

Agentes comunitários de saúde , agentes de endemias e os ODS's no enfrentamento das arboviroses para a construção de territórios saudáveis- Dois Unidos - Recife-PE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como parte dos requisitos para obtenção do grau de Especialista em Gestão Pública com ênfase em governo Local, da Escola Nacional de Administração Pública (Enap).

Aluno: Alcione Gama da Silva

Orientador(a): Prof. Dr. João Mendes da Rocha Neto

Brasília – DF

Junho/2018

Agentes comunitários de saúde , agentes de endemias e os ODS's no enfrentamento das arboviroses para a construção de territórios saudáveis- Dois Unidos - Recife-PE

Autora: Alcione Gama da Silva
Secretaria Municipal de Saúde- DSII-Recife-PE

Resumo

O presente projeto de intervenção pretende integrar os agentes de campo, a partir da adoção de um modelo de trabalho conjunto, com base na gestão desses agentes para implementação das políticas públicas de saúde, discutindo os impactos das arboviroses na saúde do município.

Considerando o território da unidade básica de saúde Alto do Capitão sua abrangência e a existência do ponto de apoio da equipe de agentes de endemias, o processo de saúde e doença das pessoas a similaridade das ações de prevenção adotadas pelos agentes de campo, tanto comunitário, quanto de endemias, requisitos fundamentais para a defesa desta proposta.

O ponto de partida para a problematização situa-se na ausência de articulação das atividades laborais dos ACS's (Agentes Comunitários de Saúde) e ACE's (Agente de Combate às Endemias) e a partir dessa constatação pretende-se elaborar uma estratégia para conferir mais resolutividade aos casos de dengue, zika e chikungunya, otimizando as visitas domiciliares e evitando o sobreposição no atendimento ao usuário.

O projeto se dará de forma experimental, evidenciando o objetivo do desenvolvimento sustentável três; saúde e bem estar, com foco na população atendida pela Unidade básica de saúde - Alto do Capitão onde as equipes de saúde da família e combate às endemias atuam, priorizamos as atividades de educação popular em saúde, monitoramento e prevenção de arboviroses no Alto do capitão.

Palavras chave: Território; Arboviroses; ODS.

SUMÁRIO

1.	3	
1.1.	Definição do problema	4
1.2.	Contexto/justificativa do problema	5
1.3.	Metodologia de coleta de dados	6
1.4.	Localização do Plano de Intervenção	7
1.5.	Público-Alvo	8
1.6.	Valor previsto	9
1.7.	Duração	9
1.8.	Instituição/unidade funcional gestora e idealizadora	11
2.	Objetivos	11
3.	Marco Técnico e Teórico	11
4.	Escopo	21
4.1.	Estrutura Analítica	24
4.2.	Declaração de escopo	24
4.3.	Levantamento de restrições	25
4.4.	Premissas	25
4.5.	Riscos	26
4.6.	Estrutura de gestão e principais atores envolvidos	27
4.7.	Quadro de Trabalho/equipe	28
5.	Cronograma	29
	Considerações finais	30
	Referências bibliográficas	32

1- DIAGNÓSTICO

1.1-Definição do problema

A presença dos agentes (ACS/ACE) no território é de fundamental importância para a Atenção Básica (A.B), entretanto, não há integração das atividades no campo, visto que as áreas convergem, mas, as ações não dialogam.

A nossa vivência de campo nos subsidiam, mas, não elucidam os nossos questionamentos e inquietudes diante dos desafios do cotidiano. A investigação com bases teóricas pode nos fornecer elementos que confrontam o empirismo e a ciência.

Pretendemos neste projeto investigar a falta de planejamento territorial com o aumento das arboviroses na localidade, propor a atividade conjunta como um meio de melhorar indicadores locais e contribuir com a agenda 2030 através do ODS 3 que trata da saúde e bem estar das pessoas e suas metas.

Supomos, inclusive, que para assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades é fundamental o aceite deste projeto no âmbito do nosso município, como um dos caminhos para alcance tais metas e objetivos propostos na agenda.

Consideramos que nosso projeto contempla a meta 3.3 que propõe acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, combater a hepatite, doenças transmitidas pela água e outras doenças transmissíveis.

Sendo as arboviroses consideradas doenças tropicais negligenciadas e tendo como principal vetor o mosquito aedes aegypti.

Este mosquito necessita de água para sua proliferação, bem como do clima e das condições sanitárias desfavoráveis. Pois, ao longo de sua evolução este vetor foi adaptando-se à forma de ocupação territorial humana e seus hábitos.

Dito isto, surgem algumas questões fundamentais para se entender o problema: Existe sombreamento na atuação dos agentes de campo desde visitas domiciliares até ações coletivas? Quais as implicações dessa ausência de articulação nas arboviroses? Que impactos na saúde da população do Alto do Capitão podem ser visualizados? O que pode ser feito para contribuir na agenda 2030 e alcançar as metas dos objetivos do desenvolvimento sustentável?

Diante destas proposições e com base nos boletins epidemiológicos do município, que tratam dos casos de arboviroses, nos autores que nos subsidiam e na nossa ação laboral, buscamos o enfrentamento do problema, bem como, a qualidade de vida da população assistida por estes agentes.

É defendendo o presente projeto que através da adoção de um trabalho conjunto poderemos acabar com doenças de veiculação hídrica inclusive as arboviroses.

1.2-Contexto/justificativa do problema

Estudar as arboviroses na área de cobertura da US Alto do Capitão permite compreender os impactos dessas doenças emergentes e reemergentes e aclarar nossa percepção diante dos impactos na saúde das pessoas.

A emergência e a reemergência de arboviroses são consideradas fenômenos naturais de evolução e adaptação das espécies. Ademais, fatores como mudanças climáticas e ambientais, desmatamentos, migração populacional, ocupação desordenada de áreas urbanas e precariedade de condições sanitárias favorecem a amplificação e transmissão viral (LIMA-CAMARA, 2016).

Conhecendo a dengue, a zika e a chikungunya, arboviroses mais prevalentes na localidade, segundo boletim epidemiológico (semana epidemiológica 49/2015) o bairro de Dois unidos aparece como um dos oito bairros de Recife com maior incidência de casos naquele ano.

Entretanto, dados mais recentes, indicam que nas últimas oito semanas (26.08.18 a 20.10.18) período que se refere a transmissão ativa recente das arboviroses, o bairro melhorou seu desempenho com base no Levantamento de Índice Rápido (LIRAA) realizado no ciclo de visita dos ACE.

Contudo, o boletim ao analisar o risco de adoecimento, aponta os bairros que apresentaram os maiores coeficientes de Incidência por 100.000 habitantes. Neste caso Dois Unidos permanece como risco médio, mesmo percentual do município. O último Levantamento rápido do índice de infestação para *Aedes aegypti* (LIRAA), realizado no período de 27 a 29/08/2018 (5º ciclo), apresentou resultado geral no Recife de 1,3% (risco médio).

As propostas de intervenção nesse cenário tem sido a de combate ao mosquito transmissor das arboviroses e ações curativas, bem como, visitas domiciliares e ações educativas individuais e coletivas. Feitas por cada profissional zoneado, sem um monitoramento conjunto, ou seja, cada profissional fazendo seu trabalho isoladamente em seus programas respectivos.

Assim, o que se propõe com o Projeto de Intervenção é uma leitura da realidade no que se refere à saúde em Dois Unidos com olhar para a área de cobertura da US Alto do Capitão, a partir da vivência e espaço onde cada sujeito se situa, mas, discutindo o papel de cada agente e como podem atuar conjuntamente para melhorar a vida das pessoas.

