

ORGANIZAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DOS MUTIRÕES DE COMBATE À DENGUE: UMA ESTRATÉGIA EFICAZ DE CONTROLE DA INFESTAÇÃO DO *Aedes aegypti*

Maria Michelle Bispo Cavalcante ¹

Pollyanna Martins ²

Maria Viana Albuquerque ³

Andréa Albuquerque Costa ⁴

INTRODUÇÃO

A dengue é uma doença que vem sendo combatida no mundo desde o final do século XVIII, tendo seus primeiros casos conhecidos no Sudoeste Asiático, em Java, e nos Estados Unidos, na Filadélfia. Entretanto, apenas no século XX a Organização Mundial da Saúde (OMS) a reconheceu como doença.

A hipótese é de que o *Aedes aegypti* chegou ao Brasil através dos navios negreiros. Com a erradicação da febre amarela, realizada no início do século passado, o *Aedes aegypti* foi dado como erradicado durante a Era Vargas. Em virtude disso foram concedidos ao Brasil certificados de observadores estrangeiros constatando que o país estava livre desta “praga”. Contudo, a erradicação não durou muito. Devido ao processo de industrialização e urbanização acelerada do país durante os anos 40 e 50, surgiram novos criadouros para os mosquitos (UNESP, 2008).

No contexto nacional, a primeira epidemia de dengue foi detectada em 1982 em Boa Vista, Roraima. A partir de 1986 as epidemias foram explosivas em grandes centros urbanos das cinco regiões do país, destacando-se aquelas de 1986-1987 e de 1990-1991. Nova tendência é observada a partir de 1994, com a expansão progressiva da doença aos municípios do interior, acompanhando a rápida dispersão do vetor no território nacional (DATASUS, 2010).

Em 1997, foram notificados, no Brasil, um total de 254.942 casos de dengue clássica, 49 de hemorrágica e 11 óbitos pela doença. No que se refere à forma hemorrágica, ocorreram 28 casos no Rio Grande do Norte, 13 em Pernambuco, 5 no Rio de Janeiro e 1 caso em Minas Gerais (DATASUS, 2010).

A presença do vetor ocorre em todas as 27 Unidades Federativas do Brasil, distribuídos em 2.780 municípios, e detectou-se a circulação de dois sorotipos (DEN-1 e DEN-2) em 07 Unidades Federativas do Brasil (RJ, PA, RN, PB, PE, ES e MS) (DATASUS, 2010).

Em 1998, houve uma pandemia, com mais de 500.000 casos no país, tendo o Nordeste o maior número de casos. Desde então, os casos de dengue vem ocorrendo de forma contínua em toda região.

No Ceará, os primeiros registros do *Aedes aegypti* surgiram no ano de 1851 devido a uma grande epidemia de febre amarela, quando foram relatados mais de 28.000 casos, atingindo mais da metade da população da época. Em 1932, através da Fundação Rockefeller foram realizados no estado os primeiros levantamentos de índices em alguns municípios. No período de 1931 a 1949 o *Aedes aegypti* foi encontrado em todos os municípios do estado do Ceará. Os focos então foram totalmente erradicados do estado no ano de 1950, e até o ano de 1983 os registros e literatura dos órgãos oficiais não relatam a presença do mosquito. Entretanto, no ano de 1984 foi detectada no município de Aquiraz a reintrodução do mosquito, não sendo possível erradicá-lo do território cearense a partir de então (PAMPLONA et al, 2004).

Em 1986 realizou-se um levantamento onde se identificou um índice de infestação em 65 municípios. Em 1994, 112 municípios já estavam infestados e no ano de 2001 o *Aedes aegypti* já estava presente em 169 municípios, representando

1 - Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Tutora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral, Ceará.

2 - Dentista. Mestranda em Saúde da Família. Tutora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral, Ceará.

3 - Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Gerente do Centro de Saúde da Família Alto da Brasília.

4 - Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Tutora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral, Ceará.

91,8% do estado (SESA, 2010).

O Ministério da Saúde afirma que no Brasil as condições socioambientais são favoráveis à expansão do *Aedes aegypti*, possibilitando a dispersão do vetor desde sua reintrodução em 1976 e o avanço da doença, explicitando a importância das ações em parceria com a comunidade.

