **Inf Epidemiol.**, v. 14, n. 7, p. 1-4, 2016b. Acesso em: 25 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 52, **Bol Epidemiol.**, v. 48, n. 14, p. 1-10, 2017. Acesso em: 25 jun. 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**. 2017b. disponível em: <<http://www.saude.assis.sp.gov.br/index.php/atencao-basica/estrategia-saude-da-familia>> Acesso em: 15 ago. 2017

BRANSÃO, I. R.; PARENTE, J. R. F. A percepção dos enfermeiros sobre educação permanente em saúde no contexto da estratégia saúde da família de sobral (CE). **Rev. Interfaces**, v. 2, n. 7, 2014. Disponível em: <<http://interfaces.leaosampaio.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/179>>. Acesso em: 25 set. 2016.

CAMPINA GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Planejamento, Controle e Avaliação. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Campina Grande, 2010.

CAVALCANTI, Y. W.; PADILHA, W. W. N. Qualificação de processos de gestão e atenção no município de Caaporã, PB: relatos de tutoria de educação permanente em saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 170-180, jan./mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000100170>. Acesso em: 5 mar. 2016.

Calvet et al. Detecção e sequenciação do vírus Zika a partir do líquido amniótico de fetos com microcefalia no Brasil:: um estudo de caso. **The Lancet: Infections diseases**, Brasil, v. 16, n. 6, p.653-660, 2016. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(16\)00095-5/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(16)00095-5/fulltext)>. Acesso em: 17 ago. 2017.

CAZOLA, L. H. O.; TAMAKI, E. M.; PONTES, E. R. J. C. Incorporação do controle da dengue pelo agente comunitário de saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 67, n. 4, p. 637-645, Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000400637&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 ago. 2017.

CECCIM, R.B., FEUERWERKER, L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004.

CONSOLI, R. A. G. B.; OLIVEIRA, R.L.; **Principais mosquitos de importância sanitária no Brasil**. Fiocruz, Rio de Janeiro – RJ, 1994.

CORDOBA, E. **SUS e ESF: Sistema Único de Saúde e Estratégia Saúde da Família**. São Paulo: Ridel, 2013.

CHAN, J. F.; CHOI, G. K.; YIP, C. C.; CHENG, V. C.; YUEN, K. Y. Febre Zika e síndrome congênita de Zika: uma doença arboviral emergente inesperada. **J Infect.**, 2016. Disponível em: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S016344531600061X>>.

CHIESA, A.M.; WESTPHAL, M.F. A sistematização de oficinas educativas problematizadoras no contexto dos serviços de saúde. **Saúde em Debate**, n.45, p.19-22, 1995.

Cruz. **Escola Nacional De Saúde Pública**. Centro De Pesquisas Ageu Magalhães. 2003. Disponível em: <file:///C:/Users/Denise/Downloads/educa0013.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2016

ESPÍNDOLA, J. W. P. **Síntese de derivados hidrazônicos como possíveis candidatos a inseticidas larvais frente ao *Aedes aegypti* e a fármacos para o tratamento da doença de chagas**. 2010. 169 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Centro de Ciências da Saúde da UFPE, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

FERREIRA, V. F.; ROCHA, G. O. R; LOPES, M. M. B.; SANTOS, M. S.; MIRANDA, S. A. Educação em saúde e cidadania: revisão integrativa. **Trab. Educ. Saúde**, Rio De Janeiro, v. 12, n. 2, p. 363-378, mai./ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462014000200009>. Acesso em: 27 mar. 2016.

FONSECA, A. F. **O trabalho do agente comunitário de saúde: implicações da avaliação e da supervisão na educação em saúde**. 2013. 238 f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional De Saúde Pública Sergio Arouca, Rio De Janeiro. 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/Denise/Downloads/fonsecaafd.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2016.

FREIRE, P. **Pedagogia Da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 24. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

GARCIA, E.; YACTAYO, S.; NISHINO, K.; MILLOT, V.; PEREA, W. Infecção do vírus Briand S. Zika: atualização global sobre epidemiologia e manifestações clínicas potencialmente associadas, **Wkly Epidemiol Rec / Heal Secção Secr Leag Nations**, v. 91, p. 73-81, 2016 Disponível em: <Http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26897760>. Acesso em: 26 mar. 2016.