Por fim, relacionamos a adoção da agenda 2030 e a disseminação do ODS 3 Saúde e bem estar para a construção de mudanças que resultem no planejamento de ações conjuntas que atendam às reais necessidades e os problemas prioritários do Bairro de Dois Unidos em Recife.

Assim, pretende-se obter um diagnóstico social, a ser realizado na equipe. Salientamos que não pretendemos, nem podemos esgotar as possibilidades de investigação com este projeto, pois durante o processo de implementação poderão surgir inquietações e sugestões para possíveis ajustes.

1.3-Metodologia de coleta de dados

O Projeto de Intervenção pretende contemplar as diferentes visões, interesses, expectativas, potenciais e limitações do público envolvido e impactar na melhoria da qualidade de vida dos agentes e das pessoas evidenciando a adoção da agenda 2030 com ênfase no ODS 3 saúde e bem estar.

A pesquisa é quantitativa e qualitativa por agrupar dados da situação epidemiológica do bairro de Dois Unidos e da etnografia dos agentes de campo, bem como sua compreensão, intervenção e contextualização social frente às arboviroses.

A nossa relação com as práticas laborais dos agentes, evidencia a proximidade com o objeto e melhor compreensão de sua complexidade, dando maior legitimidade à pesquisa e aplicabilidade ao projeto.

É a partir da observação e alinhamento das bases de dados do município que realizaremos oficinas sobre a agenda 2030 com os profissionais, rodas de conversa para levantamento de um panorama da área a ser trabalhada, construção de mapas a partir da demanda de arboviroses, preparação de ações de arte e educação popular em saúde e conscientização dos usuários.

Utilizaremos a matriz FOFA (força, oportunidade, fraqueza e ameaça) para o primeiro momento do projeto, nas oficinas com os profissionais e na conscientização com os usuários evidenciando assim; o que temos de positivo para a implementação do projeto (Forças), o que enxergamos de potencialidade para o futuro nesta proposta de trabalho conjunto (Oportunidades), o que percebemos de negativo no presente (Fraquezas), e o que vislumbramos de negativo no futuro (Ameaças). Com avaliação e monitoramento mensal e registro no diário de campo.

Assim, nossa proposta de metodologia nasce numa perspectiva dialógica na medida em que os agentes envolvidos propõem ajustes e fazem registros em diários de campo, que serão a base para a produção de um relatório que servirá como modelo para a replicabilidade em outras unidades do município.

1.4-Localização do Plano de Intervenção

Recife² é a capital do estado de Pernambuco, localizado na Região Nordeste do país. Com área territorial de aproximadamente 218 km², possui população de **1.637.834** habitantes (IBGE, 2018). É dividido em seis Regiões Político Administrativas (RPA) atualmente redefinido em 8 rpa's. A região metropolitana de Recife é constituída por 14 municípios, sendo eles: Abreu e Lima, Araçoiaba, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Igarassu, Ilha de Itamaracá, Ipojuca, Itapissuma, Jaboatão dos

Guararapes, Moreno, Olinda, Paulista, Recife, São

o Lourenço da Mata, de acordo com dados do

IBGE (2018). O bairro de Dois Unidos¹ está

localizado na região norte do município na RPA

2 (Região Política Administrativa) microrregião

2.3 a 8,7 km de distância do marco zero. Pertence

a uma área de proteção ambiental (APA), em

uma área periférica limitando-se com o município

de Olinda, sua população 32.805 mil habitantes

desses 47,6 são homens e 52,4 são mulheres, em

sua maioria de baixa renda, na região se

encontram diversos problemas sociais, como a

alta densidade populacional, grande número de



construções irregulares e de vulnerabilidade no entorno de encostas, além de alto índice de violência. O bairro também apresenta potencialidades, como a presença de mata atlântica, que propicia temperaturas mais amenas e permite maior conforto térmico para a população residente e a beleza visual que a mata oferece.

1.5-Público-Alvo

“A origem dos agentes de saúde é anterior às políticas públicas que inseriram esse trabalhador no SUS. Porém, é a partir destas políticas que o agente de saúde aparece formalmente como uma ocupação reconhecida em âmbito nacional” (Bornstein ET al., 2014). O ACS faz parte da política nacional da atenção básica, devendo pertencer à uma equipe de atenção básica ou de saúde da família e residir na comunidade onde atua.

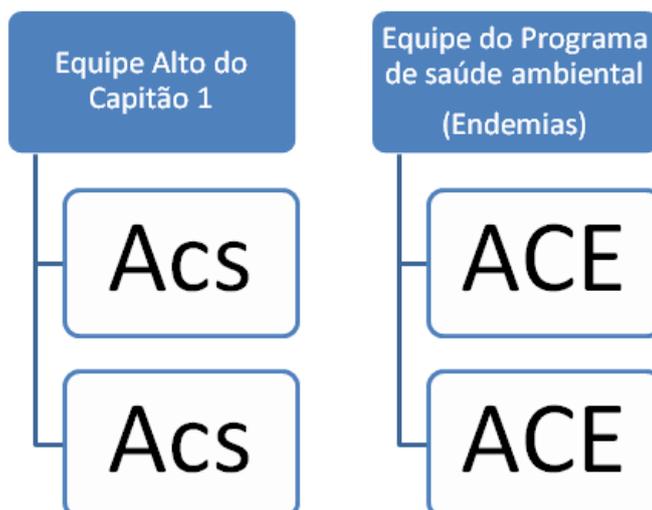
Já o agente de controle de endemias (ACE) categoria equivalente está presente no país do período do Brasil Colônia até o final da década de 1990, pois as ações de vigilância em saúde, prevenção e controle de endemias eram realizadas pelo governo federal.

Em 2006 foi publicada a emenda constitucional nº 51 que cria o processo seletivo público para os ACS's e ACE's e estabelece que estes profissionais somente poderão ser contratados diretamente pelos estados, Distrito federal e municípios. Neste mesmo ano foi promulgada a lei 11.350, que estabelece as atividades e requisitos para ser ACS e ACE. O agente de endemias faz parte da equipe de vigilância em saúde de uma secretaria municipal ou estadual de saúde. Só em 2010 as vigilâncias começam a se articular com as ações da atenção básica (A.B.) por indicação do ministério da saúde.

O público alvo do projeto de intervenção são os agentes de campo (ACS/ACE) que cobrem a área da US Alto do Capitão.

Equipe envolvida	Gênero	Vínculo PCR
ACE	4 Masculinos 4 Femininos	Estatutários
ACS	2 masculinos 4 Femininos	Estatutários

Apesar de envolver todo o corpo profissional da US, para divulgar a agenda 2030, os ODS's e o projeto de intervenção, elegeremos quatro profissionais que participarão ativamente



do projeto e produzirão o diário de campo. Indiretamente pretendemos atingir a população com um trabalho mais eficiente e com um trabalhador mais consciente de seu papel social.