A reintrodução do mosquito não conseguiu ser controlada com os métodos tradicionalmente empregados no combate às doenças transmitidas por vetores. De fato, os programas essencialmente centrados no combate químico, com baixíssima ou mesmo nenhuma participação da comunidade, sem integração intersetorial e com pequena utilização do instrumental epidemiológico, mostraram-se incapazes de conter um vetor com altíssima capacidade de adaptação ao novo ambiente criado pela urbanização acelerada e pelos novos hábitos (BRASIL, 2009).

Neste contexto, o município de Sobral, Ceará registrou uma epidemia de dengue ocorrida em 2007, com incidência de 2662 casos. Frente a este cenário e de forma a incitar a co-responsabilização e “empoderamento” da comunidade, desenvolveu-se a estratégia de organização de mutirões de combate à dengue de forma contínua, através da articulação dos profissionais da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, profissionais da equipe básica de saúde e população local, acreditando que na efetividade desta ação, como sendo capaz de gerar mudanças de hábitos na comunidade (NEGREIROS *et al* 2009).

OBJETIVO

Descrever o processo de organização e operacionalização dos mutirões de combate à dengue, realizados no território do Alto da Brasília em Sobral, Ceará, no período de 2008 a 2009.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo do tipo exploratório-descritivo onde está apresentada a experiência do território do Alto da Brasília na organização e operacionalização dos mutirões de combate a dengue.

A Equipe do Centro de Saúde da Família do Alto da Brasília iniciou o planejamento da quadra invernososa de 2009 através da avaliação das ações desenvolvidas e resultados alcançados no ano de 2008, com intuito de revisar a programação para alcançar maior efetividade em 2009. Neste sentido, realizou-se um diagnóstico situacional, através da análise do mapa do território e

do histórico epidemiológico, identificando os domicílios/quadras com focos positivos e depósitos de lixo em terrenos baldios, a partir do qual ocorreu a seleção das quadras que seriam visitadas durante os mutirões.

Nos mutirões, as equipes realizam visitas domiciliares com a finalidade de sensibilizar a população quanto aos meios de prevenção da dengue, identificavam casas e áreas de risco, mapeavam os terrenos baldios e imóveis fechados para solicitar a limpeza dos depósitos de lixo e eliminação de criadouros do mosquito, bem como monitoravam os domicílios com focos positivos. Nas quadras visitadas foram identificados e eleitos líderes para colaborar nas ações.

As ações de educação em saúde foram realizadas nos equipamentos sociais e nos grupos de convivência da comunidade com objetivo de fomentar a co-responsabilização na prevenção da dengue. Durante as atividades, distribuíram-se panfletos e adesivos com orientações sobre a prevenção da dengue e informações sobre a coleta de lixo urbano.

Para registrar os encaminhamentos das ações intersetoriais e monitoramento das atividades dos mutirões, construiu-se um instrumento composto pelos seguintes campos: data, equipe, quadras visitadas, líder, casas/áreas de risco, o que fazer, quando, quem e avaliação. As informações dos instrumentos eram socializadas e avaliadas nas reuniões semanais da Equipe de Saúde da Família do território.

RESULTADOS

O planejamento através do diagnóstico situacional do mapa do território possibilitou a efetividade do controle dos focos, resultando em índice de infestação igual a zero em todos os ciclos de 2009 e nos dois primeiros ciclos de 2010, segundo a vigilância epidemiológica (tabela 1), sendo que um “ciclo” corresponde ao período de dois meses onde agentes sanitários divididos em micro áreas visitam 100% das residências buscando o Índice de Infestação Predial.

Tabela 1: Índice de infestação predial por ciclo no período de 2007 a 2010, no território do Alto da Brasília, Sobral – CE.

CICLOS	2007	2008	2009	2010
1º	1,54	0,58	0,00	0,00
2º	1,50	0,70	0,00	0,00
3º	2,02	0,40	0,00	--
4º	0,41	0,13	0,00	--
5º	0,18	0,09	0,00	--
6º	0,31	0,09	0,00	--

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Sobral-CE. Vigilância Epidemiológica, 2010.

Cada ciclo corresponde ao período de dois meses onde agentes sanitários divididos em micro áreas visitam 100% das residências buscando o Índice de Infestação Predial.