IOC/FIOCRUZ - Instituto Oswaldo Cruz. **Dengue: Vírus e vetor**. Disponível em: <<http://www.ioc.fiocruz.br/dengue/>> Acesso: 20 de Ago. de 2016.

LE MOS, C. L. S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente?. **Ciênc. saúde coletiva**, vol. 21, n. 3, p. 913-922, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015213.08182015>>. Acesso em: 26 mar. 2016.

LIMA, Regina Corrêa de; BASTOS, Ana Mena Barreto; TADEI, Wanderli Pedro. Investigação de Atividade Larvicida Da 2-Piridino Formamida Tiossemicarbazona E De Seus

Derivados N-4 Substituídos. **Igapó: Revista de Educação, Ciência e Tecnologia do IFAM**, Manaus, v. 6, p.87-91, 2016.

MACÊDO, N. B.; ALBUQUERQUE, P. C.; MEDEIROS, K. R. O desafio da implementação da educação permanente na gestão da educação na saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio De Janeiro, v. 12 n. 2, p. 379-401, mai./ago. 2014. Disponível em: <<http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/lil-710491>>. Acesso em: 5 mar. 2016.

MAHENDRADAS, P. K. A.; SHETTY, R. Chikungunya and the Eye: A Review. **Jornal de Inflamação Oftálmica e Infecção**, v. 35, 2013. *PMC* . Rede. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3605073>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, V. 48, N. 1, P. 170-185, 2014. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/80608/84265>>. Acesso em: 26 mar. 2016.

MUSSO, D.; ROCHE, C.; ROBIN, E. et al. Potential Sexual Transmission of Zika Virus. **Emerging Infectious Diseases**, v. 21, n. 2, p.359-361, 2015. Disponível em: <[doi:10.3201/eid2102.141363](https://doi.org/10.3201/eid2102.141363)>. Acesso em: 26 mar. 2016.

OLIVEIRA, A. R.; CHAVES, A. E. P.; NOGUEIRA, J. A.; SÁ, L. D.; COLLET, N. Satisfação e limitação no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde, **Rev. Eletr. Enf.**, v. 12, n. 1, p. 28-36. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i1.9511>. Acesso em: 26 mar. 2016.

OLIVEIRA, M.; MALINGER, A. S.; XIMENES, G.; SZEJNFELD, R.; ALVES SAMPAIO, P. O; BISPO DE FILIPPIS, A. M. Infecção intra-uterina do vírus Zika causa anormalidade cerebral fetal e microcefalia: ponta do iceberg?, **Ultrasound Obstet Gynecol**, v. 47, p. 6-7, 2016.

OLIVEIRA MELO AS. Et al. A infecção intra-uterina do vírus Zika causa anormalidade cerebral fetal e microcefalia: ponta do iceberg? **Ultrasound Obstet Gynecol**. 2016; 47 (1): 6-7. Pmid: 26731034. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/uog.15831/full>. Acesso em: 26 jul. 2016.

OLIVEIRA, Consuelo Silva de; VASCONCELOS, Pedro Fernando da Costa. Microcefalia e vírus Zika. **J. Pediatr.** (Rio J.), Porto Alegre, v. 92, n. 2, p. 103-105, Abr. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572016000200103&lng=pt_BR&nrm=iso>. Acesso em 19 de agosto de 2017.

OMS. Organização Mundial de Saúde, Genebra, 2013. **Dengue e dengue grave** [ficha informativa n. 117, revisado em setembro de 2013]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/en/>. Acesso em: 26 mar. 2016.

PEIXOTO, L. S.; GONÇALVES, L. C.; COSTA, T. D.; TAVARES, C. M. M.; CAVALCANTI, A. C. D.; CORTEZ, E. A. Educação permanente, continuada e em serviço:

desvendando seus conceitos. **Rev. Enfermeria Global.**, n. 29, p. 324-339, 2013. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n29/pt_revision1.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2016.

PESSOA, Vanira Matos et al . Pesquisa-ação: proposição metodológica para o planejamento das ações nos serviços de atenção primária no contexto da saúde ambiental e da saúde do trabalhador. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 17, n. 45, p. 301-314, June 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000200005&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Aug. 2017.