1.6. Valor previsto

Estimamos que os custos sejam o mínimo possível considerando que os recursos humanos e equipamentos materiais utilizados sejam os que já temos. Consideramos algumas aquisições que necessitamos no quadro abaixo:

RECURSO MATERIAIS	RECURSOS HUMANOS
1- COMPUTADOR (Já existe falta instalar)	1 Supervisora e uma enfermeira (coordenadoras das equipes)
1 SALA	8 agentes de combate às endemias (apenas 2 cobrem a área)
1 Carro (Para transporte do grupo)	Grupo de expressões artísticas: As dengosas.
5 cadernos para diário de campo	2 agentes comunitários de saúde, 2 ACE e um supervisora.
5 canetas	1 sistematizador

1.7. Duração

A proposta de início do projeto é Janeiro 2019 com pausa em Julho e entrega do relatório da atividade em Dezembro do mesmo ano. Consideramos assim, a adoção de um ano onde não haverá pleito em níveis de governo e com uma indicação de concurso público para contratação de profissionais da área. À seguir listamos as atividades coletivas e individuais dos envolvidos;

Atividade	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Mai	Junho
Roda de Conversa para discutir a intervenção	2ª semana					
Levantamento de atribuições na lei 11.350/2006	1ª semana	2ª semana	1ª semana			
Aplicação da		3ª semana	Participação		Participação	

matriz FOFA para os agentes			o na avaliação e monitoramento		na avaliação e monitoramento	
Aplicação da matriz FOFA para a população				2ª semana	Culminância: Apresentação do Grupo As dengosas na quadra.	
Oficina de compreensão da proposta	1ª semana	Participação na avaliação e monitoramento	1ª semana	Participação na avaliação e monitoramento	1ª semana	
Roda de conversa com gestores distritais	Participação na avaliação e monitoramento	1ª semana	Participação na avaliação e monitoramento	Participação na avaliação e monitoramento	Participação na avaliação e monitoramento	
Apresentação do Grupo As dengosas	4ª semana	4ª semana				
Roda de conversa com gestor de saúde		1ª semana				
Avaliação e monitoramento	4ª semana	4ª semana				

As atividades do projeto retornarão em Agosto com produção do relatório que seguirá até o último dia do mês, sem prejuízos para as atividades existentes na rotina das equipes.

1.8. Instituição/unidade funcional gestora e idealizadora

SMS- Secretaria Municipal de Saúde do Recife- Distrito Sanitário 2, Vigilância em saúde, Unidade de Saúde da Família Alto do Capitão- Equipe do Programa de Saúde Ambiental – Alto do Capitão, as ações serão coordenadas pela supervisora da equipe.

2-OBJETIVOS

Propor um modelo de trabalho que integre as atividades dos profissionais agentes comunitários de saúde e os agentes de combate às endemias. Discutindo o território, as arboviroses e seus impactos nos indicadores de saúde, bem como a adoção da agenda 2030 o ODS 3 saúde e bem estar como caminho para a qualidade de vida.

- 1- Analisar o que faz as categorias trabalharem de forma separada com base na Lei 11.350/2006.
- 2- Relacionar os impactos da falta de planejamento territorial no processo de trabalho dos Agentes e com saúde dos usuários atendidos pelos agentes.
- 3- Apontar as convergências de atuação dos agentes, suas potencialidades e desafios;
- 4- Mapear as experiências exitosas de iniciativa dos agentes;
- 5- Incentivar a autonomia e proatividade nos agentes;
- 6- Inserir a agenda 2030 e o ODS relacionado ao tema na dinâmica do trabalho;
- 7- Utilizar a arte e a educação popular como práticas de integração e autonomia.

3-MARCO TÉCNICO E TEÓRICO

TERRITÓRIO, O LUGAR DOS AGENTES DE CAMPO.

Segundo Milton Santos, o Estado definia os lugares, ou seja, o território era a base, alicerçava o ESTADO-NAÇÃO e o moldava. Com a globalização a noção de território assume características “transnacional”, mundial, global. O território nacional é o espaço de todo o transnacional é de interesse das empresas, racionalizador, com conteúdo ideológico de origem distante que chega a cada lugar com objetos e normas estabelecidas para servi-lo.

Milton Santos critica a globalização e os processos que evidenciam as desigualdades sócio-espaciais retomando dois conceitos da geografia; o conceito de território e o conceito de

lugar. Diz que ‘território usado’ deve ser compreendido como uma mediação entre o mundo e a sociedade nacional e local. Portanto, conceito indispensável para compreender o funcionamento do mundo presente.

Chamando à atenção para as horizontalidades; lugares vizinhos reunidos por uma continuidade territorial e verticalidades; pontos distantes ligados por todas as formas de processos sociais, Milton Santos, evidencia que o território pode ser formado de lugares contíguos e de lugares em rede.

Assim, compreendemos que quem dita as regras às redes é o mundo. Este mundo do mercado universal e dos governos mundiais com seus órgãos e fundações se apropriam e atacam na prática e na ideologia o Estado territorial, através do grande capital. Que atravessa tudo, inclusive a consciência das pessoas.

“O mundo e lugar se constituem num par indissociável. O lugar é o papável, que recebe os impactos do mundo. O lugar é controlado remotamente pelo mundo.” (Santos, 1994, pág. 2).

Nesta toada e à luz de Milton Santos é que FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, A. falam entre tantas globalizações, ‘que começam a tomar lugar na pauta das reuniões políticas internacionais, a globalização da saúde’.

“Uma das características principais do mundo globalizado, tornou possível os fluxos de vírus e bactérias, que podem se alastrar rapidamente nas diversas regiões do globo e produzir grandes epidemias”. (pág. 32)

Assim, os autores dizem que a epidemiologia foi incorporando o conceito de espaço trabalhado na Geografia e fez dessa categoria uma importante ferramenta para a análise da manifestação coletiva da enfermidade.

Portanto, de um lado o território é cenário dessa relação social colocada por Milton Santos e configura espaço de apropriação/dominação a ser investigado e sua relação com a saúde. Tornando-se fundamental no planejamento de ações que busquem minimizar os impactos na vida das pessoas.

OS AGENTES DE CAMPO E SEU LUGAR NO SUS

O SUS é fruto de um processo de mobilização entre diversas entidades e atores sociais que, unidos através do Movimento de Reforma Sanitária, defendiam um projeto de um sistema de saúde, que pudesse dar conta de unir políticas públicas para ampliar e garantir o atendimento à população, assim como a proteção contra doenças. (COELHO, 2012)

Desse modo, o SUS é também “território” de tensões se considerado espaço de apropriação/dominação. Para, FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, A, este território pode contribuir na saúde revelando, áreas mais necessitadas e de maior tensão. É por isso que torna-se essencial adequar as ações em saúde primária.

Ou seja, para estes autores o objetivo é otimizar as ações de caráter preventivo e evitar a sobrecarga das ações curativas que são resolvidas em centros de saúde e hospitais na maioria das vezes.

Nesse sentido o território torna-se uma ferramenta, não a única, e deve ser utilizada sempre que a investigação/ação envolver grupos sociais.

Sendo assim e se fazendo partícipe, ‘O ACS é um elemento inovador na equipe de saúde, tanto no PACS(Programa Agente Comunitário de Saúde) quanto na ESF(Estratégia Saúde da Família). Ele é o único componente da equipe que tem como um dos requisitos para a sua contratação a condição de ser morador do território em que atuará, o que seguramente está vinculado à ideia da aproximação e entendimento das condições de vida da população, de suas características culturais, de sua dinâmica social e familiar.’

Contudo, segundo Vera Joana Bornstein, estes profissionais que ao longo da experiência no SUS e mesmo sendo amplamente estudados no Brasil passam por dificuldades relativas à poucas ações intersetoriais, excesso de atividades burocráticas, metas verticais e o modelo de avaliação que fragmentam a atividade dos profissionais e dificultam a integralidade da atenção e a falta de garantia da continuidade do cuidado.

Por outro lado, em relação aos ACE, Ieda da Costa Barbosa diz que estes formam um contingente expressivo que apresentam uma enorme quantidade de nomenclaturas (guardas de

endemias, guardas sanitários, agentes de saneamento, agentes de vigilância em saúde, entre outros). E diferenças com relação ao vínculo, ao contrato de trabalho, salários e formação.

Estes fatores, diz a autora, tem dificultado o fortalecimento de uma identidade profissional própria e o reconhecimento como trabalhador do SUS, o que leva a um processo de trabalho menos integrado aos demais trabalhadores.

O ACE, para Barbosa, procura dar conta de doenças endêmicas, portanto, sua atividade não acontece apenas na unidade de saúde e sim no território. (pág.37). Hoje o trabalho de campo da vigilância em saúde enfrenta o desafio de promover uma atuação orientada pelo conceito ampliado de saúde e capaz de ter efeitos nos determinantes sociais nos territórios.

Para Ronaldo dos Santos Travassos, que utiliza para os profissionais ACE/ACS um conceito freireano¹ o de trabalhador social, que ultrapassa a lógica da produtividade. Afirmado que este “agente” deve assumir um posicionamento que não seja de neutralidade, buscando benefícios sociais para a maioria da população.

Implica, segundo Travassos, a construção coletiva de caminhos onde não há espaço para apropriação/dominação ou mesmo imposição fortalecendo assim a autonomia.

“Considerados como trabalhadores sociais, os ACE’s e ACS’s que optam pela mudança, hoje, devem desenvolver suas atividades desde a realidade mais próxima, sem perder de vista o contexto no qual estão inseridos. E tendo como ponto de partida os diversos lugares de sua atuação, tais como, domicílios, as comunidades, as instituições de saúde, considerando a cultura e a história de vida de cada pessoa.” (pág.43)

Desse modo, para Travassos a educação popular torna-se fundamental para a formação desses profissionais de campo no sentido de compreender o espaço próprio de sua ação política.

AS ARBOVIROSES E OS IMPACTOS NO COTIDIANO DAS PESSOAS

No Brasil as arboviroses vêm ganhando destaque como relevante problema de saúde pública, pois sua magnitude e transcendência, foram consideradas de importância

internacional (WHO,2016). Dentre elas, destacam-se doenças caracterizadas como reemergentes, como a dengue, e emergentes como a febre chikungunya e o vírus zika (LIMA-CAMARA,2016).

A emergência e a reemergência de arboviroses são consideradas fenômenos naturais de evolução e adaptação das espécies. Ademais, fatores como mudanças climáticas e ambientais, desmatamentos, migração populacional, ocupação desordenada de áreas urbanas e precariedade de condições sanitárias favorecem à amplificação e transmissão viral (LIMA-CAMARA,2016).

No cenário nacional, o estado de Pernambuco destacou-se em 2016 com 113.320 casos suspeitos de dengue e 58.969 de chikungunya. Quanto à infecção pelo vírus zika, houve, nesse mesmo ano, 11.392 casos notificados em 151 municípios (81,5%) e no Distrito de Fernando de Noronha. Em 2016, notificaram-se 383 óbitos por arboviroses no estado, com percentual expressivo para chikungunya (53,4%), seguido de coinfeção por dengue e Zika vírus (23,0%) e dengue (21,7%) (PERNAMBUCO, 2017).

Dentre as infecções por arbovírus, aspectos relacionados à circulação do vírus zika despertaram recente interesse. A identificação desse vírus como agente de surto na região Nordeste brasileira representou a primeira transmissão autóctone da mencionada infecção no país. Em novembro de 2014, estados dessa região relataram a ocorrência de doença exantemática de etiologia desconhecida, posteriormente confirmada em abril de 2015 como infecção pelo vírus zika, com oito casos no estado da Bahia, oito no Rio Grande do Norte, um em São Paulo e quatro em Pernambuco (BRITO 2015; PERNAMBUCO, 2016).

Peculiaridades da investigação do vírus zika no País, e, em especial, no estado de Pernambuco revelaram protagonismo de ações coordenadas de resposta rápida ao que foi caracterizado, no período de maio a novembro de 2016, emergência de saúde pública de alcance mundial (ARAÚJO ET al., 2016; WHO, 2016). Em outubro de 2015, além dos casos confirmados de infecção pelo vírus zika, outro evento foi registrado no Estado: profissionais de dois hospitais da capital Recife notificaram à Secretaria de Saúde aumento no número de recém-nascidos com microcefalia para 26 casos (EICKMANN ET al., 2016; PERNAMBUCO, 2016).

A partir dessa comunicação, o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde de Pernambuco (CIEVS-PE) comprovou alteração no padrão de ocorrência dessa anomalia congênita, uma vez que, entre os anos de 2005 e 2014, sua mediana era de nove

registros por ano. Vale ressaltar que foi o primeiro estado a detectar mudança no padrão epidemiológico da microcefalia (PERNAMBUCO, 2016). Tal quadro, posteriormente, foi relacionado à infecção pelo vírus zika (ARAÚJO ET al., 2016).

A ocorrência dessas infecções despontou no cenário nacional e latino americano em razão das complicações associadas, especialmente a síndrome de Guillain-Barré (CAO-LORMEAU ET al., 2016) e a Síndrome da Zika Congênita (SZC) (ARAÚJO ET al., 2016).

A infecção congênita pelo vírus zika passou a ser definida como síndrome a partir de novos achados clínicos, anatômicos e de imagem do sistema nervoso central, caracterizados como um padrão de ‘defeitos congênitos’, que ocorrem exclusivamente em fetos e crianças infectadas por esse vírus antes do nascimento. Nesses casos, constataram-se características distintas das observadas em recém-nascidos com microcefalia provocada por outras infecções congênitas, mostrando marcantes calcificações difusas, puntiformes, predominantes na junção córtico-subcortical. Chama à atenção, ainda, a microcefalia, geralmente grave, e outras dismorfias como acentuada protuberância óssea occipital, fontanelas fechadas ao nascer, excesso de pele ou dobras de pele no escalpo, além de hérnia umbilical (EICKMANN ET al., 2016).

Esses achados fizeram com que, em menos de dois meses, fossem publicados dois protocolos clínicos epidemiológicos estaduais, de modo a estabelecer parâmetros mais específicos para notificação (PERNAMBUCO, 2016). Desde o início da epidemia pelo vírus zika, Pernambuco lidera o ranking de casos de Síndrome Zika Congênita notificados no País.

No período de agosto de 2015 a outubro de 2016, foram notificados 2.159 recém-nascidos com perímetro cefálico sugestivo da malformação, sendo 1.338, ou 62%, do sexo feminino. Houve concentração de registro na região metropolitana do Recife em mais de 70%. Até janeiro de 2017, haviam sido confirmados 409 (17,9%) desses casos e 1.526 (67%), descartados. Desse total, 110 (4,8%) evoluíram para óbito e 246 (10,8%) permaneceram em investigação (PERNAMBUCO, 2017).

Por se tratar de um evento raro e sem precedentes em termos mundiais, o Estado desencadeou ações intra e intersetoriais de enfrentamento ao problema, com ênfase para busca ativa de casos, intensificação das ações de vigilância entomológica e controle do vetor, assessoramento aos municípios, mutirões macrorregionais integrados para confirmação e descarte dos casos investigados, além de desenvolvimento de processo de monitoramento de indicadores referentes ao agravo (PERNAMBUCO, 2016).

A complexidade crescente dos problemas enfrentados pelas organizações de saúde na contemporaneidade faz da avaliação e do monitoramento ferramentas potenciais de mudanças nas organizações. Para isso, seu desenvolvimento deve partir da premissa que as ‘redes de relações sociais’ apresentam importante papel no funcionamento das intervenções e na sua governança, o que traz a legitimidade necessária ao processo de tomada de decisão (DENIS, 2010).

As propostas de intervenção nesse cenário tem sido a de combate ao mosquito transmissor das arboviroses. As práticas de educação em saúde são focadas na responsabilização das pessoas, beirando a culpabilização das vítimas. Para superar essas práticas a ideia é utilizar a, Educação popular em Saúde, as visitas domiciliares em conjunto numa perspectiva mais dinâmica, já que a metodologia mais utilizada são as palestras e apresentações expositivas, que se tornam pouco interativas, cansativas e enfadonhas tanto para os usuários do sistema de saúde público, quanto para os profissionais (Agentes de Saúde Ambiental e Combate a Endemias e Agentes Comunitários de Saúde).

Ou seja, a falta de envolvimento da população no enfrentamento a doenças e agravos ambientais e de saúde nas famílias, precisa de uma linguagem popular e emancipatória a adoção da Educação popular em saúde se apresenta como uma prática político-pedagógico comprometida com o combate às desigualdades sociais e sensibilizar as pessoas quanto a estes agravos e doenças, fazendo com que a abordagem lúdica e participativa ajude a população na tomada de decisão por uma postura proativa e colaborativa com o poder público. (TRAVASSOS,2016)

A AGENDA 2030, OS ODS E OS CAMINHOS PARA LUGARES SAUDÁVEIS

Segundo a ONU a agenda 2030 é um plano de ação para as pessoas, para o planeta e para a prosperidade. Baseada nos objetivos do desenvolvimento do milênio ela também busca fortalecer a paz universal com mais liberdade. Reconhecendo que a erradicação da pobreza em todas as suas formas e dimensões, incluindo a pobreza extrema, é o maior desafio global e um requisito indispensável para o desenvolvimento sustentável. (ODS, 2015)

Ainda em seu preâmbulo os ODS's anunciam que todos os países e todas as partes interessadas, devem atuar em parceria colaborativa, implementando o plano. A decisão foi libertar a raça humana da tirania da pobreza e da penúria e curar e proteger o planeta.

Tomando medidas ousadas e transformadoras que são urgentemente necessárias para direcionar o mundo para um caminho sustentável e resiliente. Ao embarcarmos nesta jornada coletiva, firma-se o compromisso de não deixar ninguém para trás. (ODS, 2015)

O documento diz que, foram elencados ‘17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e 169 metas que demonstram a escala e a ambição da nova Agenda universal. Eles se constroem sobre o legado dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e concluirão o que estes não conseguiram alcançar. Eles buscam concretizar os direitos humanos de todos e alcançar a igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres e meninas. Eles são integrados e indivisíveis, e equilibram as três dimensões do desenvolvimento sustentável: a econômica, a social e a ambiental.’(ODS, 2015)

Dentre as perspectivas há a de ‘um mundo com o acesso equitativo e universal à educação de qualidade em todos os níveis, aos cuidados de saúde e proteção social, onde o bem-estar físico, mental e social estão assegurados’. Com intuito, de superar as ameaças globais de saúde, desastres naturais mais frequentes e intensos e mudança climática, entre outros, configuram um dos maiores desafios do nosso tempo e seus efeitos negativos minam a capacidade de todos os países de alcançar o desenvolvimento sustentável. (ODS, 2015)

Constatando os desafios, o texto evidencia as oportunidades em diversos setores e sobretudo na tecnologia, na inovação científica e em áreas tão diversas como medicina e energia. (ODS, 2015)

Os objetivos ainda abordam que para promover a saúde física e mental e o bem-estar, e para aumentar a expectativa de vida para todos, alcançar a cobertura universal de saúde e acesso a cuidados de saúde de qualidade. Ninguém deve ser deixado para trás. (ODS, 2015)

Compromete-se em acelerar os progressos alcançados até o momento na redução da mortalidade neonatal, infantil e materna, dando um fim a todas essas mortes evitáveis antes de 2030. Garantindo o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, inclusive para o planejamento familiar, para a informação e para a educação.(ODS, 2015)

Acelerando o ritmo dos progressos realizados na luta contra males como a malária, HIV/AIDS, tuberculose, hepatite, ebola e outras doenças e epidemias transmissíveis, e o problema das doenças negligenciadas que afetam os países em desenvolvimento. (ODS, 2015)

Sendo assim, o objetivo 3 que deve assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades enfatizado em nossa pesquisa. Tem como metas;

3.1 Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos;

3.2 Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos;

3.3 Até 2030, acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis;

3.4 Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar;

3.5 Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool;

3.6 Até 2020, reduzir pela metade as mortes e os ferimentos globais por acidentes em estradas;

3.7 Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais;

3.8 Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos

3.9 Até 2030, reduzir substancialmente o número de mortes e doenças por produtos químicos perigosos, contaminação e poluição do ar e água do solo;

3.a Fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em todos os países, conforme apropriado;

3.b Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos para as doenças transmissíveis e não transmissíveis, que afetam principalmente os países em desenvolvimento, proporcionar o acesso a medicamentos e vacinas essenciais a preços acessíveis, de acordo com a Declaração de Doha, que afirma o direito dos países em desenvolvimento de utilizarem plenamente as disposições do acordo TRIPS sobre flexibilidades para proteger a saúde pública e, em particular, proporcionar o acesso a medicamentos para todos;

3.c Aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento e formação, e retenção do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento,

especialmente nos países menos desenvolvidos e nos pequenos Estados insulares em desenvolvimento;

3.d Reforçar a capacidade de todos os países, particularmente os países em desenvolvimento, para o alerta precoce, redução de riscos e gerenciamento de riscos nacionais e globais de saúde.

Entretanto, para o alcance e êxito na empreitada “O Sistema Único de Saúde (SUS) e o Complexo Econômico e Industrial da Saúde (Ceis) são as pré-condições – ou as únicas oportunidades – para que o Brasil atinja os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável até 2030. Eles não são problemas para o país. São parte indispensável da solução. Sem o SUS, não há desenvolvimento sustentável”. Diz o pesquisador da FIOCRUZ Carlos Gadelha.

Visto que, segundo Gadelha, o processo de desenvolvimento não é natural. ‘Não é um processo linear, uma consequência da evolução no planeta. Pelo contrário, a consequência natural da evolução no planeta é a desigualdade, a assimetria e a exclusão.

O professor discute a agenda 2030, colocando que ela prevê a equidade, abre um conjunto de oportunidades, no campo acadêmico e na arena política, para a retomada de um projeto de desenvolvimento global, nacional e local.

Diz que os ‘Objetivos de Desenvolvimento Sustentável não serão cumpridos se continuarmos a seguir e reproduzir a estrutura excludente do capitalismo e sua lógica de mercado. É preciso haver um diálogo entre sociedade, Estado e mercado, nesta ordem, para que os interesses da sociedade se expressem no Estado e no mercado, de forma que a sociedade regule ambos – e não o contrário’.

Gadelha, entende que ‘a Saúde não pode ser vista apenas como um sistema de cuidados e de tratamento de doenças, que agrega alguns indivíduos e exclui outros tantos. Deve ser um campo para a formação de sistemas nacionais que garantam à coletividade equidade, sustentabilidade e democracia.

“Todos esses valores estão na base da Agenda 2030. No Brasil, não podemos levantar essa discussão sem tratar de nosso Sistema Único de Saúde, sem pensar em como o SUS poderá, ao mesmo tempo, promover a equidade, ser compatível ao dinamismo produtivo, econômico e tecnológico e gerar um padrão solidário de organização da sociedade, de forma que ela não se divida entre quem pode e quem não pode pagar pelo acesso ao sistema de saúde.” (Gadelha,2017)

Por fim, o autor problematiza as metas e o meios de alcançar dizendo que do jeito que está posto a saúde se relaciona ao tratamento de doenças e pauta-se em indicadores clássicos

entretanto, diz; ‘o campo da Saúde vai muito além disso. Agora, é nosso papel tensioná-la para reduzir os bloqueios estruturais ao desenvolvimento e reconhecer os sistemas de proteção social – de saúde, educação, previdência – como essenciais ao bem-estar. Estamos falando de sistemas universais, como o SUS’.

4-ESCOPO (NO MÍNIMO 10 PÁGINAS)

Como vimos anteriormente, temos as bases humanas e técnicas para o planejamento do presente escopo como orientação para a eficácia do projeto de intervenção, considerando a realidade da US Alto do Capitão, território do objetivo principal deste trabalho.

Apresentaremos o modelo que será adotado e poderá ser replicado seguindo as fases de iniciação, elaboração, planejamento, monitoramento e avaliação do projeto.

Inicialmente, pretendemos obter aprovação do projeto junto aos gestores locais, distritais e municipais.

LOCAIS	DISTRITAIS	MUNICIPAIS
COORDENADORES DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA USF ALTO DO CAPITÃO, BEM COMO INFORMANDO À TODOS OS FUNCIONÁRIOS DA USF ATRAVÉS DAS RODAS DE CONVERSA.	GESTORES DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE E REPRESENTANTE DO DISTRITO SANITÁRIO II.	COORDENAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM NÍVEL CENTRAL E SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE.

- Apresentação de template do projeto de intervenção de forma detalhada e aberta à sugestões;
- Através das rodas de conversa;
- Metodologia compartilhada e dialógica.

Quanto à elaboração priorizaremos a análise da lei 11.350/2006 que regula o exercício das atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias.

- Reservadas as três primeiras semanas do primeiro trimestre para leitura e fichamento da lei sem prejuízo para a ação cotidianas e atividades de campo existentes.

dinâmica do trabalho;

Nas rodas de conversa fazer a introdução da temática com a utilização das paródias do grupo de expressões artísticas como base do diálogo.

- Utilizar a arte e a educação popular como práticas de integração e autonomia.

“A tarefa fundamental é a de agir junto com os usuários, como sujeito e não como objeto de transformação”. (Travassos,2016)

Sendo assim, os aspectos que caracterizam a fragilidade que se revela numa certa incapacidade de alguns estudiosos no entendimento do processo saúde-doença no contexto de profundas mudanças sociais que impactam na atuação do ACS e ACE e se intensificam nas novas possibilidades epidêmicas causadas pelo processo de globalização. (Santos,2009)

O presente projeto pretende propor junto às categorias profissionais a participação no processo de construção da identidade integrada, no âmbito da Unidade de Saúde da Família (USF), contribuindo na adoção de alternativas e soluções democraticamente viáveis, dialógicas e que culmine no ODS 3 da agenda 2030.

Na atenção primária a promoção da saúde é uma estratégia transversal que deve ser articulada, onde se confere visibilidade aos fatores que evidenciam a saúde da população vulnerável e às diferenças entre necessidades e territórios, presentes no País.

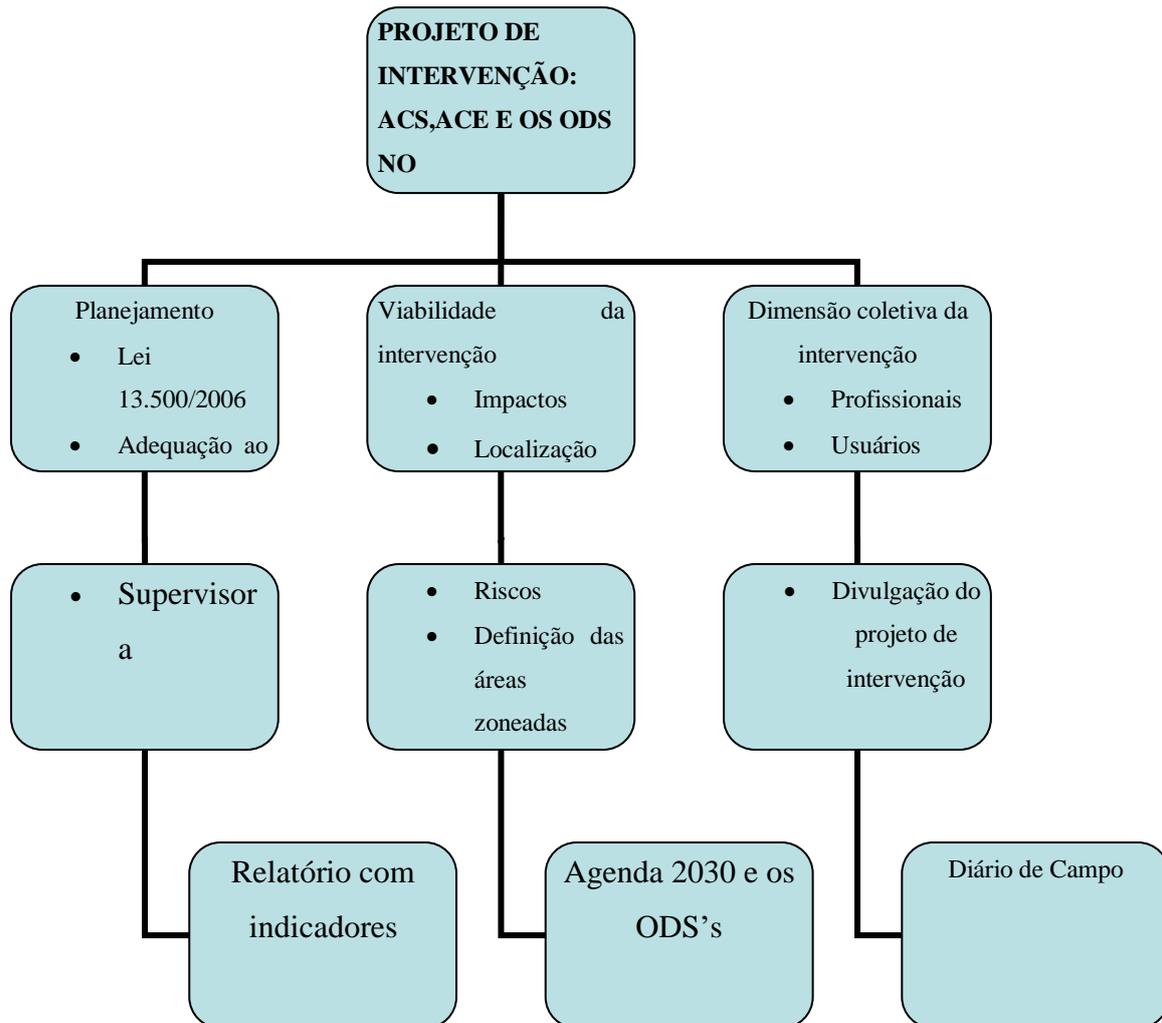
A finalidade da promoção da saúde é a criação de mecanismos que reduzam as situações de agravos, defendam a equidade e permita que ACS e ACE se percebam na gestão das políticas públicas, mas, sobretudo ajudem a melhorar a qualidade de vida das pessoas.

Planejar coerentemente a intervenção determina a intensidade do envolvimento e comprometimento dos agentes em sua pluralidade, bem como contribui para a concretização da participação do trabalhador referente ao público que atende, em relação ao seu próprio trabalho e expectativas das políticas públicas (Lotta, 2012).

Ainda, propomos a realização de uma leitura de realidade com a utilização de instrumentos como o diário de campo, discussão de caso, e produção de relatório final. Que pode trazer um retrato das arboviroses no bairro, a partir da vivência e do lugar que cada sujeito ocupa.

O projeto de intervenção pretende contemplar as diferentes visões, interesses, expectativas, potencialidades e limitações do público envolvido e impactar na melhoria da qualidade de vida dos profissionais e das pessoas.

4.1-Estrutura Analítica



4.2. Declaração de escopo:

O escopo do projeto consiste em adotar um modelo de trabalho conjunto entre o ACS/ACE evidenciando a integração desses agentes de campo, alinhando a atividade aos ODS e a agenda 2030.

Promovendo maior integração dos agentes e atuando nos indicadores de saúde com vistas nas arboviroses. Delimitando o território de atuação destes à área de cobertura da US Alto do Capitão o modelo se encaixa na agenda 2030 evidenciando o ODS 3 como caminho para assegurar vida saudável e bem estar para todas e todos, em todas as idades.

Não escopo

Está excluído do escopo entrevistas a usuários e população em geral para levantamento de aceitação dos agentes na área do projeto.

4.3- Levantamento de restrições

A intervenção na saúde pode contar com variadas restrições, no nosso caso definiremos como as mais impactantes para o nosso objetivo; as de natureza físicas e políticas, as de natureza físicas destacamos a quantidade de usuários atendidos na unidade, que impactam no número de salas utilizadas para atendimento, a redução no quadro de funcionários por falta de concurso público, que causa sobrecarga de atividades dos ACS' e ACE, o não envolvimento dos agentes no projeto, entre outros.

Entretanto, os fatores políticos podem ser mais danosos à implementação do projeto e mais dificilmente poderemos gerenciar; a não aceitação do projeto pelo gestor municipal é uma restrição em nosso trabalho.

4.4-Premissas

Estabelecer uma relação democrática, participativa e dialógica com os profissionais envolvidos para a intersectorialidade efetiva na ação conjunta deste projeto.

Propondo um modelo de trabalho conjunto e a interseção entre os agentes de campo. Esperamos que a adoção de tal modelo proporcione um ambiente laboral que traga melhorias em vários âmbitos e que possa ser replicado nas unidades e estabelecimentos de saúde que tenha ACS/ACE e os objetivos propostos sejam atingidos, apontando para a agenda 2030, suas metas e, sobretudo seu lema; não deixar ninguém pra trás!

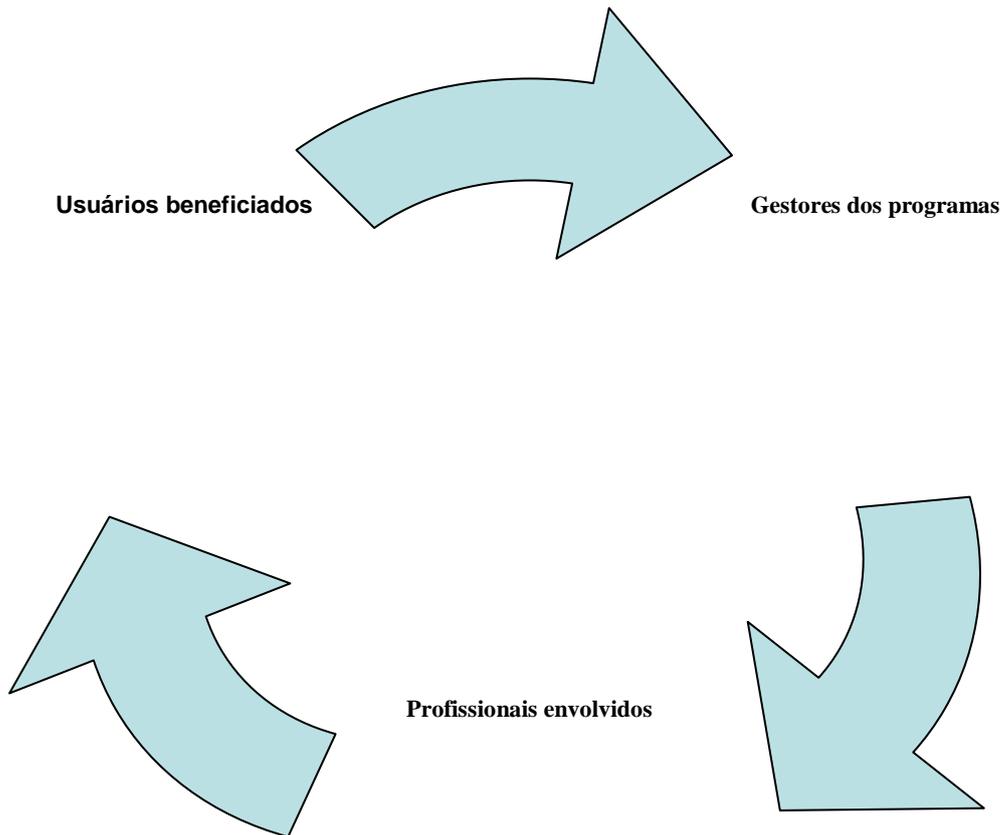
4.5 Riscos



Podemos elencar os riscos de caráter físico ou político; A escassez de material de escritório falta de manutenção em equipamentos, violência na área, entre outros. Há a possibilidade de não engajamento por parte dos envolvidos, devido à necessidade de uma postura de trabalhador social¹, ousado, criativo, proativo e democrático. O momento político do Município, e do país e a possível formalização de um novo sindicato dos ASACE (Agente de Saúde Ambiental e Controle de Endemias nomenclatura utilizada em Recife para o ACE) que pretende desvincular esses dois agentes, formando um sindicato só de endemias, ação que pode fragilizar a relação dos agentes de campo. Bem como, a aceitação e atitude política de implementação do projeto por parte da secretaria de saúde do município. Condicionando assim, o projeto.

¹ Trabalhador social: Considerados como trabalhadores sociais, os agentes comunitários de saúde e os agentes de combate a endemias que optam pela mudança, hoje, devem desenvolver suas atividades desde a realidade mais próxima, sem perder de vista o contexto no qual estão inseridos. E tendo como ponto de partida os diversos lugares de sua atuação, tais como, os domicílios, as comunidades, as instituições de saúde, considerando a cultura e a história de vida de cada pessoa.

4.6-Estrutura de gestão e principais atores envolvidos



Principais atores envolvidos no projeto.

Os **usuários beneficiados** atendidos serão os zoneados na área da equipe 1 que será escolhida na fase de planejamento do projeto de intervenção.

Os **profissionais envolvidos** serão os agentes de campo, as supervisoras (ASACE e ENFERMEIRA).

Os **gestores dos programas** ao qual cada categoria profissional está atrelada bem como os gestores da vigilância e distrital.

4.7-Quadro de Trabalho/equipe

Produto: Apresentação do projeto de intervenção		
Pacote de Trabalho: Formação da equipe de trabalho		
Atividade Roda de Conversa para discutir a intervenção e definição de agenda.	Estimativa de duração 1 encontro(5 dias)	Responsável Equipe de Endemias e de saúde da família. Eleição de ACE/ACS
Produto: Diagnóstico		
Pacote de Trabalho: Identificação das atribuições legais dos agentes de campo		
Atividade Leitura e fichamento das informações da Lei	Estimativa de duração 3 semanas (15 dias)	Responsável Supervisora PSA
Produto: Implantação e estudo do Diário de Campo.		
Pacote de Trabalho: Coleta de dados para composição do Relatório final (Anamnese)		
Atividade Levantamento de atribuições na lei 11.350/2006	Estimativa de duração 3 semanas (15 dias)	Responsável Supervisora PSA
Produto: Análise da lei 11.350		
Pacote de Trabalho: Construção de mapa de atividades convergentes e distintas dos ACS/ACE.		
Atividade Registro em diário de campo da supervisora as convergências de atuação dos agentes, suas potencialidades e desafios;	Estimativa de duração 3 semanas (15 dias)	Responsável Supervisora PSA Equipe saúde Equipe endemias
Produto: Sensibilização dos profissionais de saúde da USF Alto do Capitão		
Pacote de Trabalho: Apresentação da agenda 2030 e os ODS		
Atividade Roda de conversa e culminância com paródia do grupo de expressões artísticas as dengosas.	Estimativa de duração 15 dias (3 semanas)	Responsável Gestores (Locais, distritais e municipais)
Produto: Construção do mapa de indicadores da localidade.		
Pacote de Trabalho: Investigação dos documentos, planilhas e banco de dados do município.		
Atividade Leitura, fichamento, avaliação e registro no diário da supervisora.	Estimativa de duração 30 dias	Responsável Supervisora PSA e Enfermeira equipe 1

5-CRONOGRAMA

QUADRO - CRONOGRAMA DO PROJETO, COM SUAS PRINCIPAIS FASES, ATIVIDADES/ENTREGAS DE CADA FASE E DATA LIMITE PARA CADA ATIVIDADE/ENTREGA.

Fase	Responsável	Atividade	Prazo limite
Projeto de Intervenção	Supervisora	Apresentação do projeto de intervenção para Gestores	08.01.2019
	Supervisora	Apresentação Para Profissionais	15.01.2019
	Supervisora/ACS/ACE	Apresentação Para Usuários com grupo de arte educação	09.04.2019
Implantação e desenvolvimento	Sup. Enf ^a Agentes	Trabalho de Campo integrado	11.02.2019
	Todos	Monitoramento e Avaliação/Registro	07.05.2019
Resultados	Supervisora	Dificuldades/Ajustes constar no D.C.	28.06.2019
	Supervisora	Replicabilidade/ Constar em Diário de campo.	13.08.2019
	Supervisora	Relatório Final	30.08.2019

6-CONSIDERAÇÕES FINAIS

O propósito principal deste Projeto de Intervenção é a adoção de um modelo de trabalho que integre as atividades dos agentes comunitários de saúde e os agentes de combate às endemias, evidenciando o território, as arboviroses, os impactos nos indicadores de saúde, bem como a adoção da agenda 2030 e os ODS como caminho para a qualidade de vida.

Os objetivos que aqui propomos tendem a ser atingidos, visto que a relação de proximidade e pertencimento com os envolvidos nos permite adentrar no território da intervenção com segurança.

A escolha de uma metodologia eficaz e epistemologicamente coerente com o fim ao qual nos propusemos, permite um trabalho mais detalhado com os achados e inúmeros questionamentos acerca da relevância do trabalho de campo no setor saúde.

Os riscos que visualizamos podem ser mitigados, neutralizados ou mesmo aceitos na medida em que o desenvolvimento e implementação do projeto de intervenção podem ser monitorados, avaliados e discutidos, permanentemente.

O passo a passo que sugerimos, para a implantação do modelo de trabalho neste PI na US Alto do Capitão é simples, mas, ousado, pois comporta em sua gênese a complexidade inerente às ciências humanas e as dificuldades existentes no setor saúde, na educação popular e na infraestrutura devido a triste conjuntura social desta periferia.

Quanto aos gestores do SUS nos níveis aqui citados buscarem mecanismos que possam garantir direitos constitucionais. Mas cabe aos trabalhadores sociais a adoção de posturas políticas que possibilitem o exercício da cidadania.

Acreditamos que o trabalhador social ACS/ACE pode através de posturas políticas firmes e claras reduzir os impactos da perversidade do capitalismo no território. Utilizando o diálogo amoroso, otimizando sua ação com atividades coletivas e emancipadoras, aproximando os profissionais e, sobretudo, melhorando a vida das pessoas.

Apesar de não medir os resultados ligados à postura política, dialógica, questionadora, emancipadora, entendemos que esta é, sem dúvida, uma importante ferramenta que está nas entrelinhas do labor desses agentes.

Focado nas arboviroses e tendo como matriz a agenda 2030 e os ODS, que aparecem como caminho para melhorar os indicadores locais impactará na qualidade de vida das pessoas, aperfeiçoar as visitas domiciliares e melhorando o relacionamento dos profissionais envolvidos e nos imóveis em condições ambientais e sociais mais degradados.

A periferia de Recife amarga posições desagradáveis em meio a indicadores sociais, o Alto do Capitão é parte desta periferia que margeia a capital, localidade que necessita do poder público e da ação sugestiva da agenda 2030 para alcance das metas propostas.

Por isso, muito há de ser estudado neste ‘lugar’, onde as necessidades primárias são negligenciadas e a fome de pão, convive com tantas outras fomes. Onde o acesso à saúde se dá pelo afeto, construído na relação agente-usuário, ACS-ACE, evidenciado na receptividade de um território cheio de lacunas e surpreendentemente cheio de potencial.

A clareza de nossa limitação é encarada como incentivo para continuar defendendo o trabalho conjunto dos agentes de campo, sobretudo, com adoção de práticas educativas populares e próximas da realidade sociocultural das pessoas.

Esperamos que outros colegas se inspirem e tragam mais propostas de intervenção no âmbito municipal e os usuários atendidos exerçam sua cidadania através do controle social e da gestão compartilhada na saúde.

Considerando a dinamicidade do território, da saúde, da educação e das pessoas. A relação proposta por este projeto deve ser permeada pelo espírito amoroso e comprometido do educador popular que existe em cada um de nós.

Por fim, registamos nossa satisfação em propor tal projeto alinhado aos objetivos do desenvolvimento sustentável bem como a agenda 2030 certamente, este projeto beneficia, pessoas, o planeta buscando parcerias, prosperidade e paz áreas fundamentais para a humanidade.

7-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARCELLOS, C.; ROJAS L. I. O território e a Vigilância da Saúde. EPSJV: Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde – Proformar. Unidade de Aprendizagem I, Módulo III, Rio de Janeiro, 2004.
2. BORNSTEIN, Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: textos de apoio / Organização de Vera Joana Bornstein... [ET al.]. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2016.
3. BORTOLOZZI, espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil, Rivaldo Mauro de Faria, Rêde Bortolozzi, 2009. UFRJ
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia e/ou alterações do Sistema Nervoso Central (SNC)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <<http://combateades.saude.gov.br/images/sala-de-situacao/Microcefalia-Protocolo-de-vigilancia-e-resposta-10mar2016-18h.pdf>>. acessado em : 29.08.2018
5. http://www2.recife.pe.gov.br/sites/default/files/boletim_de_arboviroses_recife_se_49.pdf acessado em 07.09.2018
6. <https://cievsrecife.files.wordpress.com/2018/11/boletim-arboviroses-recife-se-43-recife.pdf> Acessado em 26.11.2018
7. <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf> acessado em 07.09.2018
8. <https://portal.fiocruz.br/noticia/agenda-2030-sem-o-sus-nao-ha-desenvolvimento-sustentavel-diz-carlos-gadelha> acessado em 07.09.2018
9. LIMA-CAMARA TN. Arboviroses emergentes e novos desafios para a saúde pública no Brasil. Rev. Saúde Pública. 2016;50:36.
10. LOTTA, GABRIELA. O papel das burocracias do nível da rua na implementação de políticas públicas: entre o controle e a discricionariedade. In: FARIA, C. A (org.). Implementação de Políticas Públicas. Teoria e Prática. Editora PUCMINAS, Belo Horizonte, 2012.
11. SANTOS, MILTON- Texto compilado do livro Território, Globalização e Fragmentação. São Paulo: Hucitec, 1994.

12. SILVA, CARLOS ROBERTO CASTRO e ET al. **Participação social e a potência do agente comunitário de saúde.** *Psicol. Soc.*, 2014, vol.26, no.spe2, p.113-123. ISSN 0102-7182