Corroborando esses dados verificou-se uma redução de 73,7% de casos notificados entre 2007 e 2009 (Figura 1) além de uma redução de 100% dos casos de dengue confirmados entre 2007 e 2009 (Figura 1).

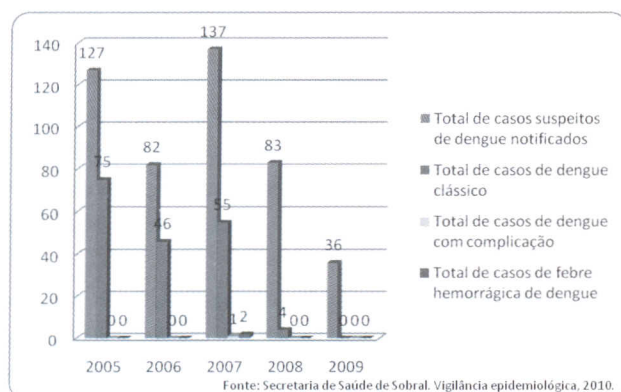


Figura 1: Total de casos de dengue no período de 2005 a 2009 no território do Alto da Brasília, Sobral-CE.

As ações de educação em saúde realizadas nos equipamentos sociais, nos grupos de convivência da comunidade e a escolha de um líder por quarteirão promoveram a co-responsabilização da população na prevenção da dengue, o que potencializou os resultados dos mutirões. Neste contexto, é lícito enfatizar o protagonismo dos Agentes Comunitários de Saúde, o envolvimento da tutoria da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e gerência do Centro de Saúde da Família do Alto da Brasília no planejamento, execução e avaliação dos mutirões.

O instrumento de registro das atividades facilitou o acompanhamento das ações intersetoriais encaminhadas, o monitoramento das casas/áreas de risco e a comunicação entre as equipes. A articulação com a Secretaria de Obras e Infra-Estrutura do município de Sobral, Ceará possibilitou a execução das ações de limpeza dos terrenos baldios e esclarecimento da comunidade com relação ao

armazenamento e coleta do lixo. Ademais, a vigilância epidemiológica foi fundamental no acompanhamento dos dados epidemiológicos.

CONCLUSÃO

O mutirão é uma estratégia eficaz de vigilância à dengue desde que o processo de planejamento leve em consideração as peculiaridades de cada território, fundamentando-se nas suas características epidemiológicas. Logo, a avaliação e o monitoramento são importantes para a efetividade das ações implementadas. O envolvimento e empoderamento da população foram fundamentais para a execução e sustentabilidade da prevenção e controle à dengue. Para tanto, é indispensável o envolvimento das Equipes de Saúde da Família dos territórios vizinhos, pois a presença de focos positivos nos limites geográficos pode comprometer o resultado da intervenção.

REFERÊNCIAS

NEGREIROS, J. A. et al. Estratégias de mobilização social e comunicação no enfrentamento da dengue no município de Sobral-CE. **SANARE**, Sobral, v. 8, n.1, p. 57 - 64, jan. / jun. 2009.

SECRETARIA DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. **Rio contra dengue**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.riocontradengue.com.br/conteudo/tudo.asp>> Acesso em: 20 Dez. 2009.

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA. Instituto de biociências, letras e ciências exatas. **PROJETO: Ação Comunitária para o Controle do Aedes aegypti**. São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.ibilce.unesp.br/dengue/index.php>> Acesso em: 20 Dez. 2009.

SAÚDE. Ministério da Saúde. **Programa nacional de controle da dengue**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=920> Acesso em: 01 Jan. de 2010.

SAÚDE. Ministério da Saúde. **Taxa de incidência de dengue**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2000/fqd02_4.htm> Acesso em: 05 de Set. 2009.

PAMPLONA, L.G.C. et al. Avaliação do impacto na infestação por *Aedes aegypti* em tanques de cimento do município de Canindé, Ceará, Brasil, após a utilização do peixe *Betta splendens* como alternativa de controle biológico. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** v. 37, n. 5, Set/Out, 2004.

SECRETARIA DE SAÚDE DO CEARÁ. **Perfil da saúde no Ceará**. Fortaleza/CE, 2010. Disponível em: http://www.saude.ce.gov.br/site/index.php?option=com_content&view=article&id=470&Itemid=286 Acesso em: 21 Fev. 2010