QUEIROZ, D. M.; SILVA, M. R. F.; OLIVEIRA, L. C. Educação permanente com agentes comunitários de saúde: potencialidades de uma formação norteada pelo referencial da educação popular e saúde. **Interface**, Botucatu, v. 18, supl. 2, p. 1199-1210, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000601199&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 24 mar. 2016.

ROSSETTO, M.; SILVA, L. A. A. Ações de educação permanente desenvolvidas para os agentes comunitários de saúde. **Cogitare Enferm.**, v. 15, n. 4, p. 723-9, out./dez. 2010. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/20376/13546>>. Acesso em: 15 abr. 2016.

SLAVOV, S. N. et al. Visão geral da infecção pelo vírus Zika (ZIKV) em saudações para a epidemia brasileira, **Rev Brasileira de Pesquisa Médica e Biológica**, v. 49, n. 5, 2016, e5420.

SCHERER, M. D. A; PIRES, D. E. P.; SORATTO J. O trabalho na estratégia saúde da família. In: SOUSA, FRANCO, MENDONÇA (org.), **Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas, São Paulo, p. 521-57, 2014.

TUACEK, T. A.; TSUKIMOTO, G. R.; FIGLIOLIA C. S.; CARDOSO M. C. C.; TSUKIMOTO, D. R.; ROSA, C. D. P., et al. Neuropatias - Síndrome de Guillain-Barré: reabilitação. *Acta Fisiátr.*, v. 20, n. 2, p. 89-95, 2013.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 17 ed. São Paulo: Cortez. 2009.

VIEIRA, M. A.; FERREIRA, M. A. M. Análise do processo de trabalho na estratégia saúde da família em relação à operacionalização dos princípios básicos do SUS. **Rev. de Adm. Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 12, n. 3, p. 1-9, 2015. Disponível em: <<http://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/2460/1576>>. Acesso em: 23 ago. 2017.

VILCHES, T. N.; FERREIRA, C. P. Um modelo para a dengue com influência sazonal. **TEMA**, São Carlos, v. 14, n. 3, p. 279-290, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2179-84512013000300002&lng=pt_BR&nrm=iso>. Acesso em 09 ago. 2017.

ZARA, A. L. S. A.; SANTOS, S. M.; FERNANDES-OLIVEIRA, E. S.; CARVALHO, R. G.; COELHO, G. E. Estratégias de controle do *Aedes aegypti*: uma revisão, **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 391-404, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000200391&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 ago. 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSCIENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO(TCLE)**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE- UFCG.****CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE.****UNIDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE.****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa " **EDUCAÇÃO PERMANENTE: Contribuindo no processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde.** Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

- ✓ O trabalho " **EDUCAÇÃO PERMANENTE: Contribuindo no processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde** **possui** como objetivo geral Promover a discussão através da Educação Permanente em Saúde sobre o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde
- ✓ O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- ✓ A presente pesquisa oferecerá risco mínimo aos participantes uma vez que não será realizada intervenção, podendo estes riscos serem de ordem moral, o que poderiam ocasionar algum constrangimento. Assim, os riscos serão evitados e minimizados, explicitando aos participantes a forma de realização da pesquisa, e só o incluiremos no estudo, conforme sua permissão mediante assinatura do TCLE.
- ✓ A pesquisa promoverá como benefícios, melhoria no processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, otimizando a transformação das práticas em saúde. Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- ✓ Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- ✓ Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 96904554 com Gisetti Corina Gomes Brandão,

endereço institucional da pesquisadora: Avenida Juvêncio Arruda, nº 795. Bodocongó,
Campina Grande, PB, CEP: 58429-600.

Campina Grande ____ de _____ de 2015.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Gisetti Corina Gomes Brandão

Assinatura do Respondente do estudo

CEP/ HUAC - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n,
São José. Campina Grande- PB. Telefone: (83) 2101-5545

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.

1. IDENTIFICAÇÃO

Sexo:

Feminino Masculino

Faixa etária:

20 a 25 anos 40 a 45 anos
 26 a 30 anos 46 a 50 anos
 31 a 35 anos mais de 50 anos
 36 a 40 anos

Tempo de atuação na ESF:

menos de um ano de 11 a 15 anos
 entre 1 e 5 anos de 16 a 20 anos
 de 6 e 10 anos mais de 20 anos

Escolaridade:

