

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto René Rachou
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

**MOBILIZAÇÃO SOCIAL PARA O ENFRENTAMENTO DA DENGUE, ZIKA E
CHIKUNGUNYA: análise do modelo de organização de uma Proposta de Vigilância em
Saúde de base territorial**

por

Danielle Costa Silveira

Belo Horizonte

2020

Danielle Costa Silveira

**MOBILIZAÇÃO SOCIAL PARA O ENFRENTAMENTO DA DENGUE, ZIKA E
CHIKUNGUNYA: análise do modelo de organização de uma Proposta de Vigilância em
Saúde de base territorial**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva. Área de concentração: Ciências Humanas e Sociais em Saúde. Linha de Pesquisa: Informação, Educação e Comunicação em Saúde.

Orientação: Zélia Maria Profeta da Luz
Coorientação: Rose Ferraz Carmo

Belo Horizonte

2020

Catálogo-na-fonte
Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ
Biblioteca do IRR
CRB/6 1975

S587m
2020

Silveira, Danielle Costa.

Mobilização social para o enfrentamento de dengue, zika e chikungunya: análise do modelo de organização de uma Proposta de Vigilância em Saúde de base territorial/
Danielle Costa Silveira – Belo Horizonte, 2020.

XV; 174 f.: il.; 210 x 297mm.

Bibliografia: f. 123-138

Tese (Doutorado) – Tese para obtenção do Título de Doutor em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós - Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou. Área de concentração: Ciências Humanas e Sociais em Saúde.

1. Arboviroses 2. Comunicação em Saúde. 3. Território
4. Vigilância em Saúde I. Título II. Zélia Maria Profeta da Luz (orientação). III. Rose Ferraz Carmo (coorientação).

CDD – 22. ed. – 302.14

Danielle Costa Silveira

**MOBILIZAÇÃO SOCIAL PARA O ENFRENTAMENTO DA DENGUE, ZIKA E
CHIKUNGUNYA: análise do modelo de organização de uma Proposta de Vigilância em
Saúde de base territorial**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva. Área de concentração: Ciências Humanas e Sociais em Saúde. Linha de Pesquisa: Informação, Educação e Comunicação em Saúde.

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Zélia Maria Profeta da Luz (Instituto René Rachou - Fiocruz) Presidente

Prof. Dra. Celina Maria Modena (Instituto René Rachou - Fiocruz) Titular

Prof. Dra. Danielle Ferreira de Magalhães Soares (Universidade Federal de Minas Gerais)
Titular

Prof. Dr. Maurício Monken (Escola Politécnica Joaquim Venâncio - Fiocruz) Titular

Prof. Dr. Rodrigo Murtinho de Martinez Torres (Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde – Fiocruz) Titular

Prof. Dra. Isabela Farnezi Veloso (Prefeitura Municipal de Contagem) Suplente

Tese defendida e aprovada em Belo Horizonte, 31 de julho de 2020.

Pablito,

*Que amor tão grande tem que ser vivido a todo instante
E a cada hora que eu tô longe é um desperdício
Eu só tenho 80 anos pela frente
Por favor, me dá uma chance de viver*

*Também perdi o meu rumo, até meu canto ficou mudo
E eu desconfio que esse mundo já não seja tudo aquilo
Mas não importa, a gente inventa a nossa vida
E a vida é boa, mas é muito melhor com você*

*Eu quero partilhar
Eu quero partilhar
A vida boa com você...*

Rubel. Partilhar. Casas: 2018.

AGRADECIMENTOS

A minha família, que tanto já fez e continua a fazer por mim.

A minha doce Alice, pelas risadas e abraços carinhosos.

Aos meus sogros, sempre presentes na minha vida.

Ao Pablo, pelo amor, cuidado e incentivo.

Aos meus amigos – velhos, novos, próximos e distantes – pela força, alegria e prazer que sempre me proporcionam.

À Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, que favoreceu essa conquista.

À Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG) e à Fundação Oswaldo Cruz, pelo apoio financeiro.

Ao Programa de Saúde Coletiva do Instituto René Rachou, pelo acolhimento e pela valiosa oportunidade.

À banca examinadora, pela generosidade e por todas as contribuições.

A Zélia, minha orientadora, pelo apoio, paciência e confiança. Aprender com você é motivo de orgulho para mim.

E a minha coorientadora Rose, a quem agradeço por compartilhar tanto comigo.

RESUMO

A Proposta de Vigilância em Saúde de base territorial para o fortalecimento da mobilização social para o enfrentamento da dengue, zika e chikungunya foi elaborada diante do contexto instaurado no Brasil em 2015 e 2016, caracterizado pelo recrudescimento de casos de dengue, descoberta da circulação de chikungunya e zika e pelas consequências advindas desse quadro, como mortalidade, cronificação dos sintomas relacionados à chikungunya, síndrome congênita relacionada ao zika e sobrecarga dos serviços de saúde. A Proposta, conduzida desde 2016, foi ancorada na estreita relação entre Vigilância em Saúde e Promoção da Saúde e previu a criação de comitês populares em escolas estaduais da rede pública do Estado de Minas Gerais, compostos por moradores e trabalhadores do território. Toda condução da Proposta foi realizada a partir de uma plataforma *on-line* com recursos interativos que incluíam tutores, participantes do grupo de pesquisa. O objetivo da pesquisa foi analisar o modelo de organização da Proposta de Vigilância em Saúde de base territorial. Para contemplar esse objetivo foram analisados: a forma de gestão e condução da Proposta, a contribuição da plataforma *on-line* para o modelo de organização da proposta; e a atuação dos comitês populares. O modelo de gestão da Proposta envolvia, em uma posição mais abrangente um Grupo Gestor composto por instituições de ensino, pesquisa e saúde; logo após as Superintendências Regionais de Ensino, envolvendo as escolas estaduais de sua área de abrangência. As escolas, por sua vez, eram as instituições responsáveis pela divulgação da Proposta no território e mobilização da população. A construção da plataforma *on-line* considerou critérios como: facilidade para usuário; acesso; armazenamento de material; interatividade e banco para monitoramento de dados. Esses critérios garantiram a comunicação e interação entre tutores e comitês populares. A análise do acesso à plataforma *on-line* evidenciou decréscimo a partir do segundo ano de implementação da Proposta. Fatores relacionados ao contexto do setor educação, como período de férias, greve e volume de projetos educacionais podem ter influenciado nessa questão. Os 54 comitês populares formados, que poderiam ter em sua constituição representantes da comunidade escolar e moradores do território, foram conformados de formas diversas, havendo, contudo, predominância de alunos e professores. Os comitês populares elaboraram, com especificidades referentes, muito provavelmente, ao território e aos seus integrantes, o diagnóstico do local e os planos de ação para o enfrentamento da dengue, zika e chikungunya.

A análise empreendida demonstrou a potencialidade da Proposta em contribuir com a concretização de um modelo de vigilância em saúde articulado ao território e às necessidades de saúde locais e, por conseguinte, sua aplicabilidade em situações de saúde diversas. A metodologia adotada permitiu a identificação, reflexão e encaminhamentos sobre fragilidades identificadas durante todo processo de análise. Uma limitação importante do estudo foi a participação incipiente de algumas instituições envolvidas na gestão e condução da Proposta. A possibilidade e importância de ampliar a participação popular nos motivou a compreender a conformação de redes e laços de solidariedade nos territórios, originando um projeto de pesquisa que dará continuidade à Proposta de Vigilância em Saúde de base territorial.

Palavras-chave: arboviroses, comitê popular, comunicação e saúde, dengue, promoção da saúde, tecnologias em saúde, território, vigilância em saúde, Vírus Chikungunya, Zika vírus.

ABSTRACT

The Proposal of Vigilance in Health in a territorial base to strengthen social mobilization to fight dengue, zika and chikungunya. This was developed considering the situation in Brazil in 2015 and 2016, which was characterized by an upsurge of dengue cases, the spread of chikungunya and zika, and the consequences arising from this. These include mortality, chronic symptoms related to chikungunya, congenital syndrome related to Zika and the overload of health services. The Proposal, implemented in 2016, was anchored in health surveillance and health promotion, and provided for the creation of popular committees in state schools in the state of Minas Gerais. The Proposal was carried out from an online platform with interactive resources that included tutoring. This research aimed to analyze the model of organization of the Proposal of Vigilance in Health in a well-defined territory. The following aspects were analyzed: the form of management and implementation of the Proposal, the online platform and the performance of the popular committees. The proposal's management model involved a Management Group composed of educational, research and health institutions; right after the Regional Teaching Superintendencies, involving the state schools in its area of coverage. The schools, in turn, were the institutions responsible for disseminating the Proposal in the territory and mobilizing the population. The construction of the platform considered: ease of use, access, material storage, interactivity and database for data monitoring. The selection of the collection for the training of popular committees was based on the following criteria: technical, considering source and authorship; accuracy in the agreement between health information and evidence; legibility, ensuring understanding by different groups. These criteria ensured communication and interaction between tutors and popular committees. The analysis of access to the online platform showed a decrease from the second year of implementation of the Proposal. Factors related to the context of the education sector, such as vacation periods, strikes and the volume of educational projects may have influenced this issue. The popular committees, which could have representatives of the school community and residents of the territory in their constitution, were formed in different ways, although there was a predominance of students and teachers. The popular committees designed the action plan, considering the local territory and its members, the specifics of the place and the action plans to face dengue, zika and chikungunya. The analysis undertaken demonstrated the potential of the Proposal to contribute to the realization of a health

surveillance model adapted to the territory and local health needs and, therefore, its applicability in different health situations. The adopted methodology allowed the identification, reflection and referrals about weaknesses identified during the analysis process. An important limitation of the study was the low participation of some institutions involved in the management and conduct of the Proposal. The possibility and importance of expanding popular participation motivated us to understand the formation of networks and ties of solidarity in the territories, originating a research project that will continue the Territorial Based Health Surveillance Proposal.

Key words: Arbovirus Infections, popular committee, health communication, dengue, health promotion, biomedical technology, territory, public health surveillance, Chikungunya Virus, Zika Virus.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo de gestão da Proposta de Vigilância em Saúde de base territorial, fevereiro de 2020.....	19
Figura 2 – Fluxo de desenvolvimento da Proposta de Vigilância em Saúde de base territorial, fevereiro de 2020.....	21
Figura 3 – Mapa de Minas Gerais com os tipos de depósito predominantes para focos do <i>Aedes aegypti</i> , abril de 2018.....	34
Figura 4 – Modelo de Vigilância em Saúde.....	38
Figura 5 – Modelo Conceitual de Determinantes Sociais de Saúde (DSS).....	44
Figura 6 – Modelo de organização da Proposta, segundo o modelo de vigilância em saúde.....	53
Figura 7 – Mapa de Minas Gerais com a localização dos comitês formados para a Proposta de Vigilância em Saúde de base territorial, de acordo com a SRE, setembro de 2019.....	55
Figura 8 – Plataforma <i>on-line</i> elaborada para a Proposta de Vigilância em Saúde de base territorial, julho de 2016.....	65
Figura 9 – Nova Plataforma <i>on-line</i> elaborada para a Proposta de Vigilância em Saúde de base territorial, fevereiro de 2020.....	75
Figura 10 – Modelo de plano de ação elaborado para os comitês disponibilizado na plataforma <i>on-line</i> , julho de 2016.....	98

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Notificações de dengue no Brasil e em Minas Gerais, entre 2015 e 1º semestre de 2020.....	25
Gráfico 2 – Notificações de chikungunya no Brasil e em Minas Gerais, entre 2015 e 1º semestre de 2020.....	26
Gráfico 3 – Notificações de zika no Brasil e em Minas Gerais, entre 2016 e 1º semestre de 2020.....	27
Gráfico 4 - Acessos mensais à plataforma <i>on-line</i> realizados pelos comitês em 2017.....	69
Gráfico 5 - Acessos mensais à plataforma <i>on-line</i> realizados pelos comitês em 2018.....	72
Gráfico 6 – Participantes cadastrados na plataforma <i>on-line</i> e sua relação com a escola, setembro de 2019.....	76
Gráfico 7 – Participantes cadastrados na plataforma <i>on-line</i> e tipo de ocupação, setembro de 2019.....	77
Gráfico 8 – Integrantes cadastrados na plataforma <i>on-line</i> e relação com a escola, setembro de 2019.....	80
Gráfico 9 – Escolaridade dos integrantes cadastrados na plataforma <i>on-line</i> , setembro de 2019.....	81
Gráfico 10 – Relação dos integrantes cadastrados na plataforma <i>on-line</i> com o território de atuação do comitê, setembro de 2019.....	82

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Critérios para avaliação da qualidade da informação utilizados na etapa de seleção do acervo da plataforma <i>on-line</i> da Proposta de Vigilância em Saúde de base territorial, julho de 2016.....	59
Quadro 2 - Materiais educativos relacionadas às <i>doenças e vetor</i> , avaliados a partir dos critérios técnico, acurácia e legibilidade, selecionados e incluídos na plataforma <i>on-line</i> da Proposta de Vigilância em Saúde de base territorial, julho de 2016.....	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Total de comitês populares formados de acordo com SRE e município, setembro de 2019.....	22
Tabela 2 – Contatos realizados pelos comitês pelo “fale com o tutor” da plataforma <i>on-line</i> , em 2017, de acordo com o motivo e número de mensagens, setembro de 2019.....	71
Tabela 3 – Comitês cadastrados na plataforma <i>on-line</i> de acordo com a SRE, município e relação do coordenador com a escola, setembro de 2019.....	77
Tabela 4 - Caracterização dos 54 comitês cadastrados na plataforma <i>on-line</i> , de acordo com SRE, município, número de integrantes e sua relação com a escola, setembro de 2019.....	82
Tabela 5 - Caracterização das SRE, de acordo com o número de municípios e escolas participantes com comitês formados e número de pessoas envolvidas na Proposta de Vigilância em Saúde de base territorial, setembro de 2019.....	85
Tabela 6 - Comitês cadastrados na plataforma <i>on-line</i> por SRE, município e situação do coordenador, setembro de 2019.....	87
Tabela 7 - Comitês com atividades, de acordo com a SRE, setembro de 2019.....	90
Tabela 8 – Comitês que realizaram atividades propostas na plataforma <i>on-line</i> , setembro de 2019.....	91
Tabela 9 - Composição dos comitês que realizaram atividades propostas na plataforma <i>on-line</i> , setembro de 2019.....	93
Tabela 10 – Caracterização dos problemas definidos pelos comitês, setembro de 2019.....	99
Tabela 11 – Conjuntos de ações planejadas pelos comitês, de acordo com os problemas identificados, setembro de 2019.....	100
Tabela 12 – Fatores, citados pelos comitês, que poderiam influenciar na execução das ações no território, setembro de 2019.....	108

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

IRR: Instituto René Rachou

ESP-MG: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais

Fiocruz: Fundação Oswaldo Cruz

GG: Grupo Gestor

MG: Minas Gerais

MS: Ministério da Saúde

OMS: Organização Mundial de Saúde

SEE-MG: Secretaria de Estado da Educação de Minas Gerais

SES-MG: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais

SRE: Superintendência Regional de Ensino

SUS: Sistema Único de Saúde

PNCD: Programa Nacional de Controle da Dengue

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
2. OBJETIVOS.....	24
2.1 Geral.....	24
2.2 Específicos.....	24
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	24
3.1 Epidemiologia das doenças.....	24
3.2 Ações de prevenção às doenças.....	29
3.3 Vigilância e promoção da saúde: território, mobilização social, comunicação e saúde.....	36
3.4 A Proposta de Vigilância em Saúde de base territorial.....	52
4. METODOLOGIA.....	54
4.1 Local da pesquisa.....	54
4.2 Percurso metodológico.....	55
4.2.1 Análise da forma de gestão e condução da Proposta.....	55
4.2.2 Análise da contribuição da plataforma <i>on-line</i> para o modelo de organização da Proposta.....	56
4.2.3 Análise da atuação dos comitês populares formados a partir da Proposta.....	59
5. RESULTADOS.....	60
5.1 Análise da forma de gestão e condução da Proposta.....	60
5.2 Análise da contribuição da plataforma <i>on-line</i> para o modelo de organização da Proposta.....	64
5.2.1 A plataforma <i>on-line</i> e seu acervo.....	64
5.2.2 A participação pela plataforma.....	68
5.2.4 A nova plataforma.....	73
5.3 Análise da atuação dos comitês populares formados a partir da Proposta.....	75
5.3.1 Descrição dos comitês populares.....	75
5.3.2 Rotatividade entre os participantes dos comitês populares.....	87
5.3.3. Comitês que deixaram de participar da Proposta.....	89
5.3.4 Ações de mobilização e vigilância produzidas pelos comitês populares nos territórios.....	89
5.3.4.1 O diagnóstico do território.....	95
5.3.4.2 Plano de ação: a etapa de planejamento dos comitês.....	97
6. DISCUSSÃO.....	109

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	121
8. REFERÊNCIAS	123
ANEXO I.....	139
ANEXO II	150

MOBILIZAÇÃO SOCIAL PARA O ENFRENTAMENTO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA: análise do modelo de organização de uma Proposta de Vigilância em Saúde de base territorial

1. INTRODUÇÃO

Os arbovírus têm sido motivo de preocupação em saúde pública nos mais diversos países. São vírus transmitidos através de artrópodes, em sua maioria mosquitos hematófagos, além de aracnídeos, crustáceos, entre outros. Existem mais de 500 espécies de arbovírus e cerca de 150 deles causam doenças nos seres humanos. Dengue, zika e chikungunya são exemplos de arboviroses que, em comum, têm o *Aedes aegypti* como principal vetor (DONALISIO; FREITAS; VON ZUBEN, 2017).

No caso do Brasil, a população brasileira vem convivendo continuamente com casos de dengue há quase 40 anos (BRAGA; VALLE, 2007; SILVA; MALLMANN; VASCONCELOS, 2015).

Em 2014, casos de chikungunya, registrados inicialmente na América Central e Caribe em 2013, foram identificados no território brasileiro. E, em 2015, o Zika vírus também passou a ser notificado no país (CUNHA, 2016; MALTA et al., 2017; NETO et al., 2016).

O aumento expressivo de casos de microcefalia, principalmente no Nordeste e Norte do país, coincidente à descoberta da circulação do Zika vírus, ampliaram a magnitude da situação, fazendo com que o Brasil, em novembro de 2015, declarasse emergência em saúde pública de importância nacional, ressaltando a necessidade da adoção de medidas coordenadas que extrapolassem o campo da saúde, envolvendo governos, articulações intersetoriais, instituições de pesquisa, sobretudo em ações de suporte às gestantes, puérperas e crianças afetadas (BRASIL, 2015b).

Na mesma direção, em fevereiro de 2016, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou emergência de saúde pública de importância internacional, com base na constatação do aumento de casos de microcefalia e outros distúrbios neurológicos, em especial a síndrome de Guillain-Barré, observados na Polinésia Francesa em 2014 e relatados, posteriormente, no Brasil, França, Estados Unidos e El Salvador (WHO, 2016).

A constatação, por pesquisadores brasileiros, da relação entre o Zika vírus e o aumento de casos de microcefalia entre nascidos vivos de gestantes infectadas (ARAÚJO et al., 2016; CORDEIRO et al., 2016; HAZIN et al., 2016; OLIVEIRA; DA COSTA VASCONCELOS, 2016), e a corroboração desses achados pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças Transmissíveis dos Estados Unidos (RASMUSSEN et al., 2016), fizeram com que houvesse uma intensificação das ações desenvolvidas pelo governo federal, estados e municípios na realização de diversas campanhas de controle ao *Aedes*, com vistas a garantir o máximo de informação à população sobre as características do vetor, criadouros domésticos, sinais e sintomas das doenças, entre outros.

Ainda que o Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) ressalte a mobilização social e a participação da população como essenciais para a prevenção das doenças e o controle do *Aedes aegypti*, a literatura mostra que o baixo engajamento pode estar relacionado à forma de condução das iniciativas junto à população, que lhe destina o papel de mera espectadora nas ações realizadas pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2002; SILVA; MALLMANN; VASCONCELOS, 2015; VALLE, 2016).

Buscando superar essa lacuna, diferentes experiências têm se fundamentado em propostas voltadas à participação da população no planejamento, execução e avaliação de ações, considerando a realidade e o contexto dos diversos territórios em todas as etapas (ARUNACHALAM et al., 2010; ÁVILA MONTES et al., 2004; SÁNCHEZ et al., 2005, 2008; SOMMERFELD; KROEGER, 2012).

Como exemplo, citamos um estudo realizado, durante cinco anos, em seis cidades da Ásia, cujo objetivo era reduzir a proliferação do *Aedes aegypti* e a transmissão da dengue. Para isso, a metodologia compreendeu a análise das dimensões: ecológica (levantamento do contexto local), biológica (levantamentos entomológicos) e social (identificação do conhecimento, atitudes e práticas da população sobre a doença). A partir da análise das três dimensões, foram elaboradas ações que foram desenvolvidas com o apoio da população local, que se mobilizou e formou grupos de mulheres, estudantes e outros atores locais. A pesquisa concluiu sobre a importância da participação no manejo ambiental e controle da dengue, demonstrando, inclusive, redução da proliferação do vetor em algumas cidades (ARUNACHALAM et al., 2010; SOMMERFELD; KROEGER, 2012).

As taxas de infestação do *Aedes aegypti* também apresentam queda em Cuba (SÁNCHEZ et al., 2008), a partir de uma pesquisa que envolveu a população no diagnóstico local, planejamento das ações a serem desenvolvidas, monitoramento e avaliação do trabalho

realizado. Após dois anos de intervenção junto à população, os resultados da pesquisa demonstraram aumento do conhecimento e mudanças nas práticas de controle do vetor pela população.

Com base nos resultados da literatura e considerando as lacunas hoje existentes no modelo de prevenção, que vem se mostrando insuficiente para dar conta da complexidade da prevenção e controle dessas arboviroses (TAUIL, 2002; VALLE, 2016; ZARA et al., 2016) e considerando, especificamente no caso brasileiro, a extensão geográfica do país, as diferenças territoriais, culturais e carências estruturais, sobretudo no saneamento básico e de acesso aos serviços de saúde, e a importância de pensarmos em alternativas que possam ganhar em escala no alcance de várias regiões ao mesmo tempo, fomos motivados a elaborar uma Proposta de Vigilância em Saúde, de base territorial, com o objetivo de fortalecer a mobilização social para o enfrentamento da dengue, zika e chikungunya, e controle do *Aedes aegypti* no estado de Minas Gerais (MG).

A Proposta de Vigilância em Saúde de base territorial – daqui em diante denominada Proposta – foi elaborada pelo Instituto René Rachou (IRR), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz Minas).

Fundamentada no modelo de vigilância em saúde que, de acordo com Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998), busca promover a revisão e incorporação de novos sujeitos, objetos, processos e formas de organização do trabalho, a Proposta possui dois eixos de atuação: a criação de redes de solidariedade e a formação de comitês populares, ambos com a intencionalidade de contribuir com a elaboração de políticas públicas para o enfrentamento das doenças nos territórios.

As redes de solidariedade envolvem mães de crianças com microcefalia devido à infecção pelo Zika vírus, além de outras etiologias, bem como suas famílias.

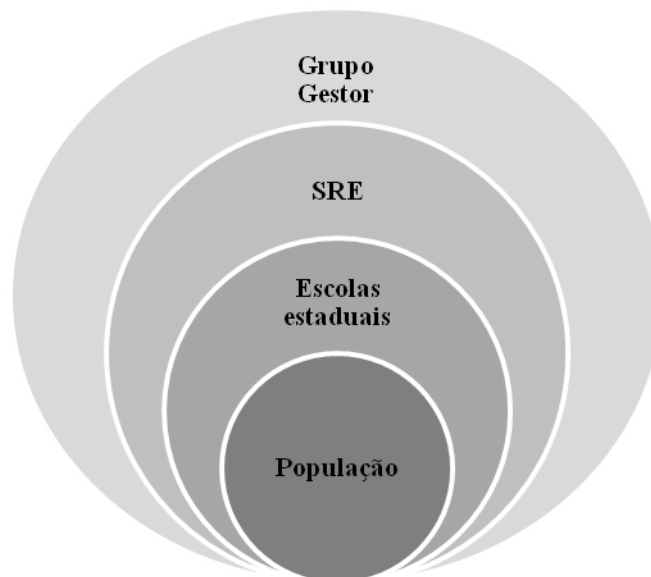
Já os comitês populares envolvem a população de maneira geral. Organizados a partir das escolas da rede pública estadual de Minas Gerais, os comitês eram compostos por alunos e professores, além de outros atores do espaço escolar e da comunidade local, e deveriam atuar na perspectiva do território, de forma que as atividades atendessem às especificidades do lugar, conhecimento prévio e vivência dos moradores, visando à elaboração coletiva de um diagnóstico local e o planejamento de ações voltadas à criação de ambientes favoráveis à saúde e controle do *Aedes aegypti*.

Para esse eixo da Proposta – formação de comitês populares –, as seguintes instituições foram envolvidas na sua discussão: Secretaria de Estado da Educação de Minas

Gerais (SEE-MG), Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES-MG) e Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG).

A figura abaixo apresenta o modelo de gestão da Proposta. Em uma posição mais abrangente estava o GG. Logo após, as SRE, envolvendo as escolas estaduais de sua área de abrangência. As escolas, por sua vez, eram as instituições responsáveis pela divulgação da Proposta no território e mobilização da população.

Figura 1 – Modelo de gestão da Proposta de Vigilância em Saúde de base territorial, fevereiro de 2020.



Fonte: Dados da pesquisa.

O Grupo Gestor (GG), responsável pela coordenação no nível estadual, era formado por representantes do IRR, SEE-MG, SES-MG e ESP-MG.

Cabia ao GG: planejar e acompanhar implantação da Proposta, analisando o contexto epidemiológico, organizando a formação dos comitês e prestando assessoria e apoio no que fosse preciso; realizar o acompanhamento das atividades no estado; contribuir para elaboração de materiais de divulgação; identificar, a partir do diagnóstico e das demandas do comitê, os diferentes atores que poderiam ser convidados para contribuir no suporte ao trabalho no território, como, por exemplo, especialistas de diferentes áreas, estabelecer metas, critérios e indicadores de avaliação; captar recursos para apoiar as ações quando necessário. Um

cronograma de atividades foi elaborado pelo GG, com reuniões mensais durante todo o primeiro ano da Proposta, bimensais no segundo, e trimestrais no terceiro e quarto ano.

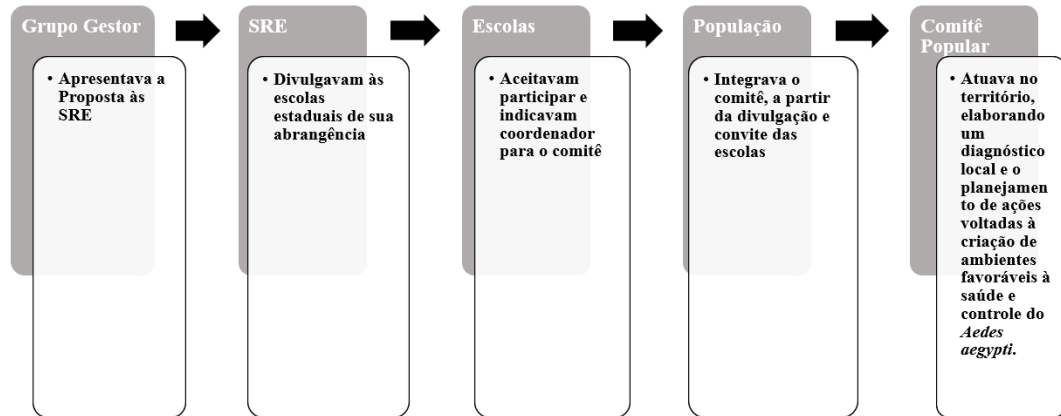
No intuito de desverticalizar o trabalho e, ao mesmo tempo, promover uma forte articulação no nível regional para o desenvolvimento da Proposta, previu-se a participação das Superintendências Regionais de Ensino (SRE) como mobilizadoras regionais e interlocutoras com as escolas sob sua área de abrangência.

As SRE deveriam apoiar na divulgação e acompanhamento da Proposta em nível regional, observando as necessidades, facilidades e dificuldades encontradas; encaminhando dados necessários para apuração dos indicadores de monitoramento e avaliação, acompanhando o cumprimento de metas; participando de reuniões e atuando como facilitadores do processo, contribuindo assim para o processo de descentralização.

As escolas, por sua vez, teriam a tarefa de divulgar a Proposta no território, para que essa chegasse à população e possibilitasse a formação de comitês populares. Além disso, também cabia às escolas a indicação de um coordenador para o comitê e a disponibilização de espaço físico e internet para a realização de reuniões e atividades.

A partir desse modelo de gestão foi possível estabelecer o fluxo seguinte para o desenvolvimento da Proposta.

Figura 2 – Fluxo de desenvolvimento da Proposta de Vigilância em Saúde de base territorial, fevereiro de 2020.



Fonte: Dados da pesquisa.

Todo o trabalho com os comitês populares é desenvolvido por meio de uma plataforma *on-line*, que foi planejada e construída de maneira a garantir facilidade na navegação para usuários com níveis diferentes de conhecimento na área de informática, capacidade de armazenamento de material educativo e para compartilhamento de documentos e imagens, entre outros, contando, ainda, com tutores para acompanhar os comitês durante o desenvolvimento da Proposta, orientando sobre ações a serem realizadas e organização do processo de trabalho nos territórios.

A Proposta vem sendo desenvolvida desde 2016 e já foi objeto de duas dissertações de mestrado, que analisaram o seu processo de desenvolvimento (OLIVEIRA, 2018) e o contexto socioeconômico, demográfico, sanitário e situação epidemiológica de dengue, zika e chikungunya de municípios que tiveram comitês populares constituídos em seus territórios (REZENDE, 2018).

De acordo com a análise do processo de desenvolvimento (OLIVEIRA, 2018), em 2016, 16 das 47 SRE de MG foram convidadas a participar da Proposta. Os critérios para a escolha foram proximidade com Belo Horizonte e ter casos de zika em gestantes.

Foi adotado o seguinte fluxo junto a essas 16 SRE: 1) apresentação da proposta por videoconferência para as superintendências; 2) convite às escolas pelos superintendentes; 3) assinatura de um termo de adesão voluntária pelas escolas, indicando um representante da instituição como coordenador do comitê e disponibilizando espaço físico para as atividades (OLIVEIRA, 2018).

As 16 SRE convidadas aderiram à Proposta e convidaram as escolas da sua área de abrangência – ao todo, 1.640 instituições. Dessas, 211 (13%) escolas aceitaram participar. Entre as escolas participantes, 49 (23%) formaram comitês, envolvendo 39 municípios mineiros (OLIVEIRA, 2018).

A análise de contexto dos 39 municípios com comitês formados incluiu as seguintes variáveis: incidência de dengue, zika e chikungunya; população residente de cada município; Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM); Índice de Gini; renda per capita; percentual de vulneráveis à pobreza; percentual de população em domicílios sem água canalizada e banheiro; percentual de população em domicílios com abastecimento de água e esgotamento sanitário inadequados; percentual da população em domicílios sem coleta de lixo (REZENDE, 2018).

Na análise do contexto socioeconômico dos municípios, a renda per capita, de R\$ 282,97 a R\$ 1.497,29, foi a que demonstrou maior variação entre a população. A análise do contexto epidemiológico evidenciou risco alto de dengue (300 a 499 casos) para todos os municípios, em anos epidêmicos (2013, 2015 e 2016), e alto para chikungunya em um município específico (Ipatinga). O contexto sanitário não se configurou com um grande problema entre os 39 municípios analisados (REZENDE, 2018).

Após a realização desses estudos, em setembro de 2018, em uma nova videoconferência realizada pelo GG, que contou com 96% (45) das SRE de MG, o convite para participar da Proposta foi realizado novamente. Quatro novas SRE e 17 novas escolas aceitaram participar.

Assim, em setembro de 2018, das 47 SRE, em 14 havia comitês populares, envolvendo 43 municípios mineiros e um total de 54 comitês formados.

Tabela 1 – Total de comitês populares formados de acordo com SRE e município, setembro de 2019.

(continua)

SRE	Município	Total de comitês
Barbacena	Andrelândia	1
	Santa Rita de Ibitipoca	1
Conselheiro Lafaiete	Lamin	1
	Ouro Branco	1
	Piranga	1
	Rio Espera	1
	Queluzito	1
Coronel Fabriciano	Ipatinga	1
	Santana do Paraíso	1

SRE	Município	Total de comitês
Curvelo	Curvelo	1
Divinópolis	Divinópolis	2
	Iguatama	1
	Itatiaiuçu	1
	Itaúna	1
	Luz	1
	Pains	1
	Perdigão	1
	Piracema	1
	São Sebastião do Oeste	1
Juiz de Fora	Lima Duarte	1
Metropolitana A	Belo Horizonte	2
Metropolitana B	Ibirité	1
Metropolitana C	Ribeirão das Neves	1
	Santa Luzia	1
Montes Claros	Capitão Enéas	1
	Francisco Dumont	1
	São João do Paraíso	2
Ouro Preto	Mariana	1
	Ouro Preto	1
Pará de Minas	Bom Despacho	1
	Cedro do Abaeté	1
	Leandro Ferreira	1
	Pará de Minas	2
	Pitangui	2
	Quartel Geral	1
Ponte Nova	Canaã	1
	Dom Silvério	1
	Ponte Nova	3
	Raul Soares	2
	São Miguel do Anta	1
	Sem Peixe	1
	Viçosa	3
Uberlândia	Uberlândia	2
14 SRE	43 municípios	54 comitês

Fonte: plataforma *on-line*.

Os resultados obtidos nas análises realizadas por Oliveira (2018) e Rezende (2018) apontaram o caráter complexo e promissor da Proposta e, também, a necessidade de um estudo que se debruçasse sobre os aspectos relacionados a sua organização e forma de trabalho com os comitês (OLIVEIRA, 2018; REZENDE, 2018).

Diante dessas questões, o trabalho aqui apresentado pretendeu analisar o modelo de organização da Proposta.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar o modelo de organização da Proposta de Vigilância em Saúde, de base territorial, visando ao fortalecimento da mobilização social para o enfrentamento da dengue, zika, chikungunya e controle do *Aedes aegypti* em Minas Gerais.

2.2 Específicos

2.2.1 Analisar a forma de gestão e condução da Proposta;

2.2.2 Analisar a contribuição da plataforma *on-line* para o modelo de organização da Proposta;

2.2.3 Analisar a atuação dos comitês populares formados a partir da Proposta.

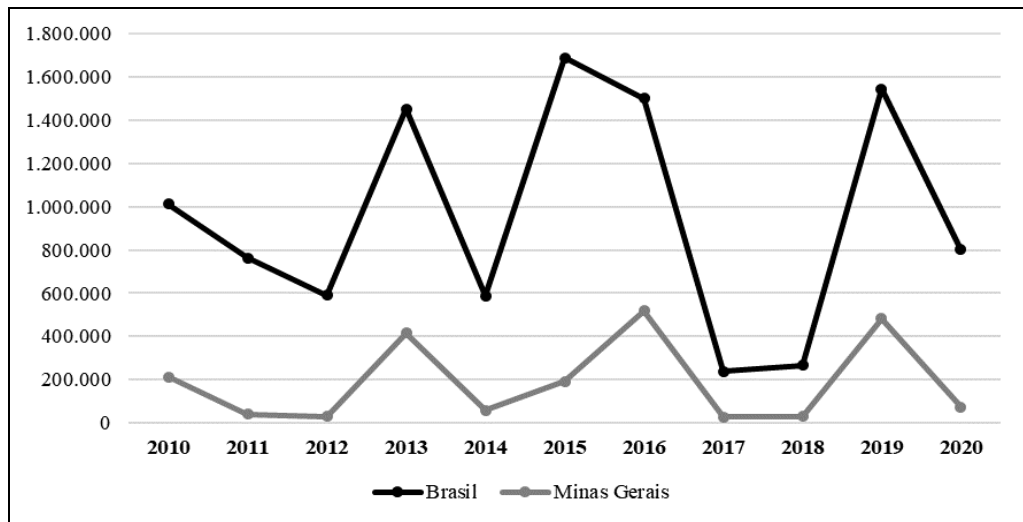
3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Epidemiologia das doenças

Dengue, zika e chikungunya representam importantes problemas de saúde pública no Brasil.

Uma análise dos casos de dengue registrados entre 2010 e 2020 aponta a doença como um problema persistente no país e em Minas Gerais.

Gráfico 1 - Notificações de dengue no Brasil e em Minas Gerais, entre 2015 e 1º semestre de 2020.



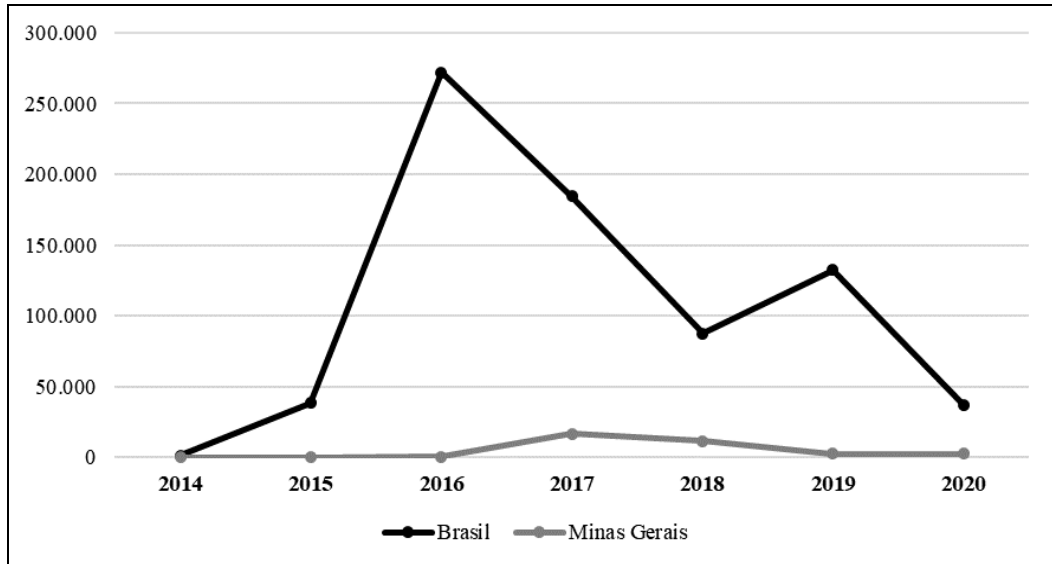
Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

No Brasil, nesse período, foram registrados mais de 10.448,301 milhões de casos da doença (1.011.548 em 2010; 764.032 em 2011; 589.591 em 2012; 1.452.489 em 2013; 589.107 em 2014; 1.688.688 em 2015; 1.500.535 em 2016; 239.389 em 2017; 265.934 em 2018; 1.544.987 em 2019 e 802.001 nos primeiros seis meses de 2020) (BRASIL, 2015a, 2017e, 2018a,c, 2020a,b).

O estado mineiro foi responsável por 20% desse total, com um pouco mais de 2 milhões de notificações (212.502 em 2010, 40.343 em 2011; 29.456 em 2012; 414.719 em 2013; 58.177 em 2014; 192.779 em 2015; 519.050 em 2016; 29.107 em 2017; 29.987 em 2018; 483.569 em 2019 e 74.287 nos primeiros seis meses de 2020) (BRASIL, 2015a; MINAS GERAIS 2018, 2019a, 2020).

Em relação à chikungunya, o gráfico abaixo mostra o quantitativo de notificações da doença no Brasil e em Minas Gerais, desde o início da circulação do vírus.

Gráfico 2 – Notificações de chikungunya no Brasil e em Minas Gerais, entre 2015 e 1º semestre de 2020.



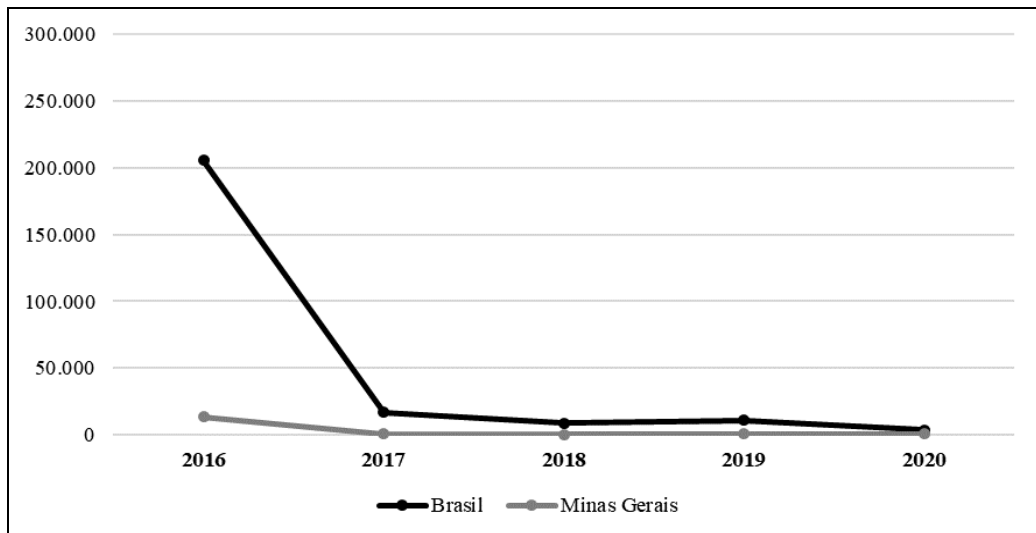
Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

Em todo o país foram notificados 1.364 casos em 2014; 38.499 em 2015; 271.824 em 2016; 184.458 em 2017; 87.687 em 2018 e 132.205 em 2019. Em 2020, nos seis primeiros meses, foram 37.387 notificações (BRASIL, 2014a, 2017a,b, 2018a,c, 2020a,b).

Minas Gerais registrou 18 notificações em 2014; 31 em 2015; 462 em 2016; 16.789 em 2017; 11.772 em 2018; 2.805 em 2019 e 2.800 casos entre janeiro e junho de 2020 (MINAS GERAIS, 2018, 2019a, 2020).

Já zika, apesar da confirmação de casos autóctones no Brasil a partir de abril de 2015, somente em 2016 passou a ser uma doença de notificação compulsória.

Gráfico 3 – Notificações de zika no Brasil e em Minas Gerais, entre 2016 e 1º semestre de 2020.



Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

Em todo o país, foram 205.578 casos em 2016; 16.870 em 2017; 8.680 em 2018; 10.768 em 2019. Em 2020, de janeiro a junho, foram 3.509 notificações (BRASIL, 2017a,b, 2018a,c; 2020a,b).

No estado de Minas Gerais foram 13.527 notificações em 2016; 718 em 2017; 168 em 2018; 725 em 2019 e 699 casos nos seis primeiros meses de 2020 (MINAS GERAIS, 2018, 2019a, 2020).

Apesar de alguns sintomas semelhantes, como febre, dor de cabeça e no corpo e manchas vermelhas pelo corpo (BRASIL, 2015c; BRASIL, 2016a; BRASIL, 2016b), dengue, zika e chikungunya também possuem certas especificidades.

Dengue possui uma forma grave, caracterizada, principalmente, por dor abdominal intensa e contínua, vômitos persistentes, hipotermia, desconforto respiratório, sonolência, irritabilidade excessiva, diminuição abrupta da contagem de plaquetas (trombocitopenia), sangramento de mucosas e outras manifestações hemorrágicas. A mortalidade por dengue tem sido uma preocupação constante do setor saúde (BRASIL, 2016b).

Chikungunya pode ocasionar dores intensas nas articulações (artralgia) dos pés, mãos, tornozelos, pulsos e dedos, dificultando ou, até mesmo, impedindo a realização de atividades cotidianas, comprometendo a qualidade de vida e de trabalho das pessoas (BRASIL, 2015c; DE-ARAÚJO et al., 2019).

Já a infecção pelo Zika vírus, apesar de predominantemente branda, sendo assintomática em 80% dos casos (BRASIL, 2016a), pode provocar outros desdobramentos, como a síndrome de Guillain-Barré – condição rara em que o sistema imunológico, na presença de processos infecciosos ou não infecciosos (imunização, cirurgia traumas), acomete o sistema nervoso periférico, causando fraqueza muscular e perda de sensibilidade nos membros, devido ao comprometimento dos nervos que controlam o movimento muscular e a sensação de dor, calor e toque (CAO-LORMEAU et al., 2016; WANG; LING, 2016).

O Plano de Contingência Estadual para o enfrentamento das doenças transmitidas pelo *Aedes*, da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2019b), demonstra o aumento expressivo no número de internações para tratamento de Guillain-Barré em 2016, ano de destaque em notificações de casos de zika no estado.

A assistência para a síndrome representa um impacto oneroso para o sistema público, pois envolve cuidados específicos em centros de terapia intensiva, devido ao risco de insuficiência respiratória. Nos casos de diagnóstico precoce, nas primeiras quatro semanas de início dos sintomas, o tratamento recomendado é a plasmaférese (diálise do plasma). Em casos de estágio moderado ou grave dos sintomas, o tratamento envolve o uso de imunoglobulina, cujo valor pode chegar a 40 mil reais por paciente. A chance de recuperação sem sequelas para o paciente é em torno de 85% dos casos. A ocorrência de casos de meningite, mielite, encefalite e outras infecções também têm sido analisadas, devido à possível associação também com o Zika vírus (STEVANIM, 2016).

A principal preocupação com o vírus, entretanto, tem sido a ocorrência da infecção em mulheres grávidas, pela possibilidade da transmissão para o feto.

O termo “síndrome congênita da zika” foi adotado diante do conjunto ampliado de consequências possíveis em crianças com histórico de infecção pelo Zika vírus no período gestacional, como problemas oculares, auditivos, cognitivos, epilepsia, disfagia, microcalcificações no cérebro e outros órgãos, malformações nos ossos e músculos, alterações motoras, sendo a microcefalia a mais predominante (BOSAPO et al., 2019; BRASIL, 2017d; DINIZ, 2016; OLIVEIRA; DA COSTA VASCONCELOS, 2016; WILLIAMSON, 2018).

Para melhor elucidação, o MS elaborou um panorama dos casos de microcefalia registrados no Brasil entre 2010 e 2015, demonstrando o aumento surpreendente após a detecção do vírus no Brasil, especialmente nas Regiões Norte e Nordeste. Na Região Norte, o estado de Tocantins apresentou um aumento na média de casos de microcefalia por 1.000 nascidos vivos de 5, em 2010, para 49,8 em 2015. Na Região Nordeste ocorreu aumento

principalmente nos estados de Pernambuco (6,1 para 456,7 casos), Paraíba (7,4 para 436,2 casos), Sergipe (4,7 para 225 casos), Alagoas (6,2 para 112,4 casos) e Rio Grande do Norte (3,8 para 168,8 casos) (BRASIL, 2017c).

Frente a essa nova realidade, o MS, em dezembro de 2016, atualizou a nomenclatura e a classificação dos casos de infecção congênita em recém-nascidos, em consonância com as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), passando a utilizar a nomenclatura STORCH+Zika/Microcefalia. A sigla STORCH é formada por um grupo de doenças infecciosas que acometem o recém-nascido: sífilis congênita (S), toxoplasmose congênita (TO), rubéola congênita (R), citomegalovirose congênita (C) herpes simples congênito (H). (MINAS GERAIS, 2017).

De acordo com os boletins epidemiológicos do MS, de novembro de 2015 a maio de 2020, foram notificados 19 mil casos com suspeita de alterações no crescimento e desenvolvimento de recém-nascidos, incluindo a microcefalia, possivelmente associados à infecção pelo vírus Zika ou outras etiologias infecciosas (BRASIL, 2019a, 2020c).

3.2 Ações de prevenção às doenças

Desde a entrada do vírus da dengue no Brasil, ações de enfrentamento têm sido dirigidas ao controle do *Aedes aegypti* em todo o território nacional. Por duas vezes, entre 1958 e 1973, o vetor foi considerado erradicado no país, o que hoje não seria mais possível, visto às profundas mudanças ocorridas nas últimas décadas, sobretudo, devido à urbanização acelerada da população, permeada por ausência de infraestrutura adequada, condição essa favorável à expansão e proliferação do vetor, além de outras questões como, por exemplo, a facilidade de circulação das pessoas dentro e fora do país, contribuindo para a entrada de novos vírus e doenças, como vimos no casos da chikungunya e zika (TAUIL, 2002; VALLE, 2016; ZARA et al., 2016).

Esse novo cenário traz como desafio, não a erradicação do vetor, mas o seu controle. Desafio porque diz respeito à discussão, desenvolvimento e implementação de ações mais ampliadas, tanto no que se refere à participação da população, como à produção de arranjos intersetoriais, que não sejam centrados nos métodos tradicionalmente empregados pelo setor saúde, uma vez que isolados têm se mostrado insuficientes para conter um vetor com alta capacidade de reprodução e adaptação (ZARA et al., 2016).

De maneira geral, as ações de controle do vetor preconizadas pelo MS classificam-se em mecânicas, biológicas e químicas. O controle mecânico visa impedir a procriação do vetor, por meio da eliminação ou proteção adequada de possíveis criadouros, com ações de limpeza e destinação correta de recipientes que armazenam água, vedação de caixas d'água, instalação de telas em janelas e portas. O controle biológico consiste no uso de predadores ou patógenos capazes de atacar o vetor, como peixes, bactérias, fungos, bacilos e parasitas. As ações de controle químico envolvem o uso de produtos destinados a eliminar o vetor, como inseticidas (forma adulta) e larvicidas (fase de larva), sendo necessário o controle racional e seguro no uso, tanto para a população como para o meio ambiente (BRASIL, 2009; ZARA et al., 2016).

O MS, em 2002, rediscutindo as ações até então desenvolvidas no Brasil, elaborou o Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD).

O PNCD tem, por objetivos, reduzir a incidência e a letalidade da dengue e a infestação pelo *Aedes aegypti* em todo o território nacional. Para isso, baseia-se nas seguintes frentes de atuação: desenvolvimento de ações que tenham caráter permanente; fortalecimento da vigilância epidemiológica e entomológica para detecção precoce de surtos e trabalho de campo para combate ao vetor; maior protagonismo da atenção básica no controle da doença; utilização de instrumentos legais que facilitem o acesso de agentes públicos a imóveis comerciais e casas abandonadas, visando à eliminação de criadouros nesses locais; articulação entre os diferentes serviços envolvidos na destinação adequada de resíduos sólidos e armazenamento correto de água; elaboração de instrumentos para acompanhamento e supervisão das ações desenvolvidas pelos níveis federal, estadual e municípios (BRASIL, 2002).

Além dessas frentes, o PNCD também destaca a mobilização social e a participação como essenciais para o controle vetorial, a serem alcançadas por meio de campanhas de informação, ações educativas e estratégias de comunicação, destinadas à eliminação dos criadouros do *Aedes*, em especial, no ambiente domiciliar. De acordo com o documento, as ações educativas devem ser desenvolvidas principalmente pelos municípios, nos serviços de saúde e escolas, e as ações de comunicação pelos diversos canais de mídia (BRASIL, 2002).

Na mesma direção do nível federal, o estado de Minas Gerais possui o Plano Estadual de Contingência das Doenças Transmitidas pelo *Aedes* como documento orientador de suas atividades. Uma versão atualizada do referido documento foi publicada em 2019, destacando a diminuição da ocorrência de óbitos como principal objetivo. Também constam objetivos específicos, como: fortalecer a articulação entre áreas e serviços da saúde, além da articulação

intersectorial; promover assistência adequada no diagnóstico e manejo clínico; disponibilizar insumos estratégicos e equipamentos necessários; sistematizar atividades de comunicação. Para tal, o plano elenca a necessidade de ações que envolvam vigilância em saúde, controle vetorial, assistência ao paciente, gestão, mobilização e comunicação social a serem realizados, sobretudo, pelo nível municipal (MINAS GERAIS, 2019a).

Paralelamente a esses instrumentos normativos, sobretudo nos últimos anos, novas estratégias de controle do *Aedes aegypti* têm sido apresentadas, demonstrando ser potencialmente eficazes, principalmente quando combinadas entre si e articuladas com as ações já conhecidamente desenvolvidas. O mapeamento de risco é uma delas, cujo objetivo é avaliar e identificar, a partir do uso de estatísticas espaciais, territórios com risco aumentado para as doenças. Também há a utilização de compostos naturais, identificados através de pesquisas que avaliam a capacidade larvicida de algumas espécies de plantas, representando uma alternativa mais segura de controle químico.

O uso da bactéria *Wolbachia*, visando à produção de mosquitos com capacidade reduzida para transmitir dengue, zika e chikungunya, com ação também na redução do tempo de vida do vetor adulto, é uma alternativa que vem sendo estudada em diferentes países e no Brasil, no Rio de Janeiro, na capital e em Niterói (WORLD MOSQUITO PROGRAM, 2020). Outros estudos vêm sendo conduzidos visando à esterilização do vetor, mosquitos dispersores de inseticida uso controlado de inseticidas, como nebulização intradomiciliar residual, telas domésticas e roupas impregnadas com inseticidas, essa última principalmente para crianças e gestantes (LIMA; GOULART; ROLIM NETO, 2015; ZARA et al., 2016).

Com relação às vacinas, uma delas, ofertada na rede particular, previne contra os quatro sorotipos existentes da doença. Porém, é indicada apenas para indivíduos com história de infecção prévia por dengue. Caso contrário, pode levar ao desenvolvimento das formas mais graves da doença em um próximo contato com o vírus (ANVISA, 2019).

Outra, ainda em fase de teste, está sendo desenvolvida pelo Instituto Butantan com resultados que apontam para uma produção equilibrada de anticorpos para os quatro vírus da dengue, revelando seu potencial de eficácia (BUTANTAM, 2019).

Há, também, um estudo randomizado em desenvolvimento na Ásia e América Latina para a produção e comercialização de uma nova vacina. Os testes já realizados apontam eficácia do produto, independentemente da exposição prévia à dengue, com variação na tendência de eficácia de acordo com o sorotipo (BISWAL et al., 2019).

Aliada às diversas alternativas e tecnologias citadas, o que a literatura também procura trazer à discussão é a imprescindibilidade da participação da população nas ações de controle do vetor (BRASIL, 2017d; CAPRARA; OLIVEIRA; PEIXOTO, 2013; NEGREIROS et al., 2009; RANGEL-S, 2008; SOMMERFELD; KROEGE, 2012).

A esse respeito, Silva et al. (2015) e Valle (2016), discorrem que, apesar de frequentemente citada em programas e campanhas realizadas para o enfrentamento da dengue e do *Aedes aegypti*, ainda hoje a população não possui lugar de protagonismo na maior parte das iniciativas para as quais é convocada. Rangel-S (2008) ressalta o corte autoritário das campanhas que limitam a participação da população a ações de inspeção sanitária, quando essas não ficam, ainda, a cargo exclusivo dos agentes de saúde.

Silva e colaboradores (2015) questionam a eficácia do conteúdo e da qualidade das informações das campanhas, com enfoque nos criadouros do mosquito, modo de transmissão, sintomas e tratamento da doença, deixando de lado uma abordagem ampliada do problema que permita maior compreensão pela população e o reconhecimento de atitudes e práticas capazes de se configurar como soluções alternativas de enfrentamento.

Em um estudo de revisão sobre as concepções e atitudes da população frente à dengue e as formas de prevenção da doença, Claro e colaboradores (2004) concluíram que, mesmo com o excesso de informações, como acontece geralmente em períodos de epidemia, o que pode inclusive provocar a banalização do problema, é preciso estar atento para a maneira com que esse conteúdo é socialmente compartilhado.

Essas questões colocam em foco os modelos de educação utilizados por gestores e profissionais de saúde, geralmente planejados e desenvolvidos de forma verticalizada, sem considerar a participação ampliada da população, bem como a realidade, as especificidades e prioridades dos diferentes territórios. Para diversos autores (CLARO; TOMASSINI; ROSA, 2004; RANGEL-S, 2008; SILVA, et al., 2011; SILVA; MALLMANN; VASCONCELOS, 2015), trata-se de modelos utilizados apenas em períodos de epidemia da doença, momento no qual o excesso, a repetição e a contradição de informações, inclusive com a entrada da mídia (televisão, rádio, internet), pode provocar a banalização do problema, levando ao entendimento de que é sazonal, comum e esperado nos meses de chuva e de verão.

Além da diversidade e singularidade dos territórios, é necessário salientar a existência de vários fatores capazes de contribuir para a permanência e, inclusive, progressão do vetor da dengue, zika e chikungunya.

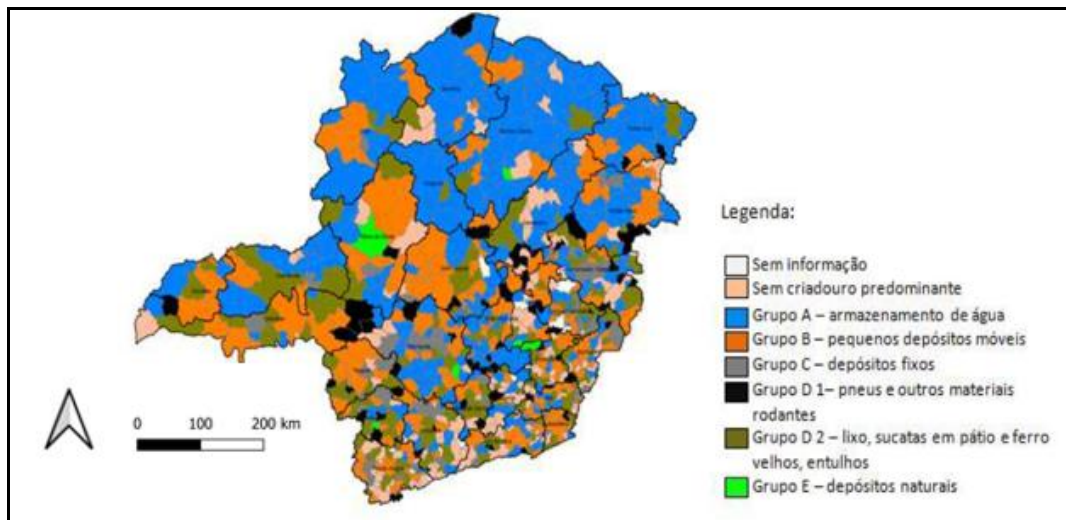
O modelo econômico brasileiro corresponde a um desses fatores, uma vez que tem permitido a manutenção das iniquidades sociais entre os diferentes grupos da população. Assim, é importante destacar a prevalência do vetor em áreas de maior vulnerabilidade econômica e social, onde a alta densidade populacional associada a condições precárias de moradia e de saneamento favorecem a manutenção de locais propícios para a proliferação do *Aedes* (TAUIL, 2002).

Luz, Santos e Vieira (2015), em um artigo sobre a ocorrência do Zika vírus no nordeste brasileiro, no final de 2014 e início de 2015, descreveram maior incidência em regiões com condições sanitárias desfavoráveis, citando que em Natal, por exemplo, os casos concentraram-se na zona norte da cidade, onde apenas 5% da rede de esgoto era tratada.

O trabalho de Marcondes e Ximenes (2015) corrobora com o fato de que a falta de planejamento nas cidades para suprir a demanda por abastecimento de água, sobretudo em áreas ocupadas por grupos de baixa renda, coloca como alternativa, para os períodos de interrupção, o estoque de água em grandes recipientes, geralmente para consumo humano e atividades domésticas. Tal imprevisto, segundo os autores, contribuiu de maneira considerável no aumento dos casos de dengue em São Paulo durante uma crise de abastecimento.

Em Minas Gerais, de acordo com as informações apresentadas no Plano Estadual de Contingência das Doenças Transmitidas pelo *Aedes* (MINAS GERAIS, 2019b), nos últimos anos houve um aumento considerável no número de municípios que têm detectado focos do *Aedes aegypti*. Os depósitos de armazenamento de água correspondem ao principal tipo, principalmente nas Regiões Norte, Noroeste, Jequitinhonha e Vale do Mucuri, conforme o mapa abaixo.

Figura 3 – Mapa de Minas Gerais com os tipos de depósito predominantes para focos do *Aedes aegypti*, abril de 2018.



Fonte: Plano de Contingência Estadual para o enfrentamento das doenças transmitidas pelo Aedes. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2019.

Esses dados são essenciais para discutirmos a cobertura de saneamento básico nessas localidades, principalmente o acesso à água potável.

A Agência Nacional de Águas, através do levantamento do monitor de secas, aponta que tais regiões do estado estão entre as classificadas como de seca fraca ou moderada, o que ocasionou, com alguma frequência, insuficiência de água nos reservatórios e, até mesmo, restrição quanto ao acesso e uso pela população. Ainda de acordo com a Agência, entre os 853 municípios mineiros, 424 necessitam de investimento em abastecimento urbano de água (BRASIL, 2019b).

A expansão da indústria de materiais não biodegradáveis também tem favorecido a proliferação do vetor e, conseqüentemente, o cenário atual das doenças. Os materiais produzidos, quando identificados como de serventia, são acumulados para uso como vasilhames, passando despercebidos como potenciais criadouros (CAPRARA; OLIVEIRA; PEIXOTO, 2013; CLARO; TOMASSINI; ROSA, 2004).

Essas questões também foram apontadas anteriormente por Tauil (2002), que se referiu à complexidade da vida urbana para discutir a ocorrência, de maneira mais densa e, até perversa, em áreas pobres das cidades, onde a desorganização e a precarização espacial favorecem a manutenção de ambientes insalubres.

Todavia, apesar da prevalência do vetor em ambientes desfavoráveis de moradia, nos quais coleta e destino inadequados do lixo, abastecimento de água irregular, baixa cobertura

de esgotamento sanitário, entre outros, apresentam-se como características prevalentes (PERES, 2016; SOMMERFELD; KROEGE, 2012), é preciso ressaltar a magnitude dessas doenças e o descontrole sobre o seu vetor como problema público que persiste e acomete toda a população. Se é verdade que a falta de infraestrutura aumenta as chances de proliferação do mosquito, a banalização do problema em outras áreas das cidades, que, igualmente, possuem em suas casas e arredores potenciais criadouros do mosquito também se apresenta como fato indiscutível, visto a ocorrência de casos das doenças nos diversos estratos da sociedade, questão também levantada por Capara, Oliveira e Peixoto (2013), ao ressaltarem o modo de vida das populações das grandes cidades como fator relacionado, exigindo, segundo os autores, que toda a população, independente da classe, esteja envolvida em ações voltadas ao controle do vetor, tanto no seu domicílio, como, também, nos espaços coletivos.

Sobre essa discussão, Galvão, Finkelman e Henao (2011) citam o documento da OPAS (2011), no qual são elencados fatores macro-determinantes e micro-determinantes que contribuem para ocorrência das três doenças nos diferentes contextos territoriais. Entre os fatores macro-determinantes tem-se as características gerais da região (latitude, altitude, temperatura, umidade, regime pluviométrico); organização espacial, incluindo a densidade populacional e as condições de habitação; cobertura e qualidade do serviço de saneamento; cobertura e acesso a serviços de saúde; condições econômicas e culturais da comunidade, legislação sobre saúde e meio ambiente. Como micro-determinantes, idade, sexo, etnia, condições de nutrição e de imunidade, e fatores relacionados ao vetor, entre eles densidade vetorial, resistência do vetor e sua susceptibilidade à infecção viral, sorotipo em circulação (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; GALVÃO; FINKELMAN; HENAO, 2011; WHO, 2008).

Um olhar desatento para essas e outras questões tem favorecido abordagens reducionistas para um problema de alta complexidade, onde se espera que as ações sejam individuais e focadas no combate ao mosquito *Aedes*: a orientação é de que cada um mantenha sua casa e ambiente de trabalho sempre limpos e sem qualquer local com acúmulo de água.

A simplificação do problema e, também de sua conduta, produz um viés ao culpabilizar os indivíduos por seu adoecimento, de seus familiares e vizinhos (SANTOS; OLIVEIRA; LIMA, 2016). Nesse sentido, Rangel-S (2008, p. 437) adverte que, da desconsideração dessas questões “resulta a tendência a julgar que a população é resistente,

ignorante e pouco ativa na busca da melhoria de sua saúde, e no controle da dengue, ficando obscurecidos os determinantes sociais e culturais”.

Limitar a discussão das causas e consequências das doenças aqui abordadas ao campo da saúde, sem reconhecê-las enquanto problemas públicos, significa insistir na reprodução de um modelo de enfrentamento sabidamente fracassado, centralizado na eliminação do vetor, desconsiderando a população e seu contexto de vida – econômico, social, histórico, cultural. Trata-se, portanto, de uma visão fragmentada, focada em um determinado conhecimento científico (ao privilegiar o campo da saúde, em detrimento de outros), que conduz a ações verticalizadas, cujas expectativas consistem na vigilância e realização de tarefas pelos indivíduos sendo, na verdade, ineficazes pela falta de integração de outros setores e de participação e adesão da população (CAPRARA; OLIVEIRA; PEIXOTO, 2013; CLARO; TOMASSINI; ROSA, 2004; LIMA, VILASBÔAS, 2011).

Em contraposição, experiências fundamentadas em abordagens mais horizontais, que tenham a participação como um dos seus princípios, podem representar alternativas potencialmente eficazes para estimular o engajamento da população para o bem coletivo, o que permite ampliar suas ações para outros problemas locais, fortalecendo sua capacidade de governança na produção de ações e de gestão do território (SOMMERFELD; KROEGE, 2012; CAPRARA; OLIVEIRA; PEIXOTO, 2013; LIMA; GOULART; ROLIM NETO, 2015). Esse processo, no entanto, depende de um amplo movimento de mobilização social, cujo objetivo é a emancipação da população para controle e uso de recursos e meios necessários a ações de transformação social, elaboração de políticas públicas, criação e manutenção de territórios favoráveis à saúde e à vida (HENRIQUES, 2012; MAFRA, 2010; OPAS, 2002).

3.3 Vigilância e promoção da saúde: território, mobilização social, comunicação e saúde

Entre as décadas de 1980 e 1990, a vigilância em saúde surgia como uma proposta de integração das práticas de prevenção, proteção e promoção da saúde, dirigidas ao atendimento de necessidades e demandas de grupos populacionais específicos (TEIXEIRA, 2006; TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

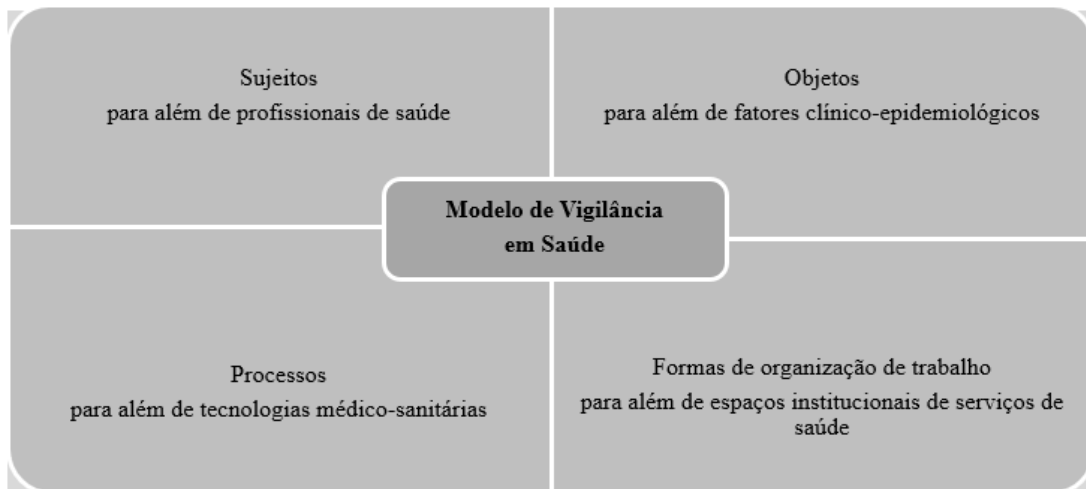
Fundamentada na experiência de Sistemas Locais de Saúde e baseada na epidemiologia, no planejamento e nas ciências sociais em saúde, a vigilância em saúde representou uma nova abordagem para a identificação dos problemas locais e de possibilidades de intervenção sobre as condições de vida da população, indo além do controle da doença, buscando uma

compreensão do estado de saúde e sua relação com e os determinantes sociais envolvidos no processo saúde-doença (PORTO, 2017; TEIXEIRA, 2006; TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

Instituída como política nacional, a vigilância em saúde abrange uma vasta e complexa área de atuação, incluindo a vigilância e o controle das doenças transmissíveis, vigilância das doenças e agravos não-transmissíveis, vigilância da situação de saúde, vigilância da saúde do trabalhador, vigilância sanitária e ambiental, pautando-se na rearticulação dessas áreas (BRASIL, 2018b).

Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998) esclarecem que essa rearticulação depende de movimentos complexos de revisão e incorporação de: i) sujeitos, para além de profissionais de saúde, envolvendo novos atores, como a população; ii) objetos, para além de fatores clínico-epidemiológicos, incluindo as determinações sociais que incidem de maneira diferente entre os grupos; iii) processos, indo além das tecnologias médico-sanitárias, incorporando tecnologias de comunicação social que possam promover mobilização e participação em ações promotoras de saúde; iv) novas formas de organização do trabalho, para além de espaços institucionais dos serviços de saúde, abarcando outros setores, formando redes de atuação intersetorial. A figura 2 apresenta o modelo de vigilância em saúde proposto pelos autores.

Figura 4 – Modelo de vigilância em saúde.



Fonte: Adaptado de Teixeira, Paim e Vilasbôas, 1998.

Oliveira e Cruz (2015) corroboram sobre a importância da incorporação de outros saberes e práticas à vigilância em saúde “produzindo e utilizando de forma compartilhada a informação e a comunicação, a fim de melhor instrumentalizar a intervenção” (p. 257).

A vigilância em saúde também pode ser entendida como estratégia de informação-decisão-ação, pois articula identificação e priorização de problemas ao desenvolvimento de ações que possam contribuir para a recuperação e reabilitação das condições de saúde de grupos específicos (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

A esse respeito, a Política Nacional de Vigilância em Saúde destaca a necessidade de priorização de pessoas em maior contexto de risco e vulnerabilidade, visando superar as desigualdades sociais e em saúde e promover equidade na atenção, por meio de melhorias nos níveis de prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2018b).

Além da equidade, o conhecimento do território é um outro princípio da vigilância em saúde (BRASIL, 2018b), correspondendo ao ponto de partida para o desencadeamento dos processos de planejamento e de intervenção (FARIA; BERTOLOZZI, 2009; FRANCO NETTO et al., 2017; PORTO, 2017).

Também estão entre os princípios da vigilância: universalidade; integralidade das ações com os demais serviços do SUS; cooperação e articulação intra e intersectorial, visando ampliar a atuação sobre os determinantes e condicionantes da saúde; participação da comunidade (BRASIL, 2018b).

Quanto ao princípio da participação, Faria e Bertolozzi (2009) e Franco Netto e colaboradores (2017) lembram que a vigilância é também uma função da sociedade, que deve ocupar lugar de protagonismo no processo coletivo de produção de ações em saúde.

Porto (2017, p.3157-58) afirma que essa abertura da vigilância à participação permite “a emergência de saberes e práticas emancipatórias para além de universalismos que invisibilizam alternativas em termos de outras sociabilidades, outras economias, outras formas de saber, sentir, trabalhar e produzir”.

Vale ressaltar que as práticas de vigilância em saúde também são norteadas pela perspectiva da promoção da saúde, que parte de uma concepção ampliada do processo saúde-doença e de seus determinantes, procurando integrar saberes técnicos e populares, bem como mobilizar recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para intervir nos problemas produzidos pelas condições de vida dos diferentes grupos (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

De acordo com a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2018d), a promoção da saúde articula diferentes políticas, estratégias e tecnologias que possam contribuir na produção de saúde, equidade e qualidade de vida, reduzindo as vulnerabilidades, desigualdades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais.

Para isso, adota como princípios a integralidade, equidade, intra e intersetorialidade, sustentabilidade, territorialidade, autonomia, participação e empoderamento (BRASIL, 2018d).

A integralidade produz um olhar ampliado sobre os processos de saúde e doença, na medida em que incorpora os determinantes dos modos de vida e saúde. A equidade busca reverter as desigualdades, relacionando as práticas e ações de promoção da saúde de acordo com as especificidades dos indivíduos e grupos. Intra e intersetorialidade podem ser traduzidas como a cooperação e articulação entre diferentes saberes, experiências e potencialidades de sujeitos, setores e segmentos da sociedade na construção de intervenções compartilhadas para a resolução de problemas e necessidades de saúde. O princípio da sustentabilidade tem o propósito de garantir a continuidade das ações, levando em conta o contexto no qual são desenvolvidas. A territorialidade deve considerar as singularidades e especificidades dos diferentes territórios no planejamento e desenvolvimento de ações de promoção da saúde. Autonomia, participação e empoderamento visam fortalecer o protagonismo da população para intervir na sua condição de saúde, atuando nos processos de

definição de prioridades, tomada de decisão, implementação e avaliação das iniciativas voltadas a melhorias na sua qualidade de vida e bem-estar. (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003; ARREAZA; MORAES, 2010; BRASIL, 2018d).

Os princípios que sustentam a promoção da saúde e a vigilância em saúde têm, em comum, a valorização de práticas de saúde que sejam desenvolvidas de maneira compartilhada e participativa, reconhecendo, ainda, que os modos de andar a vida vão além da possibilidade de escolha dos sujeitos, sendo condicionados e determinados pelo território em que vivem (BRASIL, 2018b,d).

Fundamentadas nessa perspectiva, diferentes experiências têm sido desenvolvidas com o propósito de operacionalizar ações de vigilância e promoção da saúde tendo a população no cerne do processo.

Citamos a vigilância comunitária em saúde, que corresponde a um modelo participativo de investigação, planejamento e intervenção territorial em saúde. Buscando incluir a comunidade nos processos de vigilância, a população é envolvida, de maneira ativa, na identificação de problemas que afetam sua saúde e condições de vida, bem como na discussão, planejamento e realização de ações que possam contribuir para a solução dos problemas, produzindo melhorias na saúde e bem-estar coletivo (BENZAKEN et al., 2007; NICARAGUA, 2011; COLOMBIA, 2014; BOGOTÁ, 2016).

Há também a vigilância popular em saúde, que busca aproximar conhecimento técnico-científico e popular na resolução de questões que representem riscos à saúde humana e ao ecossistema, advindas principalmente de grandes empreendimentos, como indústrias e empresas construídas no entorno de áreas mais vulneráveis ou de pequenas comunidades (ARJONA, 2017).

Uma outra terminologia, o modelo de vigilância civil da saúde, pensado por Victor Valla, na década de 1990, articula vigilância em saúde e participação popular, tendo a educação popular de Paulo Freire como fundamento. Com o intuito de estabelecer uma epidemiologia do cotidiano, por meio da articulação entre conhecimento científico e popular, o modelo busca, através da investigação participativa, construção compartilhada do conhecimento e ouvidoria coletiva, fazer com que as reivindicações populares tenham importância nos processos de gestão em saúde (SEVALHO, 2016).

Ainda que com algumas particularidades, todos esses modelos se entrelaçam em um mesmo propósito – a busca por uma horizontalidade de saberes e práticas que favoreça a mobilização social na produção de ações de saúde e na criação de territórios mais saudáveis.

Território

Diferentes autores referem-se, frequentemente, a dois termos: *território* e *espaço*. A esse respeito, a abordagem proposta por Lima (2016, p.27) é a de que: “território e espaço são face de uma mesma moeda ou, então, que são trama e urdidura”.

Ao discorrer sobre espaço – produto das relações sociais a partir das quais os homens transformam a natureza – e território – processo histórico de construção do lugar, baseado tanto em estruturas locais, que caracterizam a vida cotidiana, quanto em processos mais amplos da sociedade – o autor reflete sobre território enquanto espaço socialmente produzido (LIMA, 2016).

De acordo com Oliveira e Casanova (2009): “a vigilância da saúde necessita estar apoiada em três pilares fundamentais: território, problemas e práticas de saúde”. Ainda, segundo os autores, as ações de vigilância não devem seguir um modelo hierarquizado e descontextualizado, mas orientar-se a partir da realidade e das necessidades dos indivíduos e do território, por meio de estratégias, programas e políticas públicas que garantam a participação social na análise, planejamento e avaliação das ações.

O território ocupa, portanto, um lugar de protagonismo na vigilância em saúde, por meio da promoção da saúde e produção de equidade, permitindo o reconhecimento e análise das condições de vida e sua influência nos processos de saúde e doença das pessoas (BRASIL, 2008; FERNANDES, et al., 2017).

Desde o surgimento da saúde pública, o território tem sido cenário frequente de planejamento e intervenção por políticas de vigilância e atenção à saúde. Inicialmente, as ações no território traduziam-se, essencialmente, no levantamento de dados epidemiológicos para controle de doenças infectocontagiosas, sem vinculação a uma discussão mais profunda e crítica da relação entre a ocorrência das doenças e as características do ambiente (BOUSQUAT, 2001; MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Mais tarde, segundo Bousquat (2001) e Santinha (2013), a análise do território passou a incorporar a avaliação do acesso, distância e distribuição espacial dos serviços de saúde, equipamentos e profissionais, baseados na natureza geográfica local, com a intencionalidade de garantir assistência à saúde em todos os níveis, para todos os grupos e camadas sociais.

Em compensação, nas últimas décadas, a abordagem do território pelo setor saúde tem promovido um olhar mais contextualizado, atento para suas características, estruturas,

relações de produção, consumo e trabalho. A apropriação e articulação desses elementos permite uma leitura integral do espaço e da influência de sua organização sobre os processos de saúde e adoecimento da população (BARCELLOS, 2008; GADELHA et al., 2011; UNGLERT, 1994).

Para Junges e Barbiani (2013, p. 209), a evolução da noção de território, antes reduzida à observação de seus limites geográficos naturais ou impostos pelo Estado, permitiu alcançar sua compreensão enquanto: “espaço social, real e objetivo, atravessado por valores e significados culturais da subjetividade, não tendo limites definidos, por caracterizar-se por sua dimensão simbólica, não identificada com critérios territoriais administrativos”.

Nesse sentido, todo território é singular, dinâmico e permeado por vantagens e desvantagens, percebidas de maneiras distintas por seus residentes, a partir da interpretação que realizam quanto aos riscos, problemas, limitações e potencialidades do lugar (GOLDSTEIN; BARCELLOS, 2008; GONDIM et al., 2008; MAFRA et al., 2015; UNGLERT, 1994).

O geógrafo Milton Santos (1926-2001) é um dos principais contribuidores na reflexão e discussão sobre território (SAQUET; SILVA, 2008). Sua obra é amplamente utilizada na área da saúde, pois permite a compreensão da articulação dos processos de saúde com o espaço de vida das pessoas. Outra importante característica do seu trabalho é a crítica insistente ao modelo de globalização, defendendo que não há um território único e total, porém múltiplos espaços de globalização, e que um modelo hegemônico, ao privilegiar o mercado global, representa uma ameaça exploratória aos espaços de vida e reprodução social (CAMPOS, 2008; SANTOS 1994; SAQUET; SILVA, 2008).

Ao longo das obras de Milton Santos, o território é palco de diferentes reflexões (CAMPOS, 2008; SAQUET; SILVA, 2008). Entre elas, citamos: “O espaço é a síntese, sempre provisória, entre o conteúdo social e as formas espaciais” (SANTOS, 2006, p. 71), o que nos leva à compreensão de que o território que conhecemos resulta de um processo histórico em permanente transformação, de acordo com a ação humana e as estruturas e relações que ela produz (LIMA, 2016).

O território é, portanto, o lugar humano de vida e trabalho, sem definições fixas, moldado temporalmente, a partir das suas formas de ocupação, trabalho, produção, relações e condutas estabelecidas. É o espaço do homem vivendo em sociedade, com características próprias de organização. Nesse sentido, as pessoas; a infraestrutura construída; o meio ecológico, lugar de moradia e trabalho; as firmas, produtoras de bens, serviços e ideias; e as

instituições, produtoras de normas e ordens; todos esses são elementos que constituem o espaço social. O território é constituído também por ações, intencionalidades, relações de poder, identidade e afetividade (CAMPOS, 2008; LIMA, 2016; MONKEN et al., 2015; SAQUET; SILVA, 2008).

Assim, para Santos (2006), uma análise abrangente do território deve considerá-lo como um conjunto indissociável de sistemas de objetos naturais ou produzidos pelos indivíduos (fixos) e de ações de movimento e circulação de pessoas, produtos e ideias (fluxos). Nas reflexões do autor (1994), os objetos apresentam-se cada vez mais artificiais e técnicos, produzidos a partir de intenções que extrapolam as necessidades do espaço e das pessoas, atendendo a finalidades específicas. A identificação e conformação dos objetos, tanto naturais quanto produzidos, e das ações, a partir de sua distribuição, organização, utilização e renovação, constituem a representação da dinâmica social do espaço, revelando suas potencialidades e vulnerabilidades, capazes de contribuir para o alcance de um território promotor de equidade, cidadania e saúde (MONKEN; BARCELLOS, 2005; MONKEN et al., 2015; SAQUET; SILVA, 2008).

A ruptura com a ideia de espaço enquanto área geográfica limitada e definida pelo Estado é, certamente, defendida por Milton Santos, por ser uma lógica que desconsidera a compreensão ampliada de conformação e utilização do território. As relações dos indivíduos entre si e com o espaço é que permitem sua formação e transformação permanentemente. Assim, os elementos constitutivos do território estão em constante variação, em quantidade e qualidade, de acordo com os processos que alteram sua dinâmica. A articulação desses fatores resulta na produção de determinantes sociais que atuam de maneira concreta no modo de vida e nas condições de saúde das pessoas (BARCELLOS, 2008; JUNGES; BARBIANI, 2013; RIBEIRO; AGUIAR; ANDRADE, 2018).

Os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) compreendem os fatores e as características do território, capazes de influenciar nas condições de vida e, conseqüentemente, nos níveis de saúde dos indivíduos. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), criada em 2006, as características econômicas, sociais, culturais, étnicas, psicológicas e comportamentais compõem o grupo dos DSS. Assim, saneamento básico, habitação, alimentação, segurança, educação, saúde, assistência social, lazer, transporte, entre outros, são considerados como DSS (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Para a Organização Mundial de Saúde, poluição atmosférica por veículos e indústrias; degradação ambiental; acidentes de trânsito; ausência de espaços para lazer e esporte, com

impacto direto nos hábitos de vida e sedentarismo; mudança nos hábitos alimentares, com maior introdução de alimentos industrializados; acentuação de problemas sociais de violência; entre tantos outros, também determinam as condições de saúde e bem-estar da população (WHO, 2008).

A figura abaixo traz o modelo conceitual sobre os DSS:

Figura 5 - Modelo Conceitual de Determinantes Sociais de Saúde (DSS).



Fonte: Extraído de BUSS & PELLEGRINI FILHO, 2007.

De acordo com o modelo, existem determinantes ampliados, referentes a características sociais, econômicas e políticas que são independentes do local em que as pessoas vivem, e determinantes proximais, relacionados às condições de vida (habitação, saneamento, serviços públicos, alimentação) e de trabalho (ambiente de trabalho, desemprego) existentes localmente (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; WHO, 2008).

Tanto os determinantes ampliados quanto os proximais exercem influência no território e são capazes de provocar iniquidades na saúde e, além disso, a simples oferta dos DSS não é capaz de influenciar na saúde dos indivíduos, sendo dependente também, da qualidade e maneira como são ofertados. Dessa forma, o lugar em que se vive contribui para uma maior ou menor possibilidade de influência dos determinantes sociais e, nessa lógica, pessoas que habitam territórios negligenciados, possuem condições desfavoráveis em relação

aos determinantes e, conseqüentemente, aos níveis de saúde, constituindo um modelo de injustiça ambiental, no qual as disparidades econômicas e sociais produzem iniquidades e vulnerabilidades em saúde (JUNGES; BARBIANI, 2013; GALEA; VLAHOV, 2005).

A análise do território, a partir de uma visão ampla e contextualizada, permite o planejamento e a implementação de ações necessárias à modificação dos problemas que afetam o cotidiano da população, contribuindo para a redução das iniquidades em saúde, entendidas como evitáveis, injustas e desnecessárias, promovendo a criação e manutenção de territórios mais saudáveis (GONDIM et al., 2008; LIMA, 2016; PESSOA et al., 2013).

Além disso, favorece o engajamento e articulação de diversos atores, possibilitando que o planejamento e a tomada de decisão sejam conduzidos coletivamente, aumentando a capacidade de mobilização e de participação da população para enfrentamento das questões que impactam na sua saúde e qualidade de vida (MAFRA et al., 2015; SANTINHA, 2013; SANTOS; LIMA, 2017).

Mobilização social

A mobilização social constitui-se como um ponto indispensável para vigilância em saúde, que propõe a participação da população para intervir, acompanhar e controlar ações de saúde no território, fortalecendo a capacidade de organização e gestão local (FARIA; BERTOLOZZI, 2009; FERNANDES et al., 2017).

Segundo Henriques (2005, p.8): “Se tomarmos como base que a construção de uma democracia participativa exige ações de mobilização, esta passa a ser fundamental para o exercício da cidadania”.

Nessa perspectiva, a mobilização social é um processo democrático de convocação de vontades para um interesse público (TORO; WERNECK, 1996). Também, representa um processo político e cultural que sustenta uma ação coletiva motivada a transformar uma dada realidade (GOHN, 2008). E, ainda, um processo educativo, cujo propósito é a promoção da participação de pessoas, das mais diversas instituições e representações, incluindo também a população de maneira geral, na busca por um objetivo coletivo (PINTO JÚNIOR, 2018).

Por meio de um processo de mobilização, as pessoas podem reconhecer a existência de um problema em comum, estabelecer vínculo e se fortalecer como grupo, traçando objetivos comuns e se organizando para alcançá-los (HENRIQUES, 2013; HENRIQUES; MAFRA, 2006).

Para Toro e Werneck (1996), a mobilização social representa um ato voluntário, sendo dependente do quanto as pessoas se reconheçam responsáveis e capazes de agir para provocar mudanças.

A participação da comunidade é construída ao longo de um processo. Ela começa quando várias pessoas decidem compartilhar necessidades, aspirações e experiências com o objetivo de melhorar as suas condições de vida. Para isso, elas se encontram, organizam, identificam prioridades, dividem tarefas, definem metas e estratégias dentro dos recursos (financeiros, técnicos e humanos) existentes e os que podem ser obtidos por meio de parcerias (OPAS, 2002).

Um ato de mobilização social envolve certas dimensões que o estruturam enquanto processo. A primeira é a formulação de um ideal atrativo que promova um forte interesse coletivo em seu propósito, tanto entre os diretamente afetados, como entre os afetados indiretamente ou sensibilizados pela causa. Na segunda dimensão estão os atores promotores do ato e a capacidade que possuem para formular e compartilhar um imaginário, bem como o desempenho que empregam para alcançá-lo. O campo de atuação é a terceira dimensão, o que significa que a participação das pessoas em uma ação de mobilização social vai depender do quanto elas se sentem envolvidas a contribuir, a partir dos espaços em que estão inseridas em seu cotidiano. A quarta dimensão é a da coletivização, quando as pessoas sentem que a dedicação com que tem trabalhado é a mesma daquelas que ocupam posições semelhantes a sua, gerando uma sensação de equilíbrio quanto ao esforço empreendido. A última dimensão envolve o acompanhamento dos resultados, por meio de critérios e indicadores definidos coletivamente, permitindo a todos os envolvidos avaliar em que medida os objetivos que foram traçados estão sendo alcançados (TORO; WERNECK, 1996).

Pinto Júnior (2018) acrescenta a necessidade de três elementos: empoderamento, irradiação e convergência. Empoderamento, nas palavras do autor, significa “tirar das mãos de poucos e colocar nas de muitos”, ampliando a participação ativa das pessoas no processo. A irradiação considera a abrangência quantitativa, a pluralidade na participação e o fortalecimento da organização. E, como convergência, a união de esforços, independentemente de outros interesses ou diferenças, para um objetivo comum.

Posto isto, é preciso que se comente sobre o desafio dos processos de mobilização social. Convocar vontades e mobilizar atores são ações que devem ser desenvolvidas e fortalecidas em contextos frequentemente marcados por ideias e interesses distintos, ausência de engajamento e de co-responsabilização das pessoas frente a problemas coletivos, seja de um território definido, seja de proporção mais ampliada. Outro desafio é impedir que a mobilização seja confundida, como comumente acontece, com eventos ou campanhas de

massa, tampouco com grandes manifestações, já que esses não são capazes de, isoladamente, gerar mudanças concretas e permanentes (COEP, 2016; HENRIQUES, 2005, 2013; MAFRA, 2010; PINTO JÚNIOR, 2018).

Historicamente construídos, processos de mobilização social são promotores e legitimadores de movimentos democráticos cujo objetivo é a emancipação da população para controle e uso de recursos e meios necessários a ações de transformação social (DEMO, 2008; HENRIQUES, 2012; MAFRA, 2010; OPAS, 2002).

No cerne dos processos de mobilização social está, portanto, a participação, tanto como fio condutor, quanto como meta a ser alcançada (GOHN, 2008; PINTO JÚNIOR, 2018; TORO; WERNECK, 1996).

Na discussão do que vem a ser participação, Travassos (2016) contribui com uma ponderação sobre participação social e participação popular.

A participação social orienta as variadas formas de participação política nos espaços decisórios, como conferências, conselhos, ouvidorias, audiências públicas. Enquanto a participação popular é fruto de movimentos próprios das classes populares, marcada por uma dimensão pedagógica de formar para a prática da cidadania, da luta da população pela garantia de seus direitos (TRAVASSOS, 2016).

Para Brose (2001), a participação deve ser entendida como uma garantia dada a todas as pessoas de conhecer, participar, discutir, acompanhar e avaliar uma política, projeto, pesquisa ou qualquer outra atividade de interesse público. Para isso, é essencial que todas as pessoas: sintam-se envolvidas do início ao fim; considerem receber informações suficientes sobre o assunto e que todas as suas dúvidas são esclarecidas; percebam ter as mesmas chances de participação; tenham liberdade para opinar e decidir sobre a agenda de trabalho estabelecida; sintam que sua opinião e participação são consideradas.

A participação também é um dos princípios da pesquisa participante que, fundamentada em dimensões políticas e pedagógicas, busca suscitar o envolvimento e a organização popular para a discussão de seus problemas e reivindicações de melhores condições de vida e de saúde (BRANDÃO; BORGES, 2007; BRASIL, 2014b; STRECK, 2006; WANDERLEY, 1984).

Demo (2009) define-a como uma conquista – e não uma dádiva – alcançada progressivamente por meio de um processo permanente, tendo como objetivo a auto ou, pelo menos, co-gestão dos sujeitos sobre seus próprios interesses.

Participar não é uma questão simples, desprovida de interesses. Pelo contrário. Participação requer compromisso e envolvimento. Não exige que as pessoas estejam fisicamente juntas. Importa, na verdade, que elas estejam unidas por objetivos e ideais comuns, orientados para uma ação capaz de provocar impactos positivos em seu cotidiano de vida. Também é uma forma de romper com a hierarquização do poder e de efetivação de cidadania, a partir da tomada de consciência das situações de injustiça, luta por direitos e do envolvimento em ações que busquem transformar a realidade (DEMO, 2009; HENRIQUES, 2012, 2013).

Comunicação e saúde e o suporte das TICs

A Comunicação e Saúde refere-se a um campo que, de acordo com Araújo e Cardoso (2007), busca romper com a ideia da comunicação como um conjunto de instrumentos a serviço da saúde, produzindo uma interface entre esses dois saberes.

Essa interface é potente para a construção de “práticas comunicativas que produzem os sentidos sociais, possibilitando e determinando os processos de apropriação da realidade que marcam e definem uma prática social” (ARAÚJO; CARDOSO, 2007, p.119-120).

Cardoso e Rocha (2018) também advogam que a interface entre comunicação e saúde permite que a prática comunicativa, ao invés de preocupada apenas com suas formas mais visíveis – gramáticas e usos sociais, nas palavras dos autores –, esteja mais atenta para o movimento de produção, circulação e apropriação de sentidos sobre a vida e os acontecimentos ao seu redor.

Nessa perspectiva, podemos dizer que a potência da Comunicação e Saúde está na capacidade de estabelecer diálogo com o outro, o que Mafra (2006) coloca como uma comunicação a partir de uma “perspectiva relacional”, reconhecendo que as pessoas não são meros destinatários, mas interlocutoras, ampliando seu direito de falar e ser ouvido e estimulando seu protagonismo no processo comunicativo.

Para isso, é preciso identificar e considerar o contexto dos interlocutores, seus conhecimentos prévios, expectativas, garantir o direito à palavra e fortalecer a voz daqueles que se encontram em posições inferiores, desconcentrando o poder no processo comunicativo (ARAÚJO; 2009; ARAÚJO; CARDOSO, 2007). Sobre esse último, é necessário garantir a produção do que Henriques (2012) define como “estruturas mobilizadoras horizontais”, onde a circulação de informações acontece de forma igualitária entre os envolvidos, contribuindo

para a criação de um espaço que contemple “a maior diversidade possível de vozes (...) privilegiando o direito humano de comunicar para além do simples acesso à informação, num processo necessariamente dialógico e participativo” (CARDOSO; ROCHA, 2018, p. 1876).

Cavalcanti e Neto (2014, p.132) afirmam que a comunicação é, em si um, um ato de participação “sempre que o sentido da comunicação envolve um aspecto da construção da vida em sociedade, especialmente quando coloca em questão os processos decisórios em torno das políticas públicas”.

Também podemos aproximar a comunicação dos princípios do SUS de universalidade, afirmando a comunicação como um direito de todos; equidade, reconhecendo a necessidade de contextualizar cada caso, respeitando as diferenças e particularidades; integralidade, articulando os espaços de produção, circulação e apropriação de conhecimentos e outros bens simbólicos (ideias, opiniões, sentimentos) (ARAÚJO; CARDOSO, 2007; MARIA, 2014).

Valorização da pluralidade, diminuição de assimetrias e reconhecimento de que as pessoas possuem conhecimentos pertinentes ao seu próprio desenvolvimento são questões caras à Comunicação e Saúde, que precisa ser capaz de estabelecer diálogo, interação e troca, rompendo com o isolamento e produzindo encontros sociais verdadeiros (ARAÚJO; CARDOSO, 2007; MARIA, 2014; CARDOSO; ROCHA, 2018).

Para alcançar esse propósito, as informações que compõem as práticas comunicativas em saúde devem, de forma qualificada, alcançar todos os interessados e envolvidos, permitindo que o conhecimento produzido possa circular da melhor e mais completa maneira, valorizando a participação, subsidiando a tomada de decisão e avaliação (ARAÚJO; CARDOSO, 2007; EMERICH et al., 2016; HENRIQUES; MAFRA, 2006; OLIVEIRA; LIMA, 2013;).

Ao ressaltar a importância da informação qualificada, Henriques (2005, p. 10) explica que essa deve ser clara, objetiva e prática, sem caráter ou jargões técnicos, pois dessa forma “permite aos sujeitos saber o que fazer e como se posicionar dentro do movimento ou projeto”.

A depender de questões como essas, processos comunicativos podem dificultar a participação – quando se limitam ao modelo transmissor-informação-receptor, cabendo a esse último apenas receber e acatar o conteúdo que lhe foi destinado. Muito utilizado em informativos e campanhas de saúde, esse modelo possui, entre outras, duas características marcantes: linearidade, percorrendo um processo que desconsidera variáveis (culturais, sociais, econômicas, afetivas) e unidirecionalidade, sendo a comunicação em apenas em um

sentido, silenciando as demais vozes e impedindo a possibilidade do *feedback* (ARAÚJO; CARDOSO, 2007; MUZI; CLÉBICAR, 2014; MARIA; 2014).

Em contrapartida, se conseguem romper com essa forma historicamente utilizada, reconhecendo as múltiplas vozes na relação comunicativa como detentoras e produtoras de conhecimento, processos comunicativos tornam-se capazes de produzir espaços de interlocução, abertura à circulação de saberes e práticas e um novo olhar sobre os processos sociais de produção da saúde (ARAÚJO, 2009; ARAÚJO; CARDOSO, 2007; CORIOLANO-MARINUS et al., 2014).

A interface entre comunicação e saúde – explorada todas as suas potencialidades – é, portanto, um meio de intensificar a autonomia, participação e co-responsabilização das pessoas na produção de práticas em saúde, contribuindo para a construção de novas alternativas de prevenção, promoção e cuidado (ARAÚJO; CARDOSO, 2007; CORIOLANO-MARINUS et al., 2014; EMERICH et al., 2016).

Também adquire centralidade no campo da vigilância em saúde, no qual a participação da população é um princípio que visa ampliar sua autonomia, emancipação e envolvimento na construção de práticas sanitárias, por meio do acesso à informação, inclusão em programas de capacitação em vigilância e apoio na produção de ações de proteção e promoção da saúde, observando-se as demandas locais (BRASIL, 2018b).

As Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) também podem auxiliar nesses processos que envolvem vigilância em saúde e participação, apontando novas possibilidades de organização, inclusão e interação social (CARLOTTO; DINIS, 2018).

O computador, o tablet, o celular, a internet, a TV digital, entre outros, são exemplos de TICs que descortinaram uma nova era tecnológica e social, com profundas mudanças no mundo das comunicações, renovando as formas de receber, interpretar, produzir e transmitir informações (TUBELLA, 2005; MUZI; CLÉBICAR, 2014; BUGS; REIS, 2017; CASTEL, 2018).

Ao passo que possibilitam novas formas de abertura, flexibilidade e interação, as TICs também se revelam potentes na construção de novos conhecimentos, numa perspectiva criativa e transformadora (SCHALL; MODENA, 2005; BENTO; MODENA; CABRAL, 2018).

O uso das TICs, segundo Tubella (2005), também permitiu ir além do papel de coesão e representação desempenhados pelo rádio e pela TV, alcançando um movimento mais dinâmico que envolve a ação coletiva e cooperativa.

Se o computador marcou o ingresso das TICs na sociedade, foi a internet que, sem dúvida, possibilitou a democratização da comunicação e o acesso à informação, tanto em nível local como global (CASTELLS, 2012; MUZI; CLÉBICAR, 2014).

Numa velocidade superior a do rádio, da televisão e do computador pessoal, a internet alcançou grande parte da população mundial, possibilitando que as pessoas passassem a interagir de maneira instantânea, independentemente da distância, e a se comunicar amplamente, independentemente do número de pessoas envolvidas, deixando de ser apenas receptoras da informação, assim como acontece nos meios de comunicação por difusão, como, por exemplo, o rádio e a TV, assumindo um lugar de protagonismo nos espaços de produção e circulação do conhecimento (TUBELLA, 2005; PRETTO; PINTO, 2006; CAVALCANTI; NETO, 2014).

Dessa forma, em um mundo cada vez mais conectado, inclusive os países mais pobres, a internet permite participação, multiplicidade e horizontalidade nos processos comunicativos (TUBELLA, 2005; PRETTO; PINTO, 2006; CASTELLS, 2012; MUZI; CLÉBICAR, 2014).

A esse respeito, Cavalcanti e Neto (2014) ressaltam que, no plano da comunicação, a internet possibilita que o modelo “um–todos”, no qual poucos concentram os recursos necessários para conseguir alcançar muitos (também podemos definir como modelo de comunicação em massa), seja confrontado por um modelo “todos–todos”, onde a comunicação envolve uma rede de conversação, circulação de opinião e debate, possibilitando que múltiplos atores, além de se apropriar, também possam compartilhar conhecimentos e informações.

Castells (2012) utiliza o termo "comunicação horizontal. Ou seja, não mais aquela que vai de um a muitos — e sim a que vai de muitos a muitos. Com cada um emitindo e selecionando suas próprias mensagens a partir da internet”.

Mantendo essa perspectiva, da importância das TICs em processos comunicativos, autores como Carlotto e Dinis (2018) e Katz, Rice e Acord (2005) chamam a atenção quanto à aplicação dessas no campo da saúde, contribuindo para o estabelecimento de práticas de promoção, atenção e cuidado.

Katz, Rice e Acord (2005) citam tecnologias associadas à internet (*sites* institucionais, *sites* médicos, tutoriais, e-mail, celular) como capazes de permitir a disseminação de informações de saúde e a prestação de cuidados.

Carlotto e Dinis (2018) mencionam, ainda, as plataformas de mídia social (*Twitter*, *Facebook*, *YouTube* e *Instagram*) como ferramentas para ações de educação, promoção da

saúde, participação e desenvolvimento comunitário. Diante da menção feita por essas autoras, convém lembrar que a Proposta de Vigilância em Saúde de base territorial é desenvolvida por uma plataforma *on-line*.

Grau de inovação, conveniência e qualidade das informações, capacidade de aceitação e inclusão, facilidade de uso, garantia de segurança e privacidade dos dados, são exemplos de requisitos que podem auxiliar na escolha e uso de TICs para a produção de práticas em saúde (PRETTO; PINTO, 2006; CARLOTTO; DINIS, 2018).

3.4 A Proposta de Vigilância em Saúde de base territorial

Ainda que enfatizada no âmbito normativo-organizacional da vigilância em saúde, e constituir um dos princípios que norteiam a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2018d), a participação da população em ações territorializadas de vigilância é um processo que ainda vem sendo construído.

A literatura nos permite conhecer diferentes iniciativas que têm o propósito de responder a essa demanda (BENZAKEN et al., 2007; CASTRO et al., 2008; NICARAGUA, 2011; COLOMBIA, 2014; BOGOTÁ, 2016; SEVALHO, 2016), aproximando as discussões teóricas da vigilância e da promoção em saúde ao contexto e território de vida das pessoas.

A Proposta aqui apresentada alinha-se a essas iniciativas, buscando estimular e fortalecer o protagonismo da população e sua ampla participação no enfrentamento da dengue, zika, chikungunya, e no controle do *Aedes aegypti*.

A escolha pela escola, como forma de acesso ao território e divulgação da Proposta, baseou-se no fato de que se trata de uma instituição aberta à comunidade local e com funcionamento, praticamente, durante todo o ano.

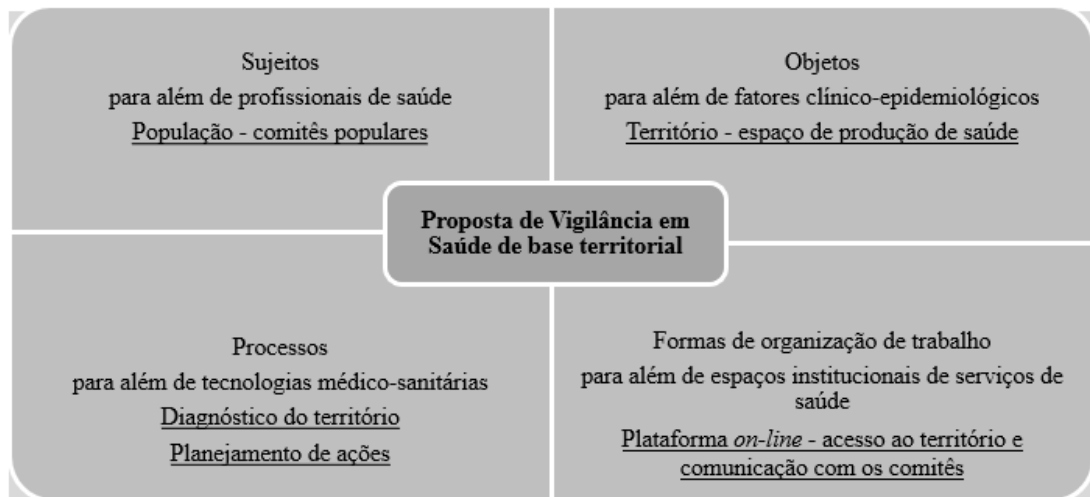
Além disso, também foi uma forma de desenvolver um trabalho intersetorial, envolvendo a educação e, também, reduzindo a sobrecarga do setor saúde.

O modelo de organização da Proposta possui uma estreita relação com o modelo de vigilância em saúde apresentado por Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998).

Como novos sujeitos, a Proposta envolveu a população, por meio da formação de comitês populares. Como novo objeto, a inclusão do território, reconhecendo sua importância na determinação social da saúde. Como novo processo, a Proposta incorporou o trabalho produzido pelos comitês, de maneira coletiva no território. E, como nova forma de

organização do trabalho, a plataforma *on-line*, instrumento através do qual pretende-se organizar os comitês nos territórios.

Figura 6 – Modelo de organização da Proposta, segundo o modelo de vigilância em saúde.



Fonte: Adaptado de Teixeira, Paim e Vilasbôas, 1998.

Trata-se de um modelo de organização que também privilegia o desenvolvimento de ações de promoção da saúde que, em suas dimensões conceitual e metodológica, busca contribuir para a adoção de práticas sociais e de saúde centradas na equidade, participação e no reconhecimento do contexto local, a fim de reduzir as desigualdades e favorecer a construção de ambientes saudáveis (BRASIL, 2018d).

Na dimensão conceitual da promoção da saúde estão os princípios, premissas e conceitos que fundamentam o seu campo. Na metodológica, suas práticas, estratégias e formas de intervenção (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

A comunicação em saúde – entendida como um meio de intensificar a autonomia, participação e co-responsabilização das pessoas na produção de práticas em saúde (ARAÚJO; CARDOSO, 2007) – e as TICs também reforçaram a Proposta, com destaque para a criação e uso de uma plataforma *on-line*.

Essa foi uma estratégia pensada para possibilitar ampliar o alcance da Proposta, permitindo o trabalho em todo o estado de MG, e garantir, com a inclusão de tutores na ferramenta, o diálogo e a troca de conhecimento e informações com os comitês populares constituídos nos mais diferentes territórios mineiros.

Todas essas questões reforçam a necessidade de analisar o modelo de organização da Proposta, buscando compreender sua contribuição para a mobilização e participação da população em ações voltadas à criação de territórios mais favoráveis à saúde e à vida.

4. METODOLOGIA

A Proposta de Vigilância em Saúde, de base territorial, visando ao fortalecimento da mobilização social para o enfrentamento da dengue, zika, chikungunya e controle do *Aedes aegypti* em Minas Gerais, corresponde a uma pesquisa-ação que, conforme Thiollent e Silva (2007), fundamenta-se em um processo de interação entre pesquisador e participante, com o propósito de intervir em um determinado problema.

Esse tipo de pesquisa é útil quando se busca fomentar e promover a participação da população, considerando as diversas formas e graus de intensidade de envolvimento, com vistas a promover ações conjuntas voltadas a um processo de transformação social (THIOLLENT; SILVA, 2007).

A pesquisa aqui apresentada, que analisa o modelo de organização da Proposta, é um estudo de caráter exploratório.

Segundo Gil (2008), o estudo exploratório tem o objetivo de possibilitar uma compreensão mais ampliada acerca de um determinado fato ainda pouco explorado – nesse caso, o modelo de organização da Proposta – constituindo-se como uma primeira etapa de uma investigação mais ampla.

4.1 Local da pesquisa

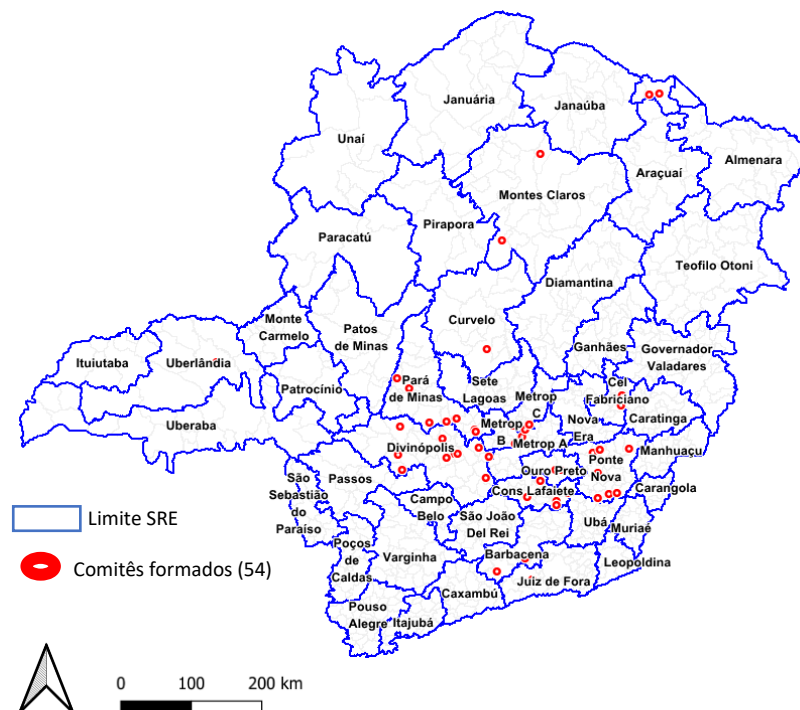
Minas Gerais possui 853 municípios e uma população estimada de 21.168.791 habitantes (IBGE, 2019).

Em relação à rede de ensino, o estado possui 16.549 escolas. Dessas, 4.015 são privadas, 74 federais, 8.817 municipais e 3.643 pertencem à rede pública estadual (MINAS GERAIS, 2016). A Secretaria de Estado de Educação (SEE) é formada por 47 Superintendências Regionais de Ensino (SRE) abrangendo 852 municípios. Em todo o estado, apenas o município Serra da Saudade, com pouco mais de 800 habitantes, não possui escola estadual.

A pesquisa envolveu 43 municípios mineiros (Tabela 1) que possuíam, em seus territórios, escolas estaduais que aceitaram participar da Proposta e que constituíram comitês populares.

Conforme mencionado, 54 comitês já foram formados e a figura 3 apresenta sua localização, de acordo com o município de origem da escola.

Figura 7 – Mapa de Minas Gerais com a localização dos comitês formados para a Proposta de Vigilância em Saúde de base territorial, de acordo com a SRE, setembro de 2019.



4.2 Percorso metodológico

O percurso metodológico proposto para contemplar cada um dos objetivos específicos está apresentado a seguir.

4.2.1 Análise da forma de gestão e condução da Proposta

A análise foi baseada nas atividades preconizadas para os diferentes atores envolvidos na condução da Proposta: GG, SRE, escolas e tutores.

O cronograma do Grupo Gestor, com reuniões mensais durante todo o primeiro ano da Proposta, bimensais no segundo, e trimestrais no terceiro e quarto ano, também foi analisado.

A análise teve como fontes: registros realizados em reuniões presenciais do GG; registros de reuniões por videoconferência, contatos por e-mail e telefone.

4.2.2 Análise da contribuição da plataforma *on-line* para o modelo de organização da Proposta

Buscando atender à necessidade de comunicação, disseminação, troca de conhecimento e informação, considerando, ainda, a dimensão metodológica da promoção da saúde, que orienta quanto à imprescindibilidade do emprego de estratégias de intervenção visando à produção de ações de saúde no território, uma plataforma *on-line* foi criada como principal estratégia de comunicação e participação na Proposta.

A plataforma foi idealizada a partir de questões operacionais e de um processo de avaliação da qualidade da informação para a composição de seu acervo.

O processo de elaboração da plataforma

O processo de elaboração da plataforma considerou questões operacionais como: 1) facilidade para usuários de diversos níveis de conhecimento na área de informática; 2) garantia de acesso por diferentes tipos/velocidades de internet; 3) capacidade de armazenamento de material educativo em formato de texto, apresentação de slides e vídeos com acesso direto pela plataforma; 4) interatividade, com espaço para tutoria e compartilhamento de documentos e imagens; 5) geração de banco de dados para monitoramento de acessos.

Além disso, o processo de elaboração da plataforma procurou abarcar conteúdos e informações que permitissem um entendimento ampliado sobre a Proposta: apresentação e objetivos do projeto; relação das instituições envolvidas (IRR, SEE-MG, SES-MG e ESP-MG); contextualização das doenças como problemas de saúde pública; importância do envolvimento da população, por meio da criação de comitês populares; orientações e

conteúdo formativo para atuação do comitê no território; espaço para interação e diálogo entre tutores e participantes da Proposta.

Constituição da equipe de tutores

A incorporação de tutores na plataforma foi uma alternativa criada para possibilitar a comunicação contínua com os comitês populares.

Todos os tutores eram vinculados ao IRR e faziam parte da equipe de pesquisa.

A Proposta contou com cinco tutores, sendo duas estudantes de mestrado, uma estudante de doutorado e duas bolsistas da instituição (mestre e doutora).

Para alinhamento do trabalho de tutoria, foram realizadas diversas reuniões do GG. Esses encontros foram proveitosos para o levantamento do papel do tutor e das expectativas em relação a sua atuação junto aos comitês.

Como resultado dessas discussões, o papel dos tutores seria o de atuar como referência para os participantes dos comitês, orientando sobre os objetivos da Proposta, importância do processo formativo, organização e desenvolvimento das ações no território.

Todo o trabalho deveria ser realizado de maneira coletiva pelos tutores e discutido com o GG.

O processo de composição do acervo da plataforma

O processo de composição do acervo iniciou-se pela definição de temas identificados como capazes de contemplar as diversas abordagens previstas para a formação e atuação dos comitês: *doenças e vetor* (descrição, sinais e sintomas, características do vetor, formas de proliferação e de eliminação); conceito de *território* e sua influência no processo saúde-doença; *diagnóstico do território* – condições de vida e situação de saúde, considerando as características, problemas e potencialidades do território para a saúde da população e para a proliferação do vetor responsável pela transmissão das doenças – incluindo técnicas e instrumentos para sua realização; elaboração de *planos de ação*; importância da *participação popular* na implementação de ações locais.

Levantamento e análise dos materiais

A seleção dos materiais foi iniciada pelo tema relacionado às *doenças e ao vetor*. Foi realizado um levantamento *on-line* entre os meses de abril a junho de 2016, utilizando-se como termos de busca: “dengue”, “chikungunya”, “zika” e “*Aedes aegypti*”. A pesquisa foi realizada no *site* da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Ministério da Saúde (MS), Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) e Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). Foram selecionados materiais educativos diversos, tais como vídeos, cartilhas, materiais infográficos, jogos, videoaulas, debates e entrevistas. O acesso ao material selecionado, frequentemente, recomendava a leitura de outros materiais, principalmente no caso de vídeos, direcionando a pesquisa para o site de compartilhamento de vídeos *Youtube*.

Dos 53 materiais levantados, 35 (66,0%) foram identificados como materiais educativos, ou seja, cujo conteúdo e formato de apresentação contribuíssem no processo de aprendizagem e discussão dos participantes (BANDEIRA, 2018). O restante não foi incluído na análise por se tratar de manuais técnicos, livros, reportagens e divulgação de curso *on-line*.

A análise dos materiais que comporiam o acervo da plataforma virtual foi baseada na avaliação da qualidade da informação adaptada da proposta metodológica desenvolvida pelo Laboratório Internet Saúde e Sociedade (LAISS), da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP- Fiocruz), para avaliação da informação sobre dengue, disponibilizada em sites da internet (NETO; PAOLUCCI, 2014). O grupo propõe a adoção de cinco critérios para avaliação: técnico, acurácia, legibilidade, interatividade e abrangência.

A opção por essa metodologia foi fundamentada pela adequação entre o objeto de investigação a que ela foi aplicada – avaliação da qualidade da informação em sites sobre dengue (NETO; PAOLUCCI, 2014) – e o objetivo da Proposta de Vigilância em Saúde de base territorial: avaliar materiais educativos sobre dengue, chikungunya e zika para composição do acervo da plataforma *on-line*.

Ainda que o objeto de investigação do grupo do LAISS tenha sido sites, entendemos que os critérios técnico, acurácia e legibilidade poderiam ser adaptados para avaliação de outros veículos de informação, tais como materiais impressos e audiovisuais.

O quadro 1 apresenta a definição dos critérios técnico, acurácia e legibilidade, utilizados pelo grupo LAISS, e a forma como empregamos/adaptamos para seleção do acervo da plataforma *on-line* da Proposta.

Quadro 1 – Critérios para avaliação da qualidade da informação utilizados na etapa de seleção do acervo da plataforma *on-line* da Proposta de Vigilância em Saúde de base territorial, julho de 2016.

Critério	Utilização pelo grupo LAISS	Aplicação no estudo
Técnico	Maneira como a informação foi disponibilizada, incluindo a responsabilidade pela informação oferecida, a existência de datas de criação e de atualização do material, existência de propagandas.	Inclusão no acervo apenas de materiais que apresentassem informações sobre a fonte, autoria ou de responsabilidade pelas informações.
Acurácia	Grau de concordância entre a informação oferecida e a melhor evidência ou prática em saúde geralmente aceita. Outros termos também podem ser aplicados, como “confiabilidade” ou “convencionalidade da informação.	Adaptado para o estudo, permitindo também a análise da “atualidade da informação”, devido ao fato de zika e chikungunya representarem discussões mais recentes e que, portanto, não eram contempladas em materiais mais antigos.
Legibilidade	Capacidade de compreensão da informação por diferentes grupos: profissionais de saúde, profissionais de outras áreas, estudantes, pessoas com pouca educação formal, pessoas diretamente afetadas/envolvidas pelo assunto	Adaptado para o estudo, tendo como referência o perfil dos comitês populares, levando à observação de questões como: linguagem utilizada, clareza da informação e tempo de duração, no caso de vídeo.

Fonte: Adaptado do trabalho de Neto e Paolucci, 2014.

Além do processo de elaboração e da composição do acervo da plataforma, o banco de dados gerado pela ferramenta também permitiu analisar a participação dos comitês na Proposta, em especial do coordenador do comitê.

4.2.3 Análise da atuação dos comitês populares formados a partir da Proposta

Em um primeiro momento, a partir do cadastro realizado na plataforma *on-line*, realizamos um levantamento e análise da caracterização dos comitês, por meio de informações como: tamanho do comitê, composição e perfil dos integrantes, de acordo com sexo, faixa etária, escolaridade e sua relação com o território de desenvolvimento da Proposta.

A atuação dos comitês no território envolvia a definição do território, realização de um diagnóstico do local e a elaboração de planos de ação. Tais produtos foram analisados, tendo como referência o conteúdo disponibilizado na plataforma e o suporte oferecido pelos tutores durante o desenvolvimento dos trabalhos.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto René Rachou (IRR) (Parecer 2.402.946).

5. RESULTADOS

5.1 Análise da forma de gestão e condução da Proposta

Grupo Gestor

Pelo IRR e ESP-MG, os atores envolvidos no GG permaneceram durante toda a Proposta, o que facilitou a discussão dentro dessas instituições.

Na SEE-MG, apesar do interesse contínuo pela Proposta, os atores envolvidos foram substituídos por algumas vezes. No total, nove pessoas participaram em algum momento das reuniões do GG, duas delas de maneira mais contínua. Isso se deveu ao entendimento de que um setor específico – Coordenação de Educação Integral e Integrada – deveria ser o responsável pela representação na Secretaria e, portanto, compor o GG. Com isso, quando os servidores do referido setor eram remanejados, era preciso identificar novos atores e organizar uma agenda para apresentação da Proposta, abordando desde o contexto de sua elaboração, fundamentos, processo de implantação e resultados já alcançados, para, então, rediscutir e revalidar a forma de condução junto à SEE-MG. Contudo, essa não foi uma barreira para o desenvolvimento da Proposta. Ao contrário, todos os atores envolvidos por parte da instituição, ainda que por um breve período, foram unânimes quanto a sua relevância e da participação do setor educação.

Assim, como ocorreu na SEE-MG, a SES-MG também passou por diversas mudanças quanto aos atores – vinculados à Subsecretaria de Vigilância à Saúde e ao Programa Estadual de Controle das Doenças Transmitidas pelo *Aedes* – que participavam do GG. Ao todo, foram sete pessoas que representaram o setor saúde em diferentes encontros. Entretanto, diferente da SEE-MG, no setor saúde não foi possível contar com uma participação contínua. Na maioria das reuniões de discussão, apresentação de resultados e definição de novas ações, a SEE-MG não conseguiu estar presente.

Conforme já citado, foram planejadas reuniões do GG ao longo do desenvolvimento da Proposta, sendo mensais durante o primeiro ano, bimensais no segundo e trimestrais no terceiro e quarto ano.

No primeiro ano, o GG conseguiu se reunir sete vezes. Porém, a SES-MG participou de apenas três reuniões.

No segundo ano, foram realizadas três reuniões. A SES-MG não esteve presente em uma delas.

No terceiro ano de desenvolvimento da Proposta, das duas reuniões realizadas, a SEE-MG não conseguiu participar de uma.

Já no quarto ano, o GG teve uma reunião que contou com a participação do IRR e SEE-MG.

Em relação à SES-MG, o cenário epidemiológico do Estado fez com que a atenção estivesse dirigida para outras questões, como, por exemplo, suporte aos municípios na capacitação técnica dos profissionais, orientações quanto ao manejo dos casos, acompanhamento das notificações, divulgação e comunicação com a mídia, entre outros.

De maneira geral, pode-se dizer que o GG cumpriu com o que havia estabelecido como atribuição, principalmente no que se refere ao acompanhamento da Proposta nos territórios, análise do contexto epidemiológico e captação de recursos financeiros. Sobre esse último, o GG conseguiu, através de um projeto de emenda parlamentar, obter recursos financeiros para contratação de bolsistas para suporte tecnológico na reformulação da plataforma *on-line* e, também, de uma empresa especializada na criação de vídeos animados explicativos para o conteúdo do processo formativo dos comitês.

Quanto à organização e formação dos comitês, o GG contou com os tutores da plataforma durante todo o processo.

Já em relação à identificação das demandas e suporte ao trabalho nos territórios, esses ainda são pontos a serem observados pelo GG, na medida em que os comitês avancarem nessa direção.

SRE

Às superintendências, a Proposta de Vigilância em Saúde de base territorial foi apresentada em 2016, em uma videoconferência realizada no mês de julho, conduzida por parte do GG (SEE-MG e IRR). Na ocasião, além do envio de informações referentes à Proposta, contatos de e-mail e telefônico também foram disponibilizados. Além disso, foi sugerida a indicação de um representante na superintendência para coordenação regional da Proposta e articulação tanto com as escolas, como com o GG. Assim, sempre que fosse preciso entrar em contato para enviar ou solicitar alguma informação, a procura seria pelo coordenador regional.

Na prática, porém, a atuação do coordenador regional e das SRE ocorreu de forma muito passiva, dificultando uma maior articulação, tanto com o GG, quanto com as escolas.

A esse respeito, foram várias as tentativas do GG, no intuito de melhorar a comunicação e tentar promover um envolvimento mais concreto.

Em setembro e novembro de 2017, foram elaborados e enviados informes às superintendências participantes, cujo conteúdo abordava: relação e localização das escolas participantes, principais dúvidas das escolas e respectivos esclarecimentos, resultados parciais alcançados pela Proposta. Além do envio dos informes por e-mail, os tutores entraram em contato também por telefone nas superintendências. A SEE-MG também se envolveu nessa ação, solicitando a leitura do informe e reforço da comunicação das SRE com as escolas. A ideia era de promover uma maior aproximação das SRE com a Proposta. Entre os comitês formados, três resultaram, provavelmente, desse movimento de diálogo e articulação com as superintendências: dois na SRE de Divinópolis (município de Divinópolis e Iguatama) e um na SRE de Conselheiro Lafaiete (município de Ouro Branco).

Além dos informes, em setembro de 2018, a videoconferência com as SRE, dessa vez ampliada às 47 de MG, retomou os objetivos da Proposta, apresentou o andamento em cada uma delas e buscou discutir coletivamente novas formas de mobilização para o trabalho nos territórios.

Também houve um forte incentivo para que as SRE conhecessem e utilizassem a plataforma, na tentativa de uma maior compreensão e aproximação para o acompanhamento dos trabalhos. No entanto, apenas a SRE de Montes Claros acessou de maneira significativa, com 31 acessos, quando comparada a segunda SRE em número de acessos: Conselheiro Lafaiete, com sete visitas à plataforma.

Os resultados alcançados foram pontuais, tanto no número de coordenadores mobilizados, quanto no período em que esses atuaram mais ativamente junto às escolas.

Escolas Estaduais

A atuação das escolas na Proposta envolvia a mobilização da população para a formação do comitê, a indicação de um coordenador e disponibilização de espaço físico para a realização de reuniões e atividades. Os diretores das escolas foram os atores envolvidos na articulação dessas ações. Era deles que deveria partir a divulgação e o convite para participação na Proposta.

Aparentemente, em muitos casos, esse processo aconteceu de uma maneira mais hierarquizada, uma vez que uma parcela significativa dos indicados pelos diretores, para coordenação do comitê, alegou não ter sido oficialmente convidada – ficou sabendo somente a partir do contato dos tutores.

Além disso, a divulgação da Proposta e formação do comitê, aparentemente, ficou mais restrita ao espaço escolar, conforme a descrição dos participantes que será apresentada mais adiante.

Tutores

Vinculados ao GG, os tutores da plataforma desenvolveram um trabalho essencial de articulação para facilitar e agilizar a troca de informações entre os atores envolvidos na condução da Proposta.

As estratégias de comunicação utilizadas pelos tutores, necessárias para abordagem de diferentes questões, eram planejadas e realizadas por eles, após serem apresentadas e discutidas com o GG.

Diferente do que aconteceu na SEE-MG, SES-MG e nas SRE, as alterações ocorridas no grupo de tutores não interferiu na sua atuação em prol do desenvolvimento da Proposta, visto que o trabalho era conduzido de maneira coletiva.

5.2 Análise da contribuição da plataforma *on-line* para o modelo de organização da Proposta

5.2.1 A plataforma *on-line* e seu acervo

A plataforma foi planejada e desenvolvida pela equipe técnica de informática do IRR, que permanece monitorando suas configurações, atualizações e hospedagem na instituição.

O acesso era exclusivo às escolas participantes da Proposta, com o objetivo principal de possibilitar o processo formativo dos comitês, estimulando sua participação e atuação no território.

A figura abaixo apresenta o *layout* inicial da plataforma, destacando a página de boas-vindas que permitia o acesso aos demais conteúdos como, por exemplo, ao processo formativo dos comitês. Esse *layout*, utilizado desde o início da Proposta, está sendo substituído.

Como a plataforma foi criada no modelo gratuito do WordPress – sistema de gerenciamento de conteúdo que permite a criação de *sites*, *blogs*, entre outros –, com o avanço da Proposta, o modelo foi se mostrando limitado para atender a questões importantes para análise da equipe de pesquisa. Dessa forma, foi preciso recorrer a uma alternativa que pudesse, ao mesmo tempo, permitir a utilização de diferentes tecnologias e que fosse mais atrativa, principalmente para adolescentes e jovens, que representavam uma parcela considerável dos comitês populares.

Figura 8 - Plataforma *on-line* elaborada para a Proposta de Vigilância em Saúde de base territorial, julho de 2016.



Fonte: Plataforma *on-line*.

Composição final do acervo

A avaliação dos materiais, a partir dos critérios técnico, acurácia e legibilidade, contribuiu para a seleção final do conteúdo relacionado às *doenças e ao vetor*, com validação de 15 materiais, sendo seis utilizados na etapa de formação dos comitês e nove incluídos como material complementar, inseridos na plataforma como “saiba mais”. O quadro a seguir apresenta os materiais educativos selecionados e incluídos na plataforma.

Quadro 2 - Materiais educativos relacionadas às *doenças e vetor*, avaliados a partir dos critérios técnico, acurácia e legibilidade, selecionados e incluídos na plataforma *on-line* da Proposta de Vigilância em Saúde de base territorial, julho de 2016.

Tipo de material	Título	Fonte	Atendeu aos critérios Técnico, Acurácia, Legibilidade?
Conteúdo escrito em <i>site</i>	Dengue	MS	Sim
	Chikungunya	MS	Sim
	Zika	MS	Sim
	Dengue, zika, chikungunya: entenda as diferenças	MS	Sim
	Dengue	Fiocruz	Sim
	Dengue: vírus e vetor	Fiocruz	Sim
	Histórias, direitos e zika	UNFPA	Sim
Documentário	Mulheres do zika	UNFPA	Sim
Entrevista escrita em <i>site</i>	‘Ao que tudo indica, problema do zika está só começando; temos muita dor pela frente’	Fiocruz	Sim
Vídeo	<i>Aedes aegypti</i> – Introdução aos Aspectos Científicos do Vetor	Fiocruz	Sim
	<i>Aedes aegypti</i> e <i>Aedes albopictus</i> : uma Ameaça aos Trópicos	Fiocruz	Sim
	Ligado em Saúde: Dengue	Fiocruz	Sim
	<i>Aedes aegypti</i> : que mosquito é esse?	Fiocruz	Sim
Videoclipe	Mais direitos, menos zika	UNFPA	Sim
Reportagem escrita em <i>site</i>	Doenças virais: seminário debate diagnóstico e atenção	Fiocruz	Sim

A utilização dos critérios técnico, acurácia e legibilidade mostrou-se uma alternativa apropriada para a seleção dos materiais para a plataforma, uma vez que permitiu a inclusão de um quantitativo que não representasse um volume muito extenso, tampouco informações de

caráter complexo, já que o perfil dos envolvidos nos comitês apontou a necessidade de conteúdos objetivos, sucintos e complementares – essas questões orientaram nossas escolhas dentre uma vasta opção de materiais disponíveis *on-line*.

O material sobre dengue, zika e chikungunya, do site da Fiocruz, reunia informações de maneira clara e sucinta sobre várias questões que seriam úteis para os comitês, como características e formas de reprodução do vetor das doenças, panorama dos casos no país, sinais e sintomas, diagnóstico, formas de prevenção e tratamento.

Da mesma forma, o material “Dengue, zika, chikungunya: entenda as diferenças” (Fiocruz) possuía informações que permitiam a compreensão das características comuns e específicas das doenças, principalmente no que se referia a sinais e sintomas e sobre a relação entre zika e casos de microcefalia.

O conteúdo sobre dengue, no site do MS, apresentava uma discussão sobre a doença como um problema de saúde em vários países, além de um breve histórico no Brasil, problematizando a manutenção dos casos no país e os períodos de epidemia.

A série de vídeos “*Aedes aegypti* – Introdução aos Aspectos Científicos do Vetor”, também produzida pela Fiocruz, compreendia dez videoaulas, de curta duração cada, com imagem e áudio de boa qualidade. Com a participação de especialistas, o objetivo do material era abordar informações sobre o vetor de maneira mais informal, por meio de uma linguagem apropriada para diferentes públicos. Cada vídeo comentava sobre uma característica específica do vetor, com foco nas formas de impedir sua reprodução e manutenção no ambiente.

Todos esses materiais foram incluídos no processo formativo como conteúdo básico sobre *doenças e o vetor*.

Os demais materiais descritos no quadro 2, apesar de atenderem igualmente aos critérios propostos, foram selecionados como conteúdo complementar na plataforma *on-line*, uma vez que foram percebidos como passíveis de contribuir de maneira mais adequada para aprofundar ou melhor explicar questões mais específicas que poderiam surgir nas discussões do comitê. Dessa forma, durante o acompanhamento do processo formativo dos comitês, os tutores da plataforma procuravam incentivar o acesso também a esses materiais, de acordo com as demandas e dúvidas apresentadas pelos participantes.

Os conteúdos referentes ao *território, diagnóstico do território, plano de ação e participação popular*, foram elaborados a partir de leituras, discussão e adaptação para o formato da plataforma, possibilitando uma revisão do conhecimento já existente sobre o

assunto e sua adaptação ao grupo, visando contribuir para aumentar o interesse dos comitês sobre o problema e o significado da sua participação na pesquisa.

O fato de esse conteúdo ter sido produzido exclusivamente para a discussão com os participantes da Proposta, também permitiu uma maior articulação entre os temas, já que foram elaborados de maneira a promover uma interdependência entre os assuntos, procurando promover um conhecimento ampliado, capaz de lançar um novo olhar no enfrentamento às doenças.

O material produzido pelo Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde – PROFORMAR (2004) também contribuiu com a composição do acervo da plataforma, em especial, no que tange à discussão sobre território e diagnóstico local. Elaborado para a formação profissional de agentes de saúde locais, o referido material procura promover uma abordagem ampliada da determinação social, econômica e política dos processos de saúde e de doença a partir da conformação e transformação do território, entendido como espaço de vida, trabalho e de criação de laços sociais.

Após o levantamento, análise dos materiais e elaboração de conteúdo para os temas definidos como orientadores do processo formativo, a composição do acervo da plataforma *on-line* foi finalizada, tornando-se disponível para os comitês populares constituídos no âmbito da Proposta.

Até dezembro de 2019, a plataforma foi visitada 1.330 vezes por 153 escolas.

As intercorrências relacionadas ao acesso dos participantes na plataforma envolveram principalmente problemas pontuais com *login* e senha relatados pelos comitês, que foram rapidamente solucionados pela equipe técnica de informática do IRR. Contudo, no início de fevereiro de 2019, os servidores da rede do IRR, responsável pela hospedagem da plataforma, foram infectados, impedindo o acesso à plataforma, que ficou indisponível entre fevereiro e março. Assim que o problema foi sanado, ainda no mês de março 2019, os comitês foram informados pelos tutores.

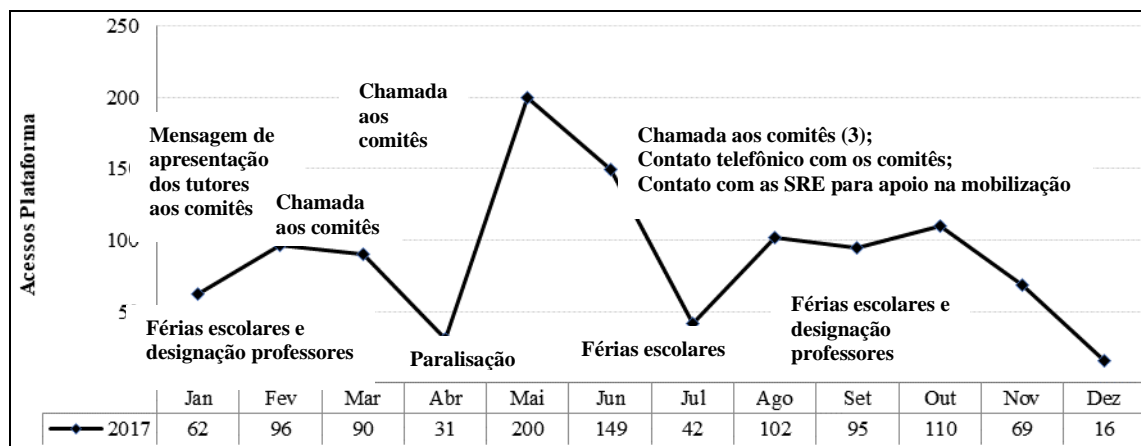
5.2.2 A participação pela plataforma

Visando promover o acesso dos comitês à plataforma para o processo de formação e início dos trabalhos, os tutores começaram a desenvolver estratégias que denominaram de “chamadas aos comitês”. Essas chamadas consistiam em mensagens que os tutores elaboravam coletivamente e encaminhavam para cada comitê. Eram realizadas

periodicamente, com o intuito de incentivar a comunicação entre tutor e comitê e estimular o trabalho no território. Também aconteciam sempre que se percebia uma queda nos acessos à plataforma, normalmente em período de férias escolares ou de paralisação/greve na rede pública estadual.

Essas chamadas alcançaram êxito em relação ao número de acesso dos comitês na plataforma, conforme é possível observar no gráfico abaixo, referente ao ano de 2017.

Gráfico 4 - Acessos mensais à plataforma *on-line* realizados pelos comitês em 2017.



Fonte: Plataforma *on-line*.

No gráfico, os períodos em que se observa um aumento no número de acessos à plataforma coincidem com a realização de “chamadas aos comitês” pelos tutores.

No final de janeiro de 2017, os tutores enviaram mensagens de apresentação aos coordenadores, explicando seu papel de orientação e apoio para a formação e trabalho dos comitês.

No mês de março, apesar da chamada realizada pelos tutores para realização de cadastro e início do processo de formação, o número de acessos permaneceu aproximadamente o mesmo de fevereiro, provavelmente devido ao período de greve das escolas no estado.

Em maio, com o fim da greve e retorno das atividades letivas, os tutores realizaram nova chamada para retomada do trabalho, alcançando 226 acessos, um resultado significativo.

Em junho, os tutores enviaram uma nova mensagem aos coordenadores, relacionada ao roteiro elaborado para orientar as principais dúvidas recebidas por e-mail: como acessar a

plataforma, como formar um comitê, quais as atividades deveriam ser desenvolvidas e como deveriam ser realizadas, e a forma de comunicação pela plataforma – o “fale com o tutor”.

No mês de julho, o baixo número de acessos (49) esteve relacionado, provavelmente, ao período de recesso escolar.

Entre os meses de agosto a novembro, o número de acessos apresentou um aumento em relação ao mês de julho, permanecendo constante. Nesse período, foram realizadas mais três chamadas aos coordenadores, estimulando e orientando sobre as atividades que deveriam ser desenvolvidas pelos comitês. Além disso, os tutores também entraram em contato telefônico com os coordenadores, entre setembro e outubro, reforçando a mensagem encaminhada via e-mail e “fale com o tutor” e, ainda, com as SRE, solicitando apoio na mobilização dos comitês para acesso à plataforma e atuação no território.

E em dezembro, os tutores encaminharam uma mensagem de fim ano aos comitês, agradecendo o trabalho durante o ano, e, ao mesmo tempo, reforçando a importância da continuidade do trabalho, mesmo no período de férias escolares.

Em 2017, a plataforma *on-line* recebeu 1.198 acessos e 21 (43%) comitês realizaram contato através do “fale com o tutor”. Os motivos de contato relacionavam-se a dúvidas sobre a Proposta: Quais as etapas? Quais atividades devem ser realizadas? Como encaminhar as atividades? Qual o prazo para a realização? O que fazer após a elaboração das atividades? (14 mensagens); dúvidas sobre o comitê: Como deve ser a formação? Como mobilizar? Como cadastrar? Como alterar cadastro? Como é a capacitação? Como é o acompanhamento? (oito mensagens); dúvidas sobre a metodologia de trabalho proposta: Como realizar o diagnóstico do território? Como deve ser o planejamento das ações? (duas mensagens); informações e envio das atividades realizadas (42 mensagens); e outros, como solicitação de declaração de participação, esclarecimentos sobre o acesso à plataforma para integrantes do comitê (13 mensagens).

A tabela a seguir apresenta uma síntese dos contatos realizados pelos comitês populares.

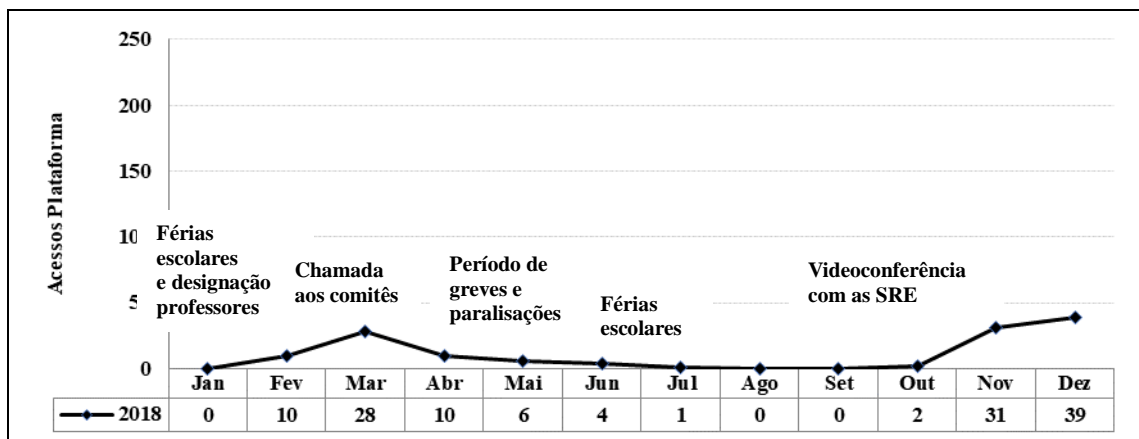
Tabela 2 – Contatos realizados pelos comitês pelo “fale com o tutor” da plataforma *on-line*, em 2017, de acordo com o motivo e número de mensagens, setembro de 2019.

Motivo do contato	N (%)
dúvidas sobre a Proposta	14 (18%)
dúvidas sobre o comitê	8 (10%)
dúvidas sobre a metodologia de trabalho	2 (3%)
informações e envio das atividades	42 (53%)
Outros	13 (16%)
Total	79 (100%)

Fonte: Plataforma *on-line*.

O gráfico a seguir apresenta a participação e os acessos à plataforma em 2018.

Gráfico 5 - Acessos mensais à plataforma *on-line* realizados pelos comitês em 2018.



Fonte: Plataforma *on-line*.

Nos meses de janeiro e julho, o período de férias escolares certamente influenciou os resultados observados: ausência de acessos em janeiro e um único acesso em julho.

Em fevereiro, uma nova chamada foi realizada, visando à mobilização dos comitês para a continuidade do trabalho.

O conteúdo da chamada, além de tratar questões específicas com cada comitê, abordava a necessidade da retomada das atividades a partir do planejamento do trabalho para 2018. Nesse sentido, a chamada apresentava questões como: “Gostaríamos de ter notícias do comitê, da avaliação de vocês sobre o trabalho até agora desenvolvido, e do planejamento para 2018. Como o comitê pretende atuar? Quais questões já foram resolvidas? Existem

novos problemas, riscos e demandas no território? Como podemos ajudá-los?”.

Como resultado, o número de acessos, apresentou um leve aumento.

A partir do mês de abril, as escolas da rede pública estadual começaram a passar por movimentos de paralisação e greve que se estenderam até o mês de julho, devido a uma crise financeira do Estado, que continua impactando o recebimento de salários pelos profissionais de educação, além de outras áreas do serviço público.

Nos meses de agosto e setembro, nenhum comitê acessou a plataforma *on-line*.

A partir de outubro, nota-se retorno nos acessos, principalmente por parte de novas escolas envolvidas na Proposta, após a videoconferência realizadas com as SRE.

Ao longo de 2018, apenas quatro comitês realizaram contato através do “fale com o tutor”. As mensagens foram semelhantes às aquelas recebidas em 2017, com dúvidas sobre a Proposta: Como encaminhar as atividades? (uma mensagem); informações e envio das atividades realizadas (oito mensagens); e outros, como solicitação de declaração de participação (uma mensagem).

Com relação aos acessos mensais à plataforma *on-line*, uma análise comparativa entre os anos de 2017 e 2018 permite identificar a queda considerável dos acessos, mesmo com a adoção de diferentes estratégias de comunicação entre tutor e comitês. Apenas no mês de dezembro, os acessos em 2018 superaram os do ano anterior, provavelmente devido à entrada das novas instituições na Proposta.

Ao serem indagados sobre a queda nas visitas à plataforma, os coordenadores foram unânimes em dizer que o período de férias escolares, de dezembro de 2017 a janeiro de 2018, e de início do ano letivo, em fevereiro de 2018, foram fatores que interromperam o trabalho do comitê. Dois coordenadores também citaram licença do trabalho para tratamento de saúde. Além disso, o ano de 2018 também foi marcado por dificuldades para a educação pública estadual, com movimentos de paralisação e greve, fato esse que diminuiu o ritmo de trabalho dos comitês e de acesso à plataforma, devido ao entendimento de que se tratava de uma atividade inerente ao trabalho.

O ano de 2019 foi marcado por uma forte ausência de participação dos comitês populares. Uma questão que contribuiu muito para isso foi a indisponibilidade da plataforma durante os três primeiros meses do ano, devido a uma invasão de hackers nos servidores do IRR – responsável pela hospedagem da ferramenta.

Durante esse período, houve um prejuízo importante para o desenvolvimento da Proposta, já que era a plataforma que norteava o trabalho dos comitês e que fornecia dados e informações que subsidiavam o planejamento das ações pelo grupo de pesquisa.

Visando minimizar o problema, os tutores comunicaram aos comitês sobre a intercorrência com a plataforma, estabelecendo contato por e-mail durante esse período.

Quando a plataforma ficou disponível novamente, os comitês foram avisados e uma nova chamada também foi encaminhada pelos tutores. No entanto, essas mensagens não foram suficientes para a retomada da participação pela plataforma.

Em 2019, somente dois comitês acessaram a plataforma: um na SRE de Ouro Preto (município de Mariana) e um na SRE Metropolitana C (município de Ribeirão das Neves).

Esse foi um motivo de preocupação para a equipe de pesquisa, que buscou levantar possíveis causas e maneiras de superá-las.

A falta de dinamismo da plataforma *on-line*, sem atualização do conteúdo ou oferta de novas informações, foi uma possível causa identificada.

A esse respeito, o grupo de pesquisa já trabalhava no processo de criação de uma nova plataforma, buscando torná-la mais ativa, animada, conversacional, capaz de despertar interesse e curiosidade entre pessoas com diferentes perfis.

Apesar da plataforma *on-line* ter sido a principal ferramenta para analisar a participação dos comitês populares na Proposta, contatos realizados por e-mail e telefone, entre tutores e comitês, também representaram uma maneira de estímulo à comunicação e participação.

Os contatos por e-mail foram mais comuns. Inclusive, as chamadas que os tutores encaminhavam pela plataforma também eram encaminhadas por e-mail. Nesse caso, os tutores sempre procuravam estimular o acesso à plataforma, destacando-a como principal canal de comunicação e participação.

O contato telefônico era mais utilizado quando não havia retorno dos coordenadores sobre as mensagens enviadas.

Essas estratégias visavam aproximar tutor e coordenador e promover o acesso e participação por meio da plataforma *on-line* – essa questão sempre era destacada durante os contatos.

5.2.4 A nova plataforma

No final de 2018, uma nova plataforma *on-line* começou a ser planejada para a Proposta.

Dois estudantes de Engenharia da Computação e uma estudante de Designer Gráfico foram contratados para oferecer suporte técnico durante todo o processo de discussão, planejamento, desenvolvimento e acompanhamento da nova ferramenta. Para isso, eles analisaram a plataforma antiga e listaram diversos pontos de melhoria, sendo os principais: *layout*, segurança e utilização de tecnologias que fossem mais atuais e mais utilizadas pela comunidade.

Questões que nortearam o processo de criação da plataforma anterior também foram consideradas nesse momento: facilidade de navegação para qualquer usuário; capacidade de armazenamento de material; interatividade, mantendo a ideia do tutor; geração de banco de dados para monitoramento da participação e comunicação pela plataforma. Além disso, também havia a necessidade de que a nova ferramenta fosse desenhada de uma maneira mais atrativa e que a navegação pelo conteúdo fosse mais rápida.

O conteúdo do acervo elaborado para a plataforma anterior também foi revisado por meio de oficinas, com a participação dos tutores e demais integrantes do grupo de pesquisa.

Como resultado das oficinas, optou-se por manter os temas previamente definidos para o processo formativo dos comitês populares: *doenças e vetor*; conceito de *território*; *diagnóstico do território*, importância da *participação popular* e elaboração de *planos de ação* para promoção da saúde no território. Todavia, parte desse conteúdo passou a ser oferecido em formato de vídeos, produzidos exclusivamente para a Proposta. O conteúdo mantido em formato de texto também foi revisado, no intuito de tornar a leitura mais apropriada, principalmente para adolescentes.

Outra novidade foi a criação de duas versões da plataforma. Uma página que possa ser acessada por qualquer pessoa, e não somente por aquelas já vinculadas a um comitê popular. A intenção é de que essa página favoreça para que a Proposta alcance um público ainda mais amplo e, aqueles que se interessem, sejam cadastrados para integrar/formar um comitê.

Todas as pessoas cadastradas e, portanto, participantes de um comitê, deverão ser direcionadas à página de participação oficial na Proposta, com acesso ao conteúdo completo da plataforma e suporte de tutores para o desenvolvimento do trabalho.

A tutoria também passou por modificação. Anteriormente restrita ao grupo de pesquisa, os tutores serão selecionados de maneira mais ampla e, para exercer a função, participarão de um curso de formação de tutores. O curso foi elaborado pela equipe de pesquisa,

compreendendo os seguintes temas: 1) O que você precisa saber sobre o Projeto?; 2) Qual o papel do tutor?; 3) O que você precisa saber sobre os referenciais teóricos do projeto?; 4) Como planejar meu trabalho?

A figura abaixo apresenta o *layout* inicial da nova plataforma, em fase de aprovação.

Figura 9 - Nova Plataforma *on-line* elaborada para a Proposta de Vigilância em Saúde de base territorial, fevereiro de 2020.



Fonte: Nova plataforma *on-line*.

A nova plataforma, que também fica hospedada no IRR, está em fase final de aprovação e, assim que possível, será amplamente divulgada, tanto no espaço escolar, como para a população em geral.

5.3 Análise da atuação dos comitês populares formados a partir da Proposta

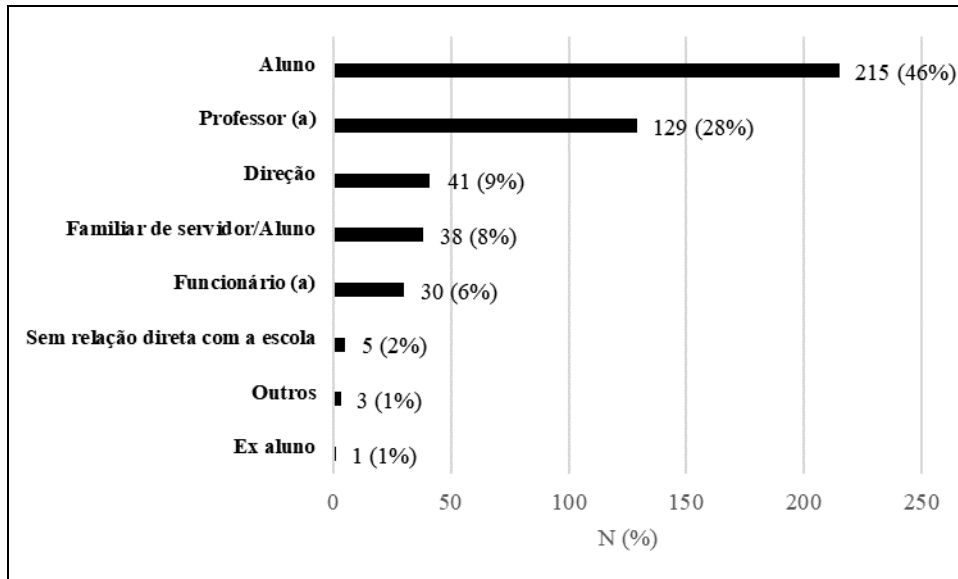
5.3.1 Descrição dos comitês populares

De acordo com o cadastro realizado na plataforma *on-line*, 462 pessoas participavam dos comitês populares. Dessas, 415 (90%) possuíam vínculo direto com a escola (aluno,

professor, função de direção ou funcionário de outros setores da instituição) e 47 (10%) não tinham relação direta com a instituição (familiar de aluno, ex-aluno e outros).

O gráfico abaixo apresenta o tipo de vínculo dos participantes com as escolas.

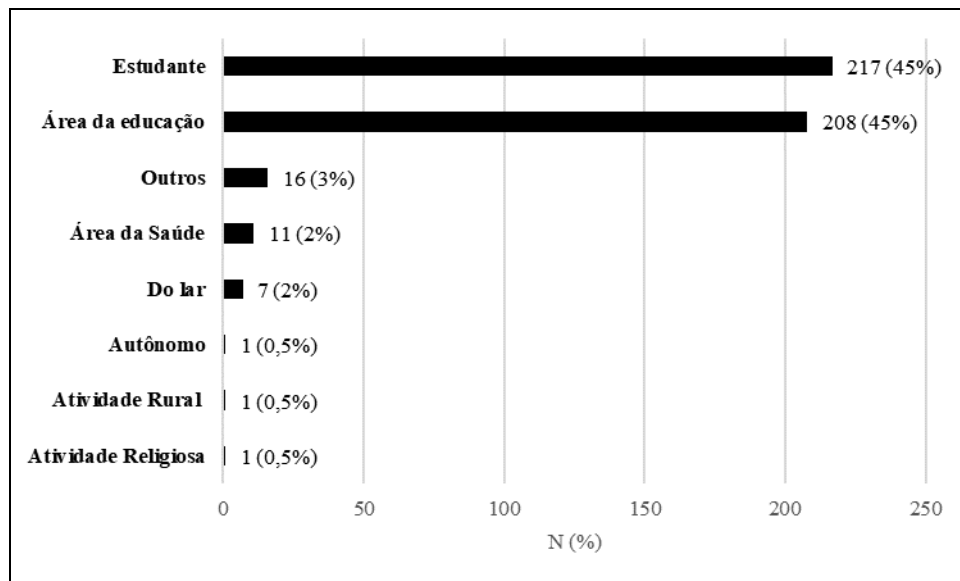
Gráfico 6 – Participantes cadastrados na plataforma *on-line* e sua relação com a escola, setembro de 2019.



Fonte: Plataforma *on-line*.

O perfil dos participantes apresentou-se diversificado em relação ao tipo de ocupação. Apesar do predomínio de participantes do setor educação, havia também pessoas que trabalhavam na saúde como, por exemplo, no setor de endemias do município, além de outras áreas, como é possível observar no gráfico a seguir.

Gráfico 7 – Participantes cadastrados na plataforma *on-line* e tipo de ocupação, setembro de 2019.



Fonte: Plataforma *on-line*.

Entre os participantes, 50 (11%) eram coordenadores de comitê e 412 (89%) estavam cadastrados como integrantes.

Perfil dos coordenadores

Em metade dos comitês (51%) um professor foi indicado como coordenador, conforme dados da tabela abaixo.

Tabela 3 - Comitês cadastrados na plataforma *on-line* de acordo com a SRE, município e relação do coordenador com a escola, setembro de 2019.

(continua)

SRE	Município	Relação com a escola
Barbacena	Andrelândia	Professor
	Santa Rita de Ibitipoca	Professor
Conselheiro Lafaiete	Lamin	Professor
	Ouro Branco	Bibliotecária
	Piranga	Professor
	Rio Espera	Professor
	Queluzito	Professor
Coronel Fabriciano	Ipatinga	Diretor
	Santana do Paraíso	Professor
SRE	Município	Relação com a escola

Curvelo	Curvelo	Diretora
Divinópolis	Divinópolis	Professor
	Iguatama	Diretor
	Itatiaiuçu	Professor
	Itaúna	Professor (1)
	Luz	Funcionário
	Pains	Professor (1)
	Perdigão	Coord. Ed. Integral
	Piracema	Diretor
São Sebastião do Oeste		
Juiz de Fora	Lima Duarte	Professor
Metro. A	Belo Horizonte	Professor 2 alunas (2)
Metro. B	Ibirité	(1)
Metro. C	Ribeirão das Neves Santa Luzia	Professor (1)
Montes Claros	Capitão Enéas	(1)
	Francisco Dumont	Diretor
	São João do Paraíso	Professor Professor
Ouro Preto	Mariana	Direção
	Ouro Preto	Funcionário
Pará de Minas	Bom Despacho	Professor (1)
	Cedro do Abaeté	Diretor
	Leandro Ferreira	Diretor
	Pará de Minas	Supervisor
Ponte Nova	Pitangui	Professor
	Quartel Geral	Funcionário
		Professor e Saúde
Ponte Nova	Canaã	Vice Diretor
	Dom Silvério	Vice Diretor
	Ponte Nova	Professor
		Funcionário
		Professor
	Raul Soares	Professor
	São Miguel do Anta	Professor
	Sem Peixe	Professor
Viçosa	Professor	
Uberlândia		Diretor
	Uberlândia	Professor Professor

NOTA: (1) Aguardando indicação de novo coordenador. (2) As alunas responsáveis pela coordenação do comitê não se cadastraram na plataforma *on-line*.

Em apenas dois (4%) comitês a coordenação era compartilhada, sendo em um entre um professor e um profissional de saúde (Coordenador Municipal de Endemias), e no outro entre duas alunas da escola. Todos os demais eram coordenados por trabalhadores das escolas (diretor, professor, funcionários de outras áreas).

Durante o último contato do tutor, em março de 2019, seis comitês (11%) aguardavam indicação de um novo coordenador.

A faixa etária entre coordenadores variou entre 17 e 57 anos, sendo a média de 37 anos. Entre eles, 48 (89%) possuíam ensino superior completo e, desses, 19 (39%) curso de pós-graduação. As duas alunas envolvidas na coordenação, ambas com 17 anos de idade, estavam concluindo o ensino médio.

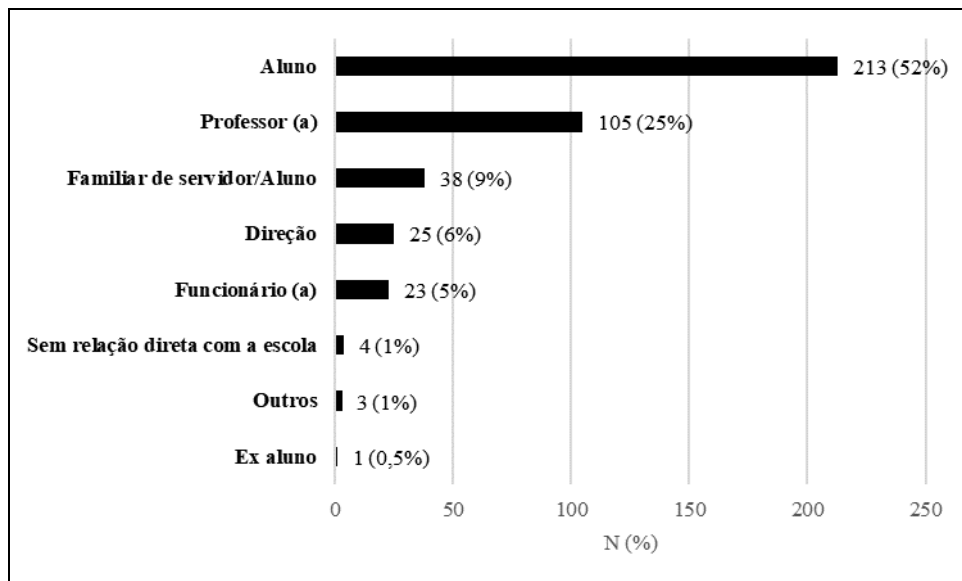
O sexo feminino foi predominante, com 41 (76%) coordenadoras.

Ainda nesse grupo, 21 (39%) coordenadores residiam no bairro de localização das escolas. Entre os demais, o trabalho (57%) e o estudo (4%), esse último no caso das alunas coordenadoras, era o que os relacionava com o território de desenvolvimento da Proposta.

Perfil dos integrantes

Entre os 412 integrantes cadastrados na plataforma, 213 (52%) eram alunos, 105 (25%) professores, 38 (9%) familiares de alunos, 25 (6%) trabalhavam na direção da escola, 23 (5%) exerciam outra função na instituição, quatro (1%) informaram não ter relação direta com a escola, três (1%) citaram “outros”, não especificando a relação com a escola, e um (0,5%) era ex-aluno, conforme o gráfico abaixo.

Gráfico 8 – Integrantes cadastrados na plataforma *on-line* e relação com a escola, setembro de 2019.



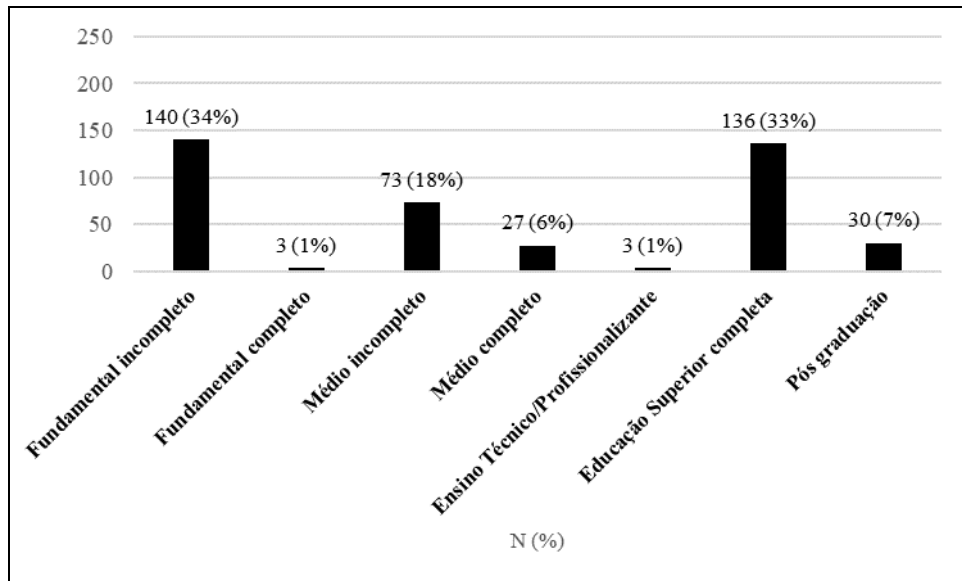
Fonte: Plataforma *on-line*.

A faixa etária dos integrantes variou de seis a 67 anos, com média de 26 anos de idade. Como observado na coordenação do comitê, também houve entre os integrantes o predomínio do sexo feminino, correspondendo a 286 (69%) cadastros.

Em relação à escolaridade: 140 (34%) integrantes possuíam ensino fundamental incompleto ou em curso, três (1%) ensino fundamental completo, 73 (18%) ensino médio incompleto ou em curso, 27 (6%) ensino médio completo, três (1%) ensino técnico profissionalizante, 136 (33%) ensino superior completo ou em curso e 30 (7%) integrantes possuíam pós-graduação.

O quantitativo de integrantes com ensino fundamental incompleto ou em curso e ensino médio incompleto ou em curso (213 - 52%) coincidiu, provavelmente, com o percentual de alunos nos comitês (45%).

Gráfico 9 – Escolaridade dos integrantes cadastrados na plataforma *on-line*, setembro de 2019.

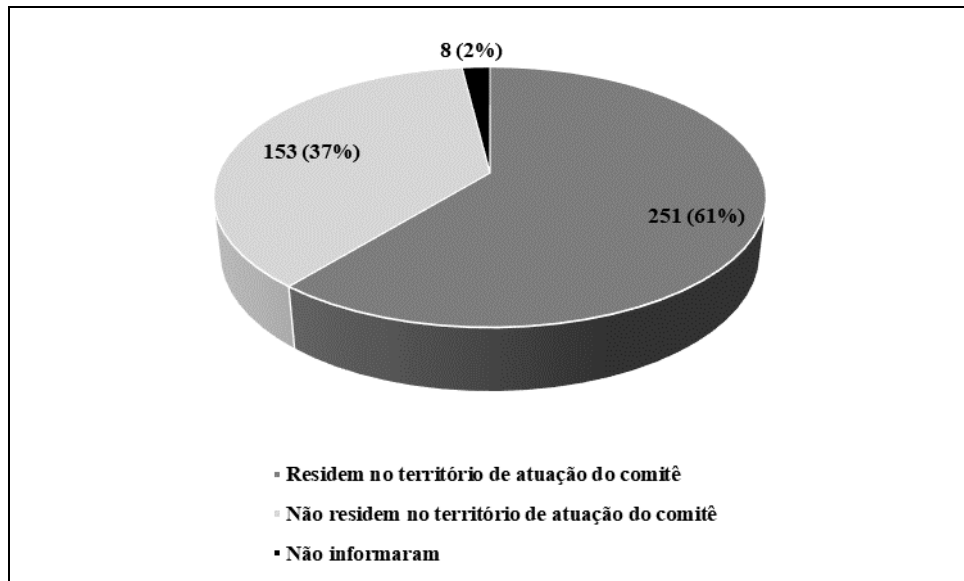


Fonte: Plataforma *on-line*.

No que diz respeito à relação com o bairro onde as escolas estavam localizadas, 251 (61%) integrantes moravam no local, 153 (37%) não moravam e oito (2%) não declararam.

Essa informação adquire relevância ao passo que, mesmo sendo por definição do comitê o território em que pretendia atuar, a maioria elegeu o território no qual a escola se situava para o desenvolvimento das ações. Essa constatação foi possível a partir de informações e dos produtos elaborados pelos comitês, em especial, o diagnóstico do território, que será apresentado na análise do trabalho produzido nos territórios (item 5.3.4).

Gráfico 10 – Relação dos integrantes cadastrados na plataforma *on-line* com o território de atuação do comitê, setembro de 2019.



Fonte: Plataforma *on-line*.

Entre os 251 integrantes que relataram morar no local, 68 (27%) trabalhavam no território, 161 (64%) estudavam e 22 (9%) não trabalhavam, nem estudavam.

Dos 153 integrantes que não moravam no território, 104 (68%) trabalhavam, 48 (31%) estudavam e uma pessoa (1%) trabalhava e estudava.

A próxima tabela apresenta informações dos integrantes de acordo com o comitê em que estão vinculados.

Tabela 4 - Caracterização dos 54 comitês cadastrados na plataforma *on-line*, de acordo com SRE, município, número de integrantes e sua relação com a escola, setembro de 2019.

(continua)

SRE	Município	N. integrantes do comitê	Relação com a Escola
	Andrelândia	8	8 alunos
Barbacena	Santa Rita de Ibitipoca	9	Diretora, 2 professores, 2 alunos, 4 familiares de aluno
	Lamin	10	4 professores, 3 alunos, 3 familiares de aluno

Conselheiro Lafaiete	Ouro Branco	7	Vice-diretora, 1 professor, 1 funcionário, 4 alunos
	Piranga	6	1 funcionário, 4 alunos, 1 familiar de aluno
	Rio Espera	8	Diretora, 1 supervisora, 6 alunos
	Queluzito	3	1 funcionário, 2 alunos
Coronel Fabriciano	Ipatinga	10	10 alunos
	Santana do Paraíso	2	2 alunos
Curvelo	Curvelo	13	10 alunos, 2 funcionários, 1 professor
Divinópolis		10	Diretor, vice-diretor, 1 funcionário, 1 professor, 5 alunos, 1 integrante que trabalha próximo à escola
	Divinópolis	7	Vice-diretora, supervisora, 1 funcionário, 4 alunos
	Iguatama	32	32 alunos
	Itatiaiuçu	7	2 professores, 5 alunos
	Itaúna	7	1 funcionário, 3 professores, 3 alunos
	Luz	9	1 professor, 6 alunos, 2 funcionários
	Pains	6	1 professor, 4 alunos, 1 familiar de aluno
	Perdigão	10	3 professores, 2 alunos, 4 familiares de aluno, 1 familiar de funcionário da escola
	Piracema	8	8 professores
São Sebastião do Oeste	9	2 professores, 2 alunos, 3 familiares de aluno, 1 ex-aluno, 1 sem relação com a escola	
Juiz de Fora	Lima Duarte	12	Diretor, 8 professores, 2 funcionários, 1 aluno
Metropolitana A	Belo Horizonte	1	o próprio coordenador do comitê
		18	18 alunos
Metropolitana B	Ibirité	1	1 professor
	Ribeirão das Neves	22	12 professores, 10 alunos

Metropolitana C	Santa Luzia	11	Vice-diretor, 1 supervisora, 3 professores, 1 funcionário, 3 alunos, 2 familiares de aluno.
Montes Claros	Capitão Enéas	1	Diretor
	Francisco Dumont	9	Vice-diretora, 7 professores, 1 familiar de aluno
	São João do Paraíso	8	2 professores, 3 alunos, 2 familiares de aluno, 1 sem relação com a escola
		11	professor, 10 alunos
Ouro Preto	Mariana	11	8 professores, 2 funcionários, 1 diretor
	Ouro Preto	6	4 professores, 1 diretor, 1 vice-diretor
Pará de Minas	Bom Despacho	5	Diretor, 1 professor, 2 funcionários, 1 aluno
	Cedro do Abaeté	1	1 professor
	Leandro Ferreira	11	7 professores, 2 funcionários, 2 familiares de aluno
	Pará de Minas	1	o próprio coordenador do comitê
		5	1 professor, 1 funcionário, 2 alunos, 1 familiar de aluno
	Pitangui	1	professor
			1
	Quartel Geral	2	2 coordenadores do comitê
Ponte Nova	Canaã	7	1 professor, 2 funcionários, 4 alunos
	Dom Silvério	7	2 professores, 1 funcionário, 2 alunos, 2 familiares de aluno
	Ponte Nova	1	1 aluno
		12	2 professores, 6 alunos, 4 familiares de aluno
		1	o próprio coordenador do comitê
	Raul Soares	1	o próprio coordenador do comitê
		8	1 supervisora, 6 professores, 1 aluno

	São Miguel do Anta	18	Diretora, supervisora, 16 alunos
	Sem Peixe	12	1 professor, 5 alunos, 5 familiares de aluno, 1 sem relação com a escola
	Viçosa	8	Diretora, 3 professores, 4 alunos
		6	Diretora, supervisora, 4 professores
		1	o próprio coordenador do comitê
Uberlândia	Uberlândia	15	1 professor, 1 funcionário, 10 alunos, 1 familiar de aluno, 2 outros
		4	Diretora, vice-diretora, 1 aluno, 1 familiar de aluno

Interessante observar que entre as 20 SRE, Divinópolis e Ponte Nova tiveram o maior número de municípios envolvidos: 9 e 7 respectivamente (Tabela 5), no entanto, a SRE Ponte Nova apresentou o maior número de comitês formados (12), sem com isso ultrapassar o número de pessoas envolvidas com a Proposta na SRE de Divinópolis (113) (Tabela 5).

Vale destacar que, de maneira geral, pode ser observada uma equivalência entre número de municípios participantes, número de escolas e número de comitês formados. No entanto, nas SRE Divinópolis, Metropolitana A, Montes Claros, Pará de Minas, Ponte Nova e Uberlândia, em alguns municípios houve adesão de mais de uma escola, conforme apresentado na tabela seguinte.

Tabela 5 - Caracterização das SRE, de acordo com o número de municípios e escolas participantes com comitês formados e número de pessoas envolvidas na Proposta de Vigilância em Saúde de base territorial, setembro de 2019.

(continua)				
SRE	Número de municípios	Número de escolas	Número de comitês	Número de pessoas envolvidas com a Proposta
Barbacena	2	2	2	19
Conselheiro Lafaiete	5	5	5	39
Coronel Fabriciano	2	2	2	14
SRE	Número de	Número de	Número de	Número de pessoas envolvidas com a

	municípios	escolas	comitês	Proposta
Curvelo	1	1	1	14
Divinópolis	9	10	10	113
Juiz De Fora	1	1	1	13
Metropolitana A	1	2	2	21
Metropolitana B	1	1	1	1
Metropolitana C	2	2	2	34
Montes Claros	3	4	4	32
Ouro Preto	2	2	2	19
Pará de Minas	6	8	8	31
Ponte Nova	7	12	12	91
Uberlândia	1	2	2	21
Total	43	54	54	462

A análise do perfil dos participantes apontou maior participação de atores do espaço escolar (professores, membros da direção, funcionários e alunos)

Dos 54 comitês, 23 (43%) apresentaram essa formação e 14 (26%) não possuíam alunos, sendo compostos apenas por trabalhadores das escolas.

De acordo com as orientações apresentadas na plataforma *on-line*, a recomendação é de que os comitês fossem formados por até 12 pessoas. Trinta e seis comitês (66%) seguiram a recomendação, sendo que 8 (15%) possuíam de 2 a 6 integrantes e 28 (52%) de 7 a 12 integrantes.

Seis (11%) comitês possuíam mais de 12 integrantes, chegando a 32 pessoas em um deles. Cinco (9%) comitês cadastraram apenas um integrante e os outros sete (13%) eram, na verdade, formados unicamente por uma pessoa – o coordenador.

5.3.2 Rotatividade entre os participantes dos comitês populares

A rotatividade dos participantes foi analisada, tendo em vista o impacto que poderia produzir na criação de vínculo com os tutores da Proposta, na organização do trabalho e na realização das ações no território.

O foco da análise foi dirigido aos coordenadores dos comitês.

Entre os 54 comitês, 36 (66%) contavam com o mesmo coordenador desde o início dos trabalhos, 14 (26%) estavam sendo conduzidos por um segundo coordenador e quatro (8%) comitês já estavam sob uma terceira coordenação.

Tabela 6 - Comitês cadastrados na plataforma *on-line* por SRE, município e situação do coordenador, setembro de 2019.

(continua)

N.	SRE	Município	Situação do coordenador do comitê
1	Barbacena	Andrelândia	1ª coordenação
2		Santa Rita de Ibitipoca	1ª coordenação
3	Conselheiro Lafaiete	Lamin	1ª coordenação
4		Ouro Branco	1ª coordenação
5		Piranga	1ª coordenação
6		Rio Espera	1ª coordenação
7		Queluzito	1ª coordenação
8	Coronel Fabriciano	Ipatinga	2ª coordenação
9		Santana do Paraíso	3ª coordenação
10	Curvelo	Curvelo	1ª coordenação
11	Divinópolis	Divinópolis	2ª coordenação
12			1ª coordenação
13		Iguatama	1ª coordenação
14		Itatiaiuçu	1ª coordenação
15		Itaúna	3ª coordenação
16		Luz	1ª coordenação
17		Pains	2ª coordenação
18		Perdigão	2ª coordenação
19		Piracema	1ª coordenação
20		São Sebastião do Oeste	1ª coordenação
21	Juiz de Fora	Lima Duarte	2ª coordenação
22	Metro. A	Belo Horizonte	1ª coordenação
23			1ª coordenação
24	Metro. B	Ibirité	2ª coordenação
25	Metro. C	Ribeirão das Neves	1ª coordenação
26		Santa Luzia	2ª coordenação
27		Capitão Enéas	2ª coordenação
28		Francisco Dumont	1ª coordenação
29		São João do Paraíso	2ª coordenação

30	Montes Claros		1ª coordenação
31	Ouro Preto	Mariana	1ª coordenação
32		Ouro Preto	1ª coordenação
33	Pará de Minas	Bom Despacho	2ª coordenação
34		Cedro do Abaeté	2ª coordenação
35		Leandro Ferreira	1ª coordenação
36		Pará de Minas	1ª coordenação
37			1ª coordenação
38		Pitangui	2ª coordenação
39			1ª coordenação
40		Quartel Geral	3ª coordenação
41	Ponte Nova	Canaã	1ª coordenação
42		Dom Silvério	2ª coordenação
43		Ponte Nova	1ª coordenação
44			1ª coordenação
45			1ª coordenação
46		Raul Soares	1ª coordenação
47			1ª coordenação
48		São Miguel do Anta	2ª coordenação
49		Sem Peixe	1ª coordenação
50		Viçosa	1ª coordenação
51			3ª coordenação
52			1ª coordenação
53	Uberlândia	Uberlândia	1ª coordenação
54			1ª coordenação

Fonte: plataforma *on-line*.

Essa rotatividade na coordenação dos comitês exigia do tutor uma intervenção em tempo ágil. Na prática, entretanto, o tutor tomava conhecimento dessa alteração somente quando, por razão da queda no ritmo de trabalho do comitê, entrava em contato com o coordenador. Em muitos casos, um outro professor ou funcionário da escola, que não participava do comitê, passava a atuar na coordenação e, na maioria dos casos, por falta de conhecimento sobre a Proposta e inclusive de suporte, por parte dos tutores, esse novo coordenador não conseguia prosseguir/conduzir o trabalho. Essa questão representou um problema para a continuidade da Proposta.

Além da rotatividade na coordenação dos comitês, durante o contato telefônico muitos coordenadores relataram que também era preciso rever a composição do comitê, devido à rotatividade de professores nas escolas e saída de alunos, principalmente aqueles que estavam no último ano escolar quando foram convidados para participar. A orientação nesse caso foi de que o desligamento da escola não precisaria ocasionar o desligamento do comitê, já que por

ser um trabalho que extrapola a escola, qualquer pessoa poderia participar ou, nesse caso, continuar participando.

5.3.3. Comitês que deixaram de participar da Proposta

Um comitê localizado no município de Luz (SRE Divinópolis) desistiu da Proposta ainda no início de 2017. Pela plataforma e por contato telefônico, os tutores tentaram contato com a coordenadora do comitê, porém sem sucesso.

Localizado em Belo Horizonte (SRE Metropolitana), o comitê que era coordenado por alunos inseridos no Programa de Vocação Científica do IRR também encerrou sua participação no final de 2017. É preciso ressaltar que a instituição não aderiu formalmente à Proposta e, com a saída das coordenadoras, as tutoras não conseguiram estabelecer diálogo com novos atores para dar continuidade ao trabalho que já havia sido desenvolvido no território da escola.

Em 2018, dois comitês deixaram de participar: um localizado no município de Raul Soares (SRE Ponte Nova) e um no município de Uberlândia (SRE Uberlândia).

No contato telefônico realizado com o comitê localizado em Raul Soares, a diretora da escola informou que, assim como o atual coordenador do comitê, os demais professores não tinham interesse na Proposta, por considerar que não era função da educação esse tipo de projeto, e sim da saúde. Sugerimos, nessa conversa, tentar envolver outras pessoas: alunos, moradores, parceria com a saúde. No entanto, decidiu-se pela desistência.

Após tentativas de contato telefônico com o coordenador do comitê localizado no município de Uberlândia, esse nos comunicou por e-mail que daria continuidade ao projeto, porém, sem vinculação com a Proposta, e apresentou a perspectiva frustrada de que teria apoio financeiro e de recursos humanos para auxiliar no trabalho do comitê.

Os quatro comitês citados acima são os que informaram, de maneira oficial, o desligamento da Proposta.

5.3.4 Ações de mobilização e vigilância produzidas pelos comitês populares nos territórios

Era esperado que a atuação dos comitês populares resultasse em ações que

representassem uma nova forma de vigilância e de mobilização da população, tanto no enfrentamento às doenças e controle do vetor, como também sobre a discussão acerca de um território mais favorável à saúde e bem-estar coletivo.

Foi com esse propósito que os comitês foram convidados a realizar um diagnóstico do território, por eles definido como de atuação, e a elaborar planos de ação como resposta aos problemas, demandas e necessidades identificadas no diagnóstico realizado.

Desde o início da Proposta, entre os 54 comitês formados, 19 (35%) realizaram atividades. A tabela abaixo apresenta esses comitês, de acordo com a superintendência de abrangência.

Tabela 7 – Comitês com atividades, de acordo com a SRE, setembro de 2019.

(continua)

SRE	Comitês formados	Comitês que realizaram atividades da Proposta (N/%)
Barbacena	2	2 (100%)
Conselheiro Lafaiete	5	3 (60%)
Coronel Fabriciano	2	1 (50%)
Curvelo	1	-
Divinópolis	10	3 (30%)
Juiz de Fora	1	-
Metropolitana A	2	1 (50%)
Metropolitana B	1	-
Metropolitana C	2	1 (50%)
Montes Claros	4	2 (50%)
Ouro Preto	2	-
SRE	Comitês formados	Comitês que realizaram atividades da Proposta (N/%)

Pará de Minas	8	1 (12%)
Ponte Nova	12	5 (42%)
Uberlândia	2	-
Total	54	19 (35%)

Entre os 19 comitês com atividades, 11 (58%) elaboraram o diagnóstico do território e o plano de ação, e oito (42%) apenas o plano.

De acordo a metodologia prevista na plataforma *on-line*, o diagnóstico do território poderia ser realizado a partir do mapa falado, que corresponde ao desenho representativo da área, incluindo uma visão ampliada de suas características gerais e específicas e a identificação de fatores existentes no local que pudessem contribuir para a ocorrência das doenças e proliferação do vetor (FARIA; FERREIRA NETO, 2006). Já o plano de ação seria uma maneira estratégica, prática e objetiva de responder aos problemas identificados no mapa falado.

Tabela 8 - Comitês que realizaram atividades propostas na plataforma *on-line*, setembro de 2019.

(continua)

N.	SRE	Município	Território definido	Diagnóstico	Plano de ação
1	Barbacena	Andrelândia	Escola	Sim, mapa falado	Sim, plano conforme modelo plataforma
2		Santa Rita de Ibitipoca	Escola e o entorno	Não	Sim, relatório de execução
3	Conselheiro Lafaiete	Lamin	Área urbana do município	Sim, mapa falado	Sim, plano conforme modelo plataforma
4		Rio Espera	Município	Sim, mapa falado	Sim, plano conforme modelo plataforma
5		Queluzito	Sem definição do território	Não	Sim, relatório de execução
6	Coronel Fabriciano	Ipatinga	Sem definição do território	Não	Sim, plano conforme modelo

					plataforma
7	Divinópolis	Divinópolis	Bairro	Sim, mapa falado	Sim, plano conforme modelo plataforma
8		São Sebastião do Oeste	Município	Não	Sim, relato das atividades
9		Itaúna	Sem definição do território	Não	Sim, plano conforme modelo plataforma
10	Metropolitana A	Belo Horizonte	Bairro	Sim, mapa falado	Sim, plano conforme modelo plataforma
11	Metropolitana C	Ribeirão das Neves	Bairro	Sim	Sim, plano conforme modelo plataforma
12	Montes Claros	Francisco Dumont	Município	Sim, mapa falado	Sim, plano conforme modelo plataforma
13		São João do Paraíso	Bairro	Sim, desenho	Sim, plano conforme modelo plataforma
14	Pará de Minas	Pará de Minas	Sem definição do território	Não (não pretende fazer)	Sim, plano conforme modelo plataforma
15	Ponte Nova	Canaã	Córrego e entorno	Sim, relatório	Sim, plano conforme modelo plataforma
16		Dom Silvério	Município	Sim, levantamento IBGE	Sim, plano conforme modelo plataforma
17		Raul Soares	Distrito Rural	Não	Sim, relatório de execução
18		São Miguel do Anta	Sem definição do território	Não	Sim, plano conforme modelo plataforma
19		Viçosa	Bairro	Sim, mapa falado	Sim, relatório de execução

Fonte: Plataforma *on-line* e e-mail.

A composição dos 19 comitês, considerando o quantitativo e a diversidade entre os integrantes, foi semelhante: com exceção dos comitês localizados em São Miguel do Anta

(SRE Ponte Nova) e Belo Horizonte (SRE Metropolitana A), os demais possuíam até 12 integrantes. Dezoito comitês foram formados com a participação ampliada de atores do espaço escolar (direção, professores e alunos) e, em sete deles, também da população local. O comitê localizado em Belo Horizonte foi o único formado apenas por alunos, inclusive em sua coordenação.

Na maioria dos comitês o coordenador esteve envolvido desde o início da Proposta.

O acesso ao conteúdo da plataforma também parece ter influenciado de maneira significativa na realização das atividades. Dos 19 comitês que avançaram no desenvolvimento da Proposta: cinco (26%) possuíam entre 9 e 15 acessos, três (16%) entre 16 e 20 acessos, sete (37%) comitês acessaram entre 21 e 31 vezes. Acima desse quantitativo, um (5%) comitê acessou 38 vezes, outro (5%) 51 vezes, e um (5%) registrou 125 acessos. Apenas um (5%) comitê acessou pouco a plataforma, com 5 acessos no total.

Entre os 35 comitês que não realizaram atividades, metade deles (18) acessou pouco a plataforma, com o máximo de nove acessos.

Tabela 9 – Composição dos comitês que realizaram atividades propostas na plataforma *on-line*, setembro de 2019.

N.	SRE	Município	Composição do comitê	Total integrantes	Situação Coordenação	Acessos Plataforma
1	Barbacena	Andrelândia	Comunidade escolar	9	1º coordenação	12
2		Santa Rita de Ibitipoca	Comunidade escolar e população local	10	1º coordenação	28
N.	SRE	Município	Composição do comitê	Total integrantes	Situação Coordenação	Acessos Plataforma
3	Conselheiro Lafaiete	Lamin	Comunidade escolar e população local	11	1º coordenação	22
4		Rio Espera	Comunidade escolar	9	1º coordenação	16
5		Queluzito	Comunidade escolar	4	1º coordenação	19

6	Coronel Fabriciano	Ipatinga	Comunidade escolar	11	2º coordenação	14
7	Divinópolis	Divinópolis	Comunidade escolar e população local	11	2º coordenação	51
8		São Sebastião do Oeste	Comunidade escolar e população local	10	1º coordenação	9
9		Itaúna	Comunidade escolar	8	3º coordenação	27
10	Metrop. A	Belo Horizonte	Alunos	20	1º coordenação	125
11	Metrop. C	Ribeirão das Neves	Comunidade escolar	13 (1)	1º coordenação	38
12	Montes Claros	Francisco Dumont	Comunidade escolar e população local	10	1º coordenação	31
13		São João do Paraíso	Comunidade escolar	12	1º coordenação	20
14	Pará de Minas	Pará de Minas	Comunidade escolar e população local	6	1º coordenação	5
15	Ponte Nova	Canaã	Comunidade escolar	8	1º coordenação	19
16		Dom Silvério	Comunidade escolar e população local	8	2º coordenação	29
17		Raul Soares	Comunidade escolar	9	1º coordenação	13
18		São Miguel do Anta	Comunidade escolar	19	2º coordenação	20
19		Viçosa	Comunidade escolar	9	1º coordenação	13

NOTA (1) O comitê da SRE Metropolitana C (município de Ribeirão das Neves) era formado por 13 integrantes à época em que as atividades foram realizadas. Posteriormente, em abril de 2018, o comitê

ampliou o número de participantes para 23 pessoas (integrantes + coordenador).

Além do acesso ao conteúdo formativo, outra possibilidade oferecida pela plataforma era a tutoria para o desenvolvimento das atividades. Os 19 comitês com atividades foram responsáveis por 90 (81%) das mensagens recebidas pelos tutores (111 mensagens no total), o que reforça a importância da comunicação estabelecida na plataforma *on-line* da Proposta.

5.3.4.1 O diagnóstico do território

Conforme já mencionado, a plataforma *on-line* apresentava conteúdo teórico e prático capaz de orientar os integrantes do comitê no trabalho a ser desenvolvido no território, visando sua análise, diagnóstico e planejamento de ações necessárias para os problemas identificados.

Em relação ao diagnóstico do território, o conteúdo da plataforma abordava o conceito de território, convidando os integrantes do comitê a refletirem sobre os diversos fatores que conformam o espaço, como histórico de sua ocupação, mudanças ocorridas ao longo do tempo nas características naturais e estruturas construídas, perfil dos moradores, principais atividades desenvolvidas, serviços públicos e privados existentes e, além desses, os problemas identificados durante a análise do local que poderiam estar relacionados à ocorrência da dengue, zika, chikungunya e proliferação do vetor.

Dessa forma, o comitê deveria reproduzir seu território de atuação, fosse uma escola, uma rua, um bairro ou até o município, a partir da técnica do mapa falado, que corresponde a um desenho representativo do local (FARIA; FERREIRA NETO, 2006). O mapa falado serviria, portanto, como uma forma de discussão e apresentação do território a partir da perspectiva dos integrantes do comitê, possibilitando, além disso, que qualquer pessoa compreendesse a realidade local e identificasse os determinantes em saúde existentes no local.

O mapa falado poderia ser desenhado em um cartaz, quadro ou no chão, dependendo dos materiais disponíveis para o desenho e do tamanho do lugar que se desejasse representar. Os elementos desenhados no mapa deveriam caracterizar os diversos componentes do território, a partir do uso de símbolos, objetos ou figuras (FARIA; NETO, 2006; SANTOS, 2005). Ressaltou-se que o principal objetivo não era ter um desenho perfeito, mas que todos os elementos tivessem significado e fossem discutidos entre os participantes, com foco nos fatores positivos existentes no local e, ainda, nos problemas para a saúde da população.

A construção dialogada do mapa e a representação gráfica do território convocariam os integrantes do grupo a percorrerem seus itinerários cotidianos, percebendo neles problemas e necessidades, bem como potencialidades que poderiam ser acionadas para resolução de problemas. Dessa forma, o mapa falado subsidiaria a elaboração de planos de ação pelo comitê.

A análise a seguir baseia-se nas atividades de diagnóstico do território realizadas pelos comitês.

Definição do território

Dos 19 comitês, em 14 (74%) foi possível identificar o território definido para atuação, sendo alguns descritos de maneira clara, e outros identificados através da análise do material enviado pelos participantes.

Quatro comitês (29%) selecionaram o município como território de atuação, sendo todos eles municípios de pequeno porte, com até cinco mil habitantes. Um comitê (7%) selecionou a área urbana do município e um (7%) um distrito rural. Cinco comitês (35%) elegeram o bairro de localização da escola como o território. Para dois comitês (14%), o território definido foi a própria escola. Por fim, um comitê (7%) selecionou um córrego existente no município como território.

Diagnóstico do território

O diagnóstico do território foi realizado por 11 (58%) comitês, conforme a tabela 8.

Apesar da recomendação de que o diagnóstico do território fosse realizado utilizando o mapa falado, três comitês (27%) optaram por realizar o diagnóstico do território de maneira diferente: comitê localizado no município de São João do Paraíso (SRE Montes Claros), Canaã e Dom Silvério (SRE Ponte Nova). É válido destacar que o fato desses comitês optarem por outras técnicas para diagnóstico e representação do território não se configurou como um problema, sendo entendidas, a priori, como técnicas que faziam mais sentido para os participantes.

Um comitê localizado no município de Pará de Minas (SRE Pará de Minas) informou que os integrantes optaram por não realizar essa atividade, por receber alunos de diversos bairros, o que dificultaria a construção do mapa.

A cada atividade recebida, os tutores analisavam e discutiam coletivamente a melhor forma de abordar algumas questões entendidas como pertinentes para a reflexão dos comitês.

Na maioria dos casos, foi necessário dialogar sobre a importância da representação da área de atuação do comitê de maneira mais abrangente e detalhada. Para isso, os tutores procuraram problematizar questões como: “É importante que os integrantes do comitê tenham uma visão real do território onde irão atuar [...] O que há nas ruas (características de cada rua)? Quais são os tipos de moradia? Existem terrenos baldios? Quais os tipos de comércio, serviços públicos disponíveis, entre outros? [...] O mapa falado detalhado do local ajudará na hora de discutir os problemas do território com outros atores. O desenho também auxiliará no monitoramento e avaliação de mudanças em relação aos problemas identificados pelo comitê nos planos de ação”.

Os tutores sempre se referiam ao conteúdo disponível na plataforma *on-line*, para contribuir com o desenvolvimento do diagnóstico.

Uma análise detalhada de cada um dos diagnósticos recebidos está apresentada no Anexo I.

5.3.4.2 Plano de ação: a etapa de planejamento dos comitês

Na plataforma *on-line* também foi elaborado conteúdo teórico/prático para que os comitês, após a construção do mapa falado, pudessem planejar ações para o enfrentamento das doenças e controle do *Aedes aegypti*. Como conteúdo prático, a proposta apresentada foi de elaboração de planos de ação, que representam uma maneira estratégica, prática e objetiva de responder a um determinado problema ou situação. Sua elaboração permite que as ideias que surgem como propostas de solução sejam transformadas em ações concretas (BROSE, 2001; SANTOS, 2005).

O plano de ação deveria ser elaborado de forma organizada, englobando todas as atividades identificadas como necessárias para se alcançar o objetivo estabelecido pelo comitê: responsáveis, recursos, fatores facilitadores e dificultadores para a execução, além da forma de acompanhamento das ações realizadas e dos resultados esperados. Além disso, seria importante avaliar a possibilidade real de seu desenvolvimento, considerando as diversas questões que poderiam dificultar ou, até mesmo, impedir sua execução, como o contexto no qual o problema acontecia, as pessoas envolvidas, o tempo disponível e os recursos existentes

(BROSE, 2001; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2015; SANTOS, 2005). O modelo a seguir foi disponibilizado na plataforma.

Figura 10- Modelo de plano de ação elaborado para os comitês disponibilizado na plataforma *on-line*, julho de 2016.

Plano de Ação							
Problema selecionado para atuação: _____							
Objetivos	Ações necessárias (descrição detalhada da ação)	Responsáveis (população, governo, empresários, escolas)	Tempo (previsão de início e de duração da atividade)	Recursos necessários (pessoas, materiais, equipamentos, dinheiro)	Fatores facilitadores (influenciam positivamente na realização das ações)	Fatores dificultadores (influenciam negativamente na realização das ações)	Forma de acompanhamento (como o grupo pretende acompanhar o alcance dos objetivos)

Fonte: Plataforma *on-line*.

Para realização do plano de ação seria preciso, portanto, que o comitê se organizasse e decidisse quais problemas seriam selecionados. O resultado deveria ser aprovado por todos os integrantes.

Análise dos planos de ação

Os 19 comitês apresentados na tabela 8 cumpriram essa atividade, encaminhando-a de duas formas: 14 (74%) comitês como ações planejadas a serem realizadas, conforme proposto na plataforma *on-line*, e cinco (26%) como relatório de ações já executadas no território.

Definição do problema

A Tabela 10 apresenta os problemas identificados pelos comitês.

Nos 19 planos de ação elaborados, sete (37%) comitês não descreveram o(s) problema(s) selecionado(s), localizados em: Divinópolis (SRE Divinópolis), Dom Silvério e Raul Soares (SRE Ponte Nova), Ipatinga (SRE Coronel Fabriciano); Queluzito (SRE Conselheiro Lafaiete), Pará de Minas (SRE Pará de Minas) e Ribeirão das Neves (SRE Metropolitana C).

Entre os demais, três (16%) comitês selecionaram como problema a pouca conscientização da população sobre as doenças e proliferação do vetor, localizados em: Andrelândia (SRE Barbacena), São João do Paraíso (SRE Montes Claros) e São Miguel do Anta (SRE Ponte Nova).

Sete (37%) comitês selecionaram como problema a proliferação do *Aedes aegypti* e a presença de fatores que contribuíam para isso, como acúmulo de lixo e inadequação de recipientes de armazenamento de água, localizados em: Belo Horizonte (SRE Metropolitana A), Francisco Dumont (SRE Montes Claros), Lamin e Rio Espera (SRE Conselheiro Lafaiete), Nova Era (SRE Ponte Nova), Santa Rita de Ibitipoca (SRE Barbacena) e São Sebastião do Oeste (SRE Divinópolis)

E, por fim, um comitê (5%) localizado no município de Canaã (SRE Ponte Nova) selecionou como problema um córrego do município que, além de receber o lixo de alguns moradores do entorno, também ocasionava infestação de mosquitos nas áreas próximas.

Tabela 10 - Caracterização dos problemas definidos pelos comitês, setembro de 2019.

Problema definido pelo comitê	Número (%)
Não houve definição de problema	7 (37%)
Pouca conscientização da população	3 (16%)
Proliferação do <i>Aedes aegypti</i> e fatores associados (acúmulo de lixo e armazenamento inadequado de água)	7 (37%)
Aumento de casos de dengue na região	1 (5%)
Córrego do município	1 (5%)
Total	19 (100%)

Fonte: Plataforma *on-line*.

Ações planejadas para enfrentamento da dengue, zika, chikungunya e controle do vetor

A análise dos planos elaborados permitiu a identificação de seis conjuntos de ações planejadas, conforme tabela a seguir e as informações apresentadas acima, que descrevem o problema identificado no plano de ação dos 19 comitês.

Tabela 11 - Conjuntos de ações planejadas pelos comitês, de acordo com os problemas identificados, setembro de 2019.

(continua)

Problema	Município de localização do comitê	Plano de Ação - Conjuntos					
		Mutirão	Atividade educativa	Elaboração de material educativo	Parceria com outros setores	Fiscalização	Monitoramento de casos
Não definido	Ipatinga	X	X	X	X	X	X
Não definido	Ribeirão das Neves	X	X	-	-	-	-
Não definido	Raul Soares	X	X	-	X	-	X
Não definido	Queluzito	X	X	X	X	-	X
Não definido	Divinópolis	X	X	-	X	-	-
Não definido	Dom Silvério	X	X	-	X	X	-
Não definido	Pará de Minas	X	X	X	-	-	X
Conscientização população	São Miguel do Anta	X	X	X	X	-	-
Conscientização população	São João do Paraíso	X	X	X	X	X	X
Conscientização população	Andrelândia	-	X	X	X	-	-
Proliferação do <i>Aedes</i>	Francisco Dumont	X	X	X	X	-	-

Proliferação do <i>Aedes</i>	São Sebastião do Oeste	X	-	X	X	-	-
Proliferação do <i>Aedes</i>	Rio Espera	X	X	-	X	X	-
Proliferação do <i>Aedes</i>	Lamin	X	X	X	X	-	-
Proliferação do <i>Aedes</i>	Viçosa	X	X	X	X	-	-
Proliferação do <i>Aedes</i>	Belo Horizonte	X	X	-	-	X	-
Proliferação do <i>Aedes</i>	Santa Rita de Ibitipoca	X	X	-	X	X	X
Aumento casos de dengue	Itaúna	X	X	X	-	X	-
Córrego no município	Canaã	X	X	-	X	-	-
	Total	18	18	11	15	7	6

Fonte: Plataforma *on-line* e e-mail.

Mutirão

Esse conjunto esteve presente no plano de ação de 18 (95%) comitês. Os mutirões planejados incluíam desde visita nos domicílios para orientação dos moradores, vistoria das residências, até mutirão para recolhimento de lixo, conforme trechos a seguir.

“Desfile no entorno da escola com a temática *Aedes aegypti*” (Comitê localizado no município de Ipatinga, SRE Coronel Fabriciano).

“Fizemos uma campanha em toda a cidade, pois o acúmulo indevido de lixo é um problema para nossa comunidade, principalmente, porque é um problema cultural e de educação [...]” **(Comitê localizado no município de São Sebastião do Oeste, SRE Divinópolis).**

“Tarefa coletiva da comunidade para realizar limpeza dos quintais e eliminar possíveis focos do mosquito” **(Comitê localizado no município de Raul Soares, SRE Ponte Nova).**

“[...] Mutirão de visita domiciliar em parceria com a secretaria de saúde, com orientação e conscientização da população do bairro do Asilo. Nesse mutirão, os seus integrantes juntamente com os agentes comunitários de saúde fiscalizarão o quintal de cada domicílio para averiguar se a caixa d’água está devidamente tampada [...] Fazer visita domiciliar abordando o chefe da família para conversar sobre o problema e entrega de panfleto, que já existe, que alerta sobre os cuidados com o domicílio e com o quintal para que não haja foco do mosquito da dengue [...] Serão visitados doze domicílios que aparentam maior necessidade de orientação [...]” **(Comitê localizado no município de Rio Espera, SRE Conselheiro Lafaiete).**

“[...] Visitas para alertar os moradores com relação ao cuidado com o lixo, vasilhas de plantas e tudo que foi aprendido através da plataforma” **(Comitê localizado no município de Canaã, SRE Ponte Nova).**

“Manutenção de um jardim abandonado que tinha água acumulada, entulho e uma caixa de esgoto aberta” **(Comitê localizado no município de Belo Horizonte, SRE Metropolitana A).**

“[...] Remanejar nos domicílios todo e qualquer depósito que possa acumular água, em dias programados pelo órgão público [...]” **(Comitê localizado no município de Dom Silvério, SRE Ponte Nova).**

“Retirada de pets de refrigerantes com água parada [...] os mesmos foram reutilizados para fazer contenção de canteiros em uma horta na nossa escola e estavam oferecendo risco de se tornarem possíveis criadouros do mosquito *Aedes aegypti*” **(Comitê localizado no município de Queluzito, SRE Conselheiro Lafaiete).**

“[...] Formar um mutirão para passar nas casas do Povoado promovendo vistoria dos quintais e a conscientização da população [...]” **(Comitê localizado no município de São João do Paraíso, SRE Montes Claros).**

“[...] Mutirão de fiscalização de possíveis focos [...]” **(Comitê localizado no município de Pará de Minas, SRE Pará de Minas).**

Atividade educativa

Dezoito (95%) comitês planejaram ações incluídas nesse conjunto, como atividades de rodas de conversa com alunos e pais, palestras de orientação sobre as doenças, o vetor e a importância do recolhimento adequado de lixo, organização de exposições sobre o tema, distribuição de panfletos, apresentação de teatros e vídeos sobre o assunto, entre outros, conforme exemplificado nos trechos a seguir.

“[...] Exposição do mapa e do plano de ação na feira de ciências, panfletagem, blitz nas ruas [...]” (**Comitê localizado no município de Divinópolis, SRE Divinópolis**).

“Distribuindo panfletos, na proximidade das épocas de chuva, realizando palestras” (**Comitê localizado no município de Ribeirão das Neves, SRE Metropolitana C**).

“[...] Roda de conversa com alunos e pais sobre os vetores que causam as doenças [...] Trabalhar uma vez por semana em cada turma da escola 10 minutos contra o *Aedes aegypti* [...]” (**Comitê localizado no município de Francisco Dumont, SRE Montes Claros**).

“[...] Organizar exposição aberta a comunidade para a conscientização do descarte correto do lixo [...]” (**Comitê localizado no município de São Miguel do Anta, SRE Ponte Nova**).

“Sensibilização da comunidade escolar sobre a gravidade das epidemias para que se tornem mais ativos no combate às doenças através de teatros e relatos de pessoas acometidas pelas doenças e propaganda na rádio comunitária” (**Comitê localizado no município de Lamin, SRE Conselheiro Lafaiete**).

“Virada Educação Minas Gerais 2017, onde a rede estadual abriu suas portas para receber a comunidade – alunos, pais ou responsáveis, familiares, amigos – para mostrar as ações e projetos que são desenvolvidos nas unidades. Os alunos confeccionaram todo o material a ser exposto, fizemos uma maquete, vídeos educativos para que toda a escola e comunidade pudessem apreciar” (**Comitê localizado no município de Viçosa, SRE Ponte Nova**).

“Conscientização dos funcionários da escola para possíveis focos do mosquito no espaço institucional” (**Comitê localizado no município de Belo Horizonte, SRE Metropolitana**).

“[...] Orientar a comunidade quanto aos horários de coleta e regular destino adequado dos resíduos [...]” (**Comitê localizado no município de Dom Silvério, SRE Ponte Nova**).

“[...] Palestras de conscientização e informação sobre as doenças [...]” (**Comitê localizado no município de São João do Paraíso, SRE Montes Claros**).

“[...] Realizar palestra sobre contágio, sintomas e diferenças entre as doenças [...]” (**Comitê localizado no município de Andrelândia, SRE Barbacena**).

“Foram levantadas discussões sobre a responsabilidade individual e coletiva no combate [...] Debates foram levantados em torno dos assuntos: doenças e seus impactos, sintomas, formas de evitar a propagação do mosquito. Muito enfoque foi dado às questões sobre a dengue hemorrágica e microcefalia” (**Comitê localizado no município de Santa Rita de Ibitipoca, SRE Barbacena**).

Elaboração de material educativo

Onze (58%) comitês apresentaram ações para esse conjunto. As ações foram de elaboração de cartazes, panfletos, músicas, murais, maquetes. Além desses materiais, também havia uma ação envolvendo a criação de conteúdo em rede social para divulgação do trabalho do comitê.

“[...] Para divulgar o trabalho, o comitê criou uma página do *Facebook*, com informações sobre o projeto e as atividades que estão sendo desenvolvidas no território [...]” (**Comitê localizado no município de Francisco Dumont, SRE Montes Claros**).

“A partir dos folders foram feitos cartazes de divulgação que foram colocados nos estabelecimentos comerciais e encaminhados a todas as Comunidades Rurais [...]” (**Comitê localizado no município de São Sebastião do Oeste, SRE Divinópolis**).

“[...] Fabricar cartazes e panfletos para conscientização [...]” (**Comitê localizado no município de São Miguel do Anta, SRE Ponte Nova**).

“[...] Criar um folder com orientações específicas para grávidas sobre o combate ao *Aedes aegypti* e os riscos do Zika vírus durante a gravidez [...]” (**Comitê localizado no município de São João do Paraíso, SRE Montes Claros**).

“[...] Elaboração de frases e cartazes preventivos de combate ao mosquito transmissor [...] Criação de paródias [...]” (**Comitê localizado no município de Pará de Minas, SRE Pará de Minas**).

“[...] Confecção de cartazes alertando sobre o início do período das chuvas e de possíveis locais onde possam se encontrar água parada [...]” (**Comitê localizado no município de Andrelândia, SRE Barbacena**).

Parceria com outros setores

Esse conjunto foi incluído por 15 (79%) comitês sendo o setor saúde o principal parceiro identificado, com destaque para os profissionais da vigilância em saúde. Também foram citados o setor de limpeza urbana municipal, a polícia militar e as rádios comunitárias.

“Enviar ofício ao 14º Batalhão de Polícia Militar para acompanhar o apitação [...] Contatar a Inter TV dos Vales para cobrir o evento” (**Comitê localizado no município de Ipatinga, SRE Coronel Fabriciano**).

“[...] Fazer parceria com a Secretaria Municipal de Saúde para combate com produtos que eliminam o vetor nos criadores detectados no mapeamento [...]” (**Comitê localizado no município de Francisco Dumont, SRE Montes Claros**).

“A parceria com as Secretarias Municipais de Saúde e Educação tem dado muito certo, e agora vamos trabalhar também em parceria com Departamento do Meio Ambiente” (**Comitê localizado no município de São Sebastião do Oeste, SRE Divinópolis**).

“A Escola atua junto com a organização do serviço de controle de zoonoses para desenvolver ações de prevenção contra a dengue” (**Comitê localizado no município de Raul Soares, SRE Ponte Nova**).

“[...] Estabelecer parceria entre comunidade e ESF e agentes de controle de zoonoses, para a capacitação dos grupos e participação dos mesmos [...]” (**Comitê localizado no município de São Miguel do Anta, SRE Ponte Nova**).

“[...] Os integrantes juntamente com os agentes comunitários de saúde fiscalizarão o quintal de cada domicílio para averiguar se a caixa d’água está devidamente tampada [...]” (**Comitê localizado no município de Rio Espera, SRE Conselheiro Lafaiete**).

“[...] Para melhor desenvolver o Projeto buscaremos parceria com a Prefeitura Municipal e a Emater” (**Comitê localizado no município de Canaã, SRE Ponte Nova**).

“[...] Realização de manejo ambiental, em dias programados pelo órgão público [...]” (**Comitê localizado no município de Dom Silvério, SRE Ponte Nova**).

“[...] Realizar palestra sobre contágio, sintomas e diferenças entre as doenças [...] Profissional da saúde (enfermeiro, médico) [...]” (**Comitê localizado no município de Andrelândia, SRE Barbacena**).

“A Polícia Militar de Minas Gerais também marcou presença no evento e com uma viatura percorreu algumas ruas da cidade” (**Comitê localizado no município de Santa Rita de Ibitipoca, SRE Barbacena**).

Fiscalização

Entre os 18 planos de ação, sete (37%) deles incluíram ações de fiscalização e monitoramento, visando garantir a inspeção e eliminação de possíveis criadouros do vetor, conforme destacado nos trechos seguintes.

“[...] Entrar em contato com o dono do terreno baldio, através da coordenadora do comitê, alertando sobre os riscos de acúmulo de lixo que podem trazer doenças, insetos, ratos, mau cheiro e mosquitos. A orientação será para que o dono possa realizar a limpeza do terreno e cercá-lo para que não seja mais jogado lixo no local [...]” **(Comitê localizado no município de Rio Espera, SRE Conselheiro Lafaiete).**

“[...] Intensificação da fiscalização urbana para identificar e autuar os infratores, orientar a comunidade quanto aos horários de coleta e regular destino adequado dos resíduos [...] Alvará de autorização judicial para garantir a entrada em imóveis fechados, abandonados ou recusa de morador, mediante identificação e denúncia [...]” **(Comitê localizado no município de Dom Silvério, SRE Ponte Nova).**

“[...] Banheiro feminino da escola, pois no chão havia um ralo destampado que acumulava água, além da descarga que vazava e acumulava água no ralo” **(Comitê localizado no município de Belo Horizonte, SRE Metropolitana A).**

“[...] Foram verificadas todas as instalações da escola, bem como pátio e imediações [...]” **(Comitê localizado no município de Itaúna, SRE Divinópolis).**

“[...] Visitar e monitorar terrenos baldios e fazer a retirada do lixo acumulado em suas intermediações [...]” **(Comitê localizado no município de São João do Paraíso, SRE Montes Claros).**

Monitoramento de casos

Esse conjunto também esteve presente em seis (32%) planos de ação, conforme trechos a seguir.

“Construir gráficos e tabelas com a incidência da doença na cidade de Ipatinga” **(Comitê localizado no município de Ipatinga, SRE Coronel Fabriciano).**

“[...] Monitorar os casos suspeitos e analisar correlação com áreas geográficas (prédio escolar e em todo o Povoado de Boa Sorte) [...]” **(Comitê localizado no município de São João do Paraíso, SRE Montes Claros).**

“[...] Elaboração de estatística sobre a incidência da doença na escola e na comunidade [...]”
(Comitê localizado no município de Pará de Minas, SRE Pará de Minas).

Outras ações

Três (16%) comitês também citaram ações que não foram classificadas em nenhum dos seis conjuntos acima:

“O selo “CASA LIMPA” será feito pela secretaria de saúde” **(Comitê localizado no município de São Sebastião do Oeste, SRE Divinópolis).**

“Fizemos um repelente caseiro que chamou muito a atenção de todo o público da feira” **(Comitê localizado no município de Viçosa, SRE Ponte Nova).**

“Armadilha para o mosquito da dengue feito de sucata” **(Comitê localizado no município de Itaúna, SRE Divinópolis).**

Ainda nos planos de ação, era esperado que os comitês identificassem fatores que poderiam ser considerados facilitadores ou dificultadores para implementação das ações planejadas.

Questões identificadas como facilitadoras para a execução das ações foram: conhecer a população do território (município de São João do Paraíso, SRE Montes Claros); envolvimento dos alunos (município de Belo Horizonte, SRE Metropolitana A; Ipatinga, SRE Coronel Fabriciano; Itaúna, SRE Divinópolis; Raul Soares e São Miguel do Anta, SRE Ponte Nova; Lamin, SRE Conselheiro Lafaiete); parceria com outros setores (município de Andrelândia, SRE Barbacena; Divinópolis e São Sebastião do Oeste, SRE Divinópolis; Ipatinga, SRE Coronel Fabriciano; Lamin, SRE Conselheiro Lafaiete) baixo custo com deslocamento para realização das atividades (município de Rio Espera, SRE Conselheiro Lafaiete); experiência já adquirida com atividades pedagógicas, devido à participação de professores nos comitês (município de Francisco Dumont, SRE Montes Claros; Pará de Minas, SRE Pará de Minas).

Como fatores dificultadores, com exceção dos comitês localizados em Belo Horizonte (SRE Metropolitana A), Queluzito (SRE Conselheiro Lafaiete) e Santa Rita de Ibitipoca (SRE Barbacena), todos os demais destacaram a baixa participação da população, inclusive dos pais de alunos, baseada em ações semelhantes desenvolvidas pela escola, que necessitavam do engajamento da comunidade na sua realização. O comitê localizado em Rio Espera (SRE

Conselheiro Lafaiete) citou, como uma possível explicação, o fato de as atividades serem programadas muitas vezes em dias e horários de trabalho de grande parte dos moradores do território.

Os comitês localizados em Belo Horizonte (SRE Metropolitana A), Francisco Dumont (SRE Montes Claros) e Lamin (SRE Conselheiro Lafaiete) também incluíram a falta de recursos financeiros como um fator dificultador. O comitê em São Miguel do Anta (SRE Ponte Nova) citou a condição das estradas rurais e distância entre as casas do território, além da dificuldade de acesso à internet em alguns locais.

Os comitês localizados em Canaã, Dom Silvério e Viçosa (SRE Ponte Nova) e Ribeirão das Neves (Metropolitana C) não identificaram fatores facilitadores e dificultadores para o desenvolvimento das ações.

Tabela 12 - Fatores, citados pelos comitês, que poderiam influenciar na execução das ações no território, setembro de 2019.

Fatores facilitadores	N (%)
conhecer a população do território	1 (5%)
envolvimento dos alunos	6 (32%)
parceria com outros setores	5 (26%)
baixo custo com deslocamento para realização das atividades	1 (5%)
experiência já adquirida com atividades pedagógicas	2 (11%)
Fatores dificultadores	N (%)
baixa participação da população	16 (84%)
falta de recursos financeiros	3 (16%)
condição das estradas rurais,	1 (5%)
distância entre as casas do território,	1 (5%)
dificuldade de acesso à internet em alguns locais	1 (5%)

Fonte: Plataforma *on-line*.

As possibilidades e os desafios para a realização de ações de enfrentamento às doenças, controle do vetor e de promoção da saúde nos territórios foram semelhantes entre os comitês. Cabe, aos tutores e GG, estimular e acompanhar a implementação e avaliação das ações propostas, atentando, principalmente, para os fatores dificultadores levantados pelos comitês.

A intenção é de verificar se esses fatores impossibilitaram a realização da ação, ou causaram algum tipo de prejuízo, e quais foram as estratégias adotadas pelos comitês para garantir o desenvolvimento do trabalho no território.

6. DISCUSSÃO

O modelo de organização da Proposta de Vigilância em Saúde de base territorial buscou articular instituições de saúde, educação, pesquisa e a participação popular, entendendo ser essa uma estratégia de trabalho intersetorial para lidar com questões complexas de saúde, como dengue, zika e chikungunya.

Ao incorporar novos atores – comitês populares; um novo objeto – o território; processos construídos coletivamente – mapa falado e planos de ação; e uma nova forma de organização de trabalho – a plataforma *on-line*, entendemos que o modelo também se aproximou da vigilância em saúde, assim como proposto por Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998).

A Proposta continua sendo desenvolvida e implantada em novos territórios de MG. Ainda assim, algumas questões já podem ser discutidas, a partir dos resultados alcançados até aqui.

Forma de gestão e condução da Proposta

A criação de um Grupo Gestor (GG), no qual diferentes instituições precisariam, de maneira articulada, priorizar o desenvolvimento da Proposta, foi, a nosso ver, uma iniciativa válida, inclusive para reafirmá-la enquanto um projeto de abrangência estadual e intersetorial.

Autores reiteram que a composição de equipes multidisciplinares favorece o alcance de metas, o cumprimento de prazos e a resolução de problemas. Nesse tipo de equipe, a aquisição, o armazenamento e a disseminação do conhecimento – gestão do conhecimento – acontecem de maneira mais favorável e dinâmica (GONZALES; MARTINS; TOLEDO, 2009; PERROTTI; VASCOCELLOS, 2005).

A atuação dos tutores junto ao GG também precisa ser apontada, pois foi um ponto fundamental para garantir a circulação das informações e a manutenção da comunicação entre as instituições envolvidas na coordenação da Proposta.

Conforme já mencionado, na SEE-MG e SES-MG houve uma rotatividade dos atores envolvidos na Proposta. A capacidade de reorganização interna do GG favoreceu uma postura mais flexível e proativa nesses momentos. Ainda assim, a forma de condução utilizada não foi o suficiente para que a SES-MG conseguisse manter uma participação contínua nos encontros, discussões e momentos de planejamento e tomada de decisão.

Quanto ao cronograma de reuniões do GG – mensais durante todo o primeiro ano da Proposta, bimensais no segundo, e trimestrais no terceiro e quarto ano – esse foi parcialmente cumprido. A agenda dos envolvidos, por vezes, impossibilitou o seguimento do cronograma. Com isso, as reuniões precisaram acontecer com maior espaço de tempo do que o previsto e, em alguns momentos, foram realizadas sem a presença de todas as instituições, principalmente a SES-MG.

Essa constatação é relevante, uma vez que pode significar que a forma de trabalho do GG, muito baseada em encontros presenciais, precisa ser repensada, caso essa seja uma maneira de facilitar a interlocução e o envolvimento dos atores e instituições que o representam.

O envolvimento das SRE no papel de mobilizadoras regionais esteve aquém do esperado, que era de apoio na divulgação e acompanhamento contínuo da Proposta.

Quando se realizava contato nas superintendências, frequentemente, percebia-se o desconhecimento da Proposta, bem como o quanto era confundida com ações do Programa Saúde na Escola (PSE).

O PSE é um programa de abrangência nacional, criado em 2005, destinado ao desenvolvimento de ações de promoção à saúde junto aos estudantes do ensino fundamental e médio. A partir de uma parceria entre saúde e educação, o PSE contempla diferentes atividades relacionadas à saúde, entre elas, ações de combate ao *Aedes*, questão essa que pode explicar a confusão por parte dos coordenadores das SRE, sem que houvesse, para eles, uma distinção clara entre a Proposta e as demais ações preconizadas pela política de educação estadual.

Também, durante os contatos, entre os problemas e dificuldades, o excesso de atividades e de programas sob coordenação das SRE foi a questão mais destacada pelas referências. Além disso, a rotatividade nas funções dentro da superintendência também provocava a descontinuidade na coordenação, sendo necessário reiniciar o diálogo com um novo possível coordenador.

Dessa forma, mantida a compreensão da importância das SRE na condução e acompanhamento da Proposta, é preciso identificar como, de fato, conseguir envolvê-las, buscando associar as demandas da Proposta à dinâmica de trabalho dessas instituições.

Já no nível das escolas estaduais, a mobilização ficou mais restrita ao espaço escolar, provavelmente, devido a maior facilidade de comunicação e interação proporcionadas pelo ambiente institucional. Além disso, dentro da instituição, parece que o processo ocorreu de maneira verticalizada, o que pode explicar a falta de conhecimento dos coordenadores, quanto à Proposta e, também, sobre sua indicação, questões percebidas nos contatos realizados pelos tutores.

Mesmo assim, contar com as escolas foi essencial para acessar o território, ainda que não de maneira tão ampliada junto à população, tal como era esperado.

Diante das especificidades e fragilidades identificadas na forma de gestão e condução da Proposta, é necessário refletirmos sobre a real possibilidade e o significado atribuído por cada uma das instituições envolvidas, incluindo os atores que as representam, de modo que haja intencionalidade e engajamento autênticos para torná-la um projeto prioritário, tanto do setor saúde, quanto da educação.

A contribuição da plataforma *on-line* para o modelo de organização da Proposta

A plataforma mostrou-se um desafio, no entanto, com resultados satisfatórios para os objetivos estabelecidos: possibilitar a adesão do maior quantitativo possível de escolas de Minas Gerais, independentemente de sua localização no estado, de maneira pouco onerosa, garantindo a comunicação entre tutor e comitê no desenvolvimento e acompanhamento do trabalho nos territórios.

Chamamos a atenção novamente para a importância da comunicação em iniciativas que buscam estimular e fortalecer o protagonismo da população na produção de ações de prevenção, promoção e cuidado em saúde (ARAÚJO; CARDOSO, 2007; CORIOLANO-MARINUS et al., 2014; EMERICH et al., 2016).

Nesse tipo de iniciativa, a comunicação é propulsora da construção coletiva, pois o envolvimento da população depende da apropriação de conhecimentos e da abertura ao diálogo, servindo como estímulo a sua participação nos espaços de discussão e de produção de ações (HENRIQUES, 2005; STRECK, 2006; BRANDÃO; BORGES, 2007; MARIA, 2014).

A valorização de processos comunicativos é, dessa forma, fundamental em ações de vigilância e promoção da saúde, permitindo que a informação seja compartilhada e o diálogo seja estabelecido, auxiliando no planejamento e na estruturação das ações de intervenção no território (FERNANDES et al., 2017; OLIVEIRA; CRUZ, 2015; TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

Conforme também já ressaltamos, a plataforma foi uma alternativa, dentre as várias TICs que, como apontam Pretto e Pinto (2006) e Carlotto e Dinis (2018), podem ser selecionadas de acordo com a conveniência, capacidade de aceitação e inclusão, facilidade de uso, garantia de segurança e privacidade dos dados, dentre outros.

A opção por uma plataforma *on-line* foi, ao nosso ver, a forma de acesso ao território e de interação com população, a partir dos comitês populares constituídos.

A inclusão de tutores na plataforma demonstrou ser uma decisão acertada e que muito pode ter contribuído para a mobilização inicial das escolas, cadastro na plataforma e estímulo à participação na Proposta.

O investimento dos tutores em estratégias de comunicação com os comitês, sempre foi com o intuito de promover uma participação mais ativa na Proposta e que logrou certo êxito, entre 2017 e 2018, constatado principalmente no banco de dados gerado pela ferramenta, que demonstrou aumento na quantidade de acessos quando os tutores realizavam alguma “chamada aos comitês”. A cada contato realizado por um comitê, conforme já dito, os tutores adotavam a prática de elaboração compartilhada do retorno à demanda recebida, contribuindo para que todas as questões fossem vivenciadas, discutidas e decididas coletivamente.

Em sua dissertação, Oliveira (2018) destacou a plataforma *on-line*, bem como o grupo de tutores incluído na ferramenta, como fatores facilitadores no processo de desenvolvimento da Proposta, principalmente em municípios mais distantes de Belo Horizonte, nos quais o acesso e acompanhamento pelo grupo de pesquisa apresentariam dificuldades que poderiam inviabilizar sua implantação nesses territórios.

Além disso, convém ressaltar, conforme aponta Henriques (2005), que as formas e espaços para mobilização e participação das pessoas, nas mais diferentes causas e projetos, precisam evoluir e serem condizentes com o momento. Nesse sentido, o fato de vivermos em uma época fortemente marcada pelo uso das TICs, criar uma plataforma *on-line* foi uma maneira de reconhecer e investir em uma ação participativa a partir da internet, estratégia que já vem sendo amplamente utilizada para a promoção de ações participativas.

Araújo, Penteado e Santos (2015), analisando processos de *webativismo*, afirmam que, por meio da internet, é possível ampliar e disseminar a voz do cidadão, desenvolvendo nossas formas de ativismo político.

Cavalcanti e Netto (2014), reforçam essa ideia, de novas formas de organização e ativismo, principalmente quando se tem uma forte articulação entre mobilizações virtuais e aquelas que acontecem em espaços físicos, criando uma dinâmica de retroalimentação.

Miranda e Rocha (2018) analisaram o uso do *facebook* como estratégia de comunicação para fortalecer a participação popular na gestão pública do setor saúde.

Pereira Júnior e Spitz (2016), a partir de um estudo sobre tecnologias desenvolvidas por setores como academia, organizações não governamentais, associações comunitárias, entre outros, concluíram que essas contribuem para promover a participação e a inclusão da sociedade no desenvolvimento de iniciativas de empreendedorismo social. Para os autores (2016), a *web* representa uma possibilidade já consolidada de conexão, colaboração, compartilhamento e mobilização para participação política e social cidadã, sendo a informação qualificada uma condição essencial para o engajamento e fortalecimento da capacidade de ação social.

De acordo com dados do Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação (CETIC), do Comitê Gestor da Internet no Brasil, um a cada quatro brasileiros utiliza a internet. Os principais motivos para o uso envolvem, respectivamente, atividades de comunicação (chamada por voz ou por vídeo), busca de informações sobre saúde e atividades relacionadas ao trabalho (CETIC, 2019).

A internet está presente em 71% dos domicílios em todo o país. Nos domicílios sem acesso à internet, os motivos envolvem: custo (26%), não saber usar (20%), falta de interesse (18%), receio de acesso a conteúdo perigoso (8%), falta de necessidade (7%), entre outros (21%) (CETIC, 2019).

Atualmente, o celular é o dispositivo mais usado para acesso à internet, sendo o único meio para 58% dos usuários (CETIC, 2019).

Na análise do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018), o acesso à internet em áreas rurais tem apresentado um crescimento significativo, fato que pode contribuir para incentivar a constituição de comitês populares nessas localidades.

A internet representa, portanto, um meio para promoção e circulação de conhecimento, inclusão e participação social. Através dela, pessoas se conhecem, descobrem afinidades e

interesses em comum, e podem se articular para um propósito coletivo (ARAÚJO; PENTEADO; SANTOS, 2015; COEP, 2016; PEREIRA JÚNIOR; SPITZ, 2016).

No campo da Comunicação e Saúde, tem se revelado potente para a democratização da informação, fortalecimento da participação, criação de redes e produção de novos espaços de interlocução, defesa e promoção de saúde (ARAÚJO; CARDOSO, 2007; MUZI; CLÉBICAR, 2014; CARLOTTO; DINIS, 2018).

A participação na Proposta

A participação da população foi uma vertente importante da Proposta. Representa uma condição sem a qual seria impossível pensar em uma ação coletiva e articulada no território (BRASIL, 2018d).

Conforme apontamos anteriormente, a participação deve ser entendida como uma garantia dada a todas as pessoas de conhecer, participar, discutir, acompanhar e avaliar uma ação de interesse público, estimulando o envolvimento e a organização popular para a discussão de seus problemas e luta por direitos (BROSE, 2001; TRAVASSOS, 2016).

A participação também se coaduna com os princípios da vigilância e da promoção da saúde. Quanto a esses, destacamos novamente a abertura da vigilância à incorporação de novos sujeitos, saberes e práticas, e da promoção da saúde, que ressalta a necessidade de empoderamento e participação da população para intervir nos problemas produzidos pelas condições de vida, almejando produzir transformações concretas e necessárias no seu território de vida (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998; SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003; ARREAZA; MORAES, 2010; BRASIL, 2018d).

Na Proposta, a participação foi marcada por alguns fatores que dificultaram, ou, até mesmo impediram o desenvolvimento do trabalho no território. O processo de designação dos profissionais da rede de educação e os movimentos de paralisação e greve das escolas são exemplos desses fatores, assim como o volume de projetos educacionais para serem desenvolvidos por essas instituições, o que acaba gerando rearranjos no processo de trabalho e, com isso, dificultando um envolvimento contínuo em projetos de longo prazo.

A designação refere-se a uma forma de preenchimento de cargo prevista em lei, visando suprir temporariamente a necessidade de pessoal (MINAS GERAIS, 1990). Em relação a esse processo, o tempo de contrato dos profissionais indicados como coordenadores de comitê impediu sua participação e, apesar da retomada de contato dos tutores nessas

escolas, solicitando a indicação de um novo coordenador, o que se percebeu foi certa desmobilização das instituições, com recuo na adesão à Proposta.

Movimentos de paralisação e greve também contribuíram para a desmobilização das escolas que, mesmo nos períodos de normalização das atividades letivas, tiveram sua participação comprometida. A esse respeito, desde meados de 2016, os servidores estaduais, entre eles os do setor educação, vêm convivendo com o parcelamento de seu salário. Esse é um problema que pode ter impactado na participação, já que, muitas vezes, a Proposta foi entendida como parte das atividades do cotidiano de trabalho.

Oliveira (2018) também contribuiu para essa discussão. Ao analisar, em sua dissertação, os fatores que dificultaram o processo de desenvolvimento da Proposta de Vigilância em Saúde de base territorial, apontou, ainda, a dificuldade na comunicação entre os envolvidos, destacando os diretores das escolas – que deveriam atuar como peça chave na etapa de aceite do convite – e os indicados para coordenação do comitê – geralmente um professor da instituição.

Esse achado nos impulsiona a refletir, ainda no campo da participação, sobre o forte protagonismo dos atores do espaço escolar na Proposta, sinalizando a necessidade de uma participação popular mais ampla. Inclusive, os principais problemas citados – processo de designação de profissionais, movimentos de paralisação/greve, volume de projetos educacionais – só foram tão relevantes pela mesma questão, ou seja, centralidade da Proposta nas instituições.

Somado a isso, percebeu-se também a centralidade do trabalho na figura do coordenador do comitê – muito comumente um professor ou profissional envolvido na direção da escola – único responsável pela interlocução com os tutores. Esse foi um fator dificultador para o desenvolvimento da Proposta, tanto percebido pelos tutores, como corroborado pela fala dos próprios coordenadores, quando relatavam falta de tempo para trabalhar com o comitê, diante do excesso de atividades e projetos escolares.

Não queremos aqui, contudo, desconstruir o papel das escolas na Proposta. Para isso, inclusive, citamos Demo (2009, p. 92), quando discorre sobre a potencialidade que essas têm para: “Aprender a desdobrar as potencialidades do ser humano, abrir novos horizontes, provocar a consciência crítica, levar ao saber pensar”.

Bento, Modena e Cabral (2018) também reforçam o papel da escola como promotora de diálogo, troca de experiência e aprendizagem do exercício da cidadania. Por meio do convite ao questionamento, reflexão crítica e formação de sujeitos de forma autônoma e

criativa “A escola como um espaço de saber – social, dialógico e cultural – é de fundamental importância no processo de popularização dos conhecimentos científicos” (BENTO, MODENA, CABRAL, 2018, p.338).

Portanto, a participação das escolas pode, sim, contribuir para maior alcance e disseminação da Proposta. Convém lembrar que comitês com alunos foram responsáveis por 95% das atividades de vigilância desenvolvidas nos territórios (OLIVEIRA, 2018). Dessa forma, a ideia de estimular o interesse de alunos e adolescentes é uma possibilidade promissora, pois pode facilitar a divulgação à comunidade local, despertando o interesse e integração de novos participantes.

O estudo de Silva, Martins e Schall (2013), realizado com estudantes do ensino fundamental no município de Teófilo Otoni (MG), corrobora essa possibilidade. Em um primeiro momento, os pesquisadores procuraram identificar o conhecimento prévio dos estudantes sobre dengue, bem como conhecer o seu contexto sociocultural. A partir dessas informações, foi possível desenvolver uma ação educativa que incluía momentos de conversa, apresentação de vídeo, distribuição de folhetos com informações sobre a doença e vetor e a discussão de ações preventivas no ambiente domiciliar. Com o apoio de agentes de combate a endemias, as casas dos participantes foram visitadas antes e após a ação educativa, para verificação de criadouros potenciais do *Aedes*. De acordo com os resultados da pesquisa, nas duas visitas realizadas após a ação educativa, o número de casas com criadouros potenciais diminuiu, confirmando a hipótese de que o envolvimento dos alunos poderia induzir à realização de ações no espaço domiciliar, possibilitando, ainda, que o conhecimento apreendido fosse compartilhado com seus familiares.

Experiências como essa fortalecem a ideia de que a escola precisa ser reconhecida e valorizada na Proposta de Vigilância em Saúde de base territorial. Contudo, também é preciso tentar extrapolar seus muros, não só no desenvolvimento das ações, mas também na representatividade do território.

Superar essa lacuna de abertura e de participação concreta da população é uma questão essencial para o fortalecimento e continuidade da Proposta.

Nesse sentido, está em desenvolvimento uma pesquisa que analisa redes sociais e produção de solidariedade em dois territórios de um município abrangido pela Proposta. A pesquisa busca compreender em que medida os vínculos sociais constituídos entre os atores que vivem/trabalham nesses locais são capazes de contribuir para a produção de solidariedade

entre a comunidade, apontando elementos que podem favorecer à criação de pontes entre os comitês populares e a população, fortalecendo a mobilização no território.

A atuação dos comitês populares formados a partir da Proposta

De acordo com os resultados apresentados, os comitês populares que avançaram na Proposta conseguiram desenvolver as atividades sugeridas a partir da plataforma *on-line*, contando ainda com as orientações dos tutores, fundamentadas nos pressupostos teóricos nos quais a Proposta de Vigilância em Saúde de base territorial se ancora – vigilância em saúde e sua estreita articulação com o campo da promoção da saúde.

Considerando a concepção ampliada do processo saúde-doença e de seus determinantes, a promoção da saúde busca integrar, em suas dimensões conceitual e metodológica, saberes técnicos e populares para intervir nos problemas produzidos pelas condições de vida dos diferentes grupos da sociedade. Na dimensão conceitual estão os princípios, premissas e conceitos que fundamentam o campo da promoção da saúde. Na metodológica, suas práticas, estratégias, formas de intervenção e instrumental metodológico (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

A incorporação do território, fundamentada nos princípios da vigilância e da promoção da saúde (BRASIL, 2018b,d), teve como propósito fortalecer o reconhecimento de sua importância nas ações e políticas públicas, permitindo o planejamento e a implementação de ações que possam promover melhorias nos DSS (FERNANDES et al., 2017; MONKEN; BARCELLOS, 2005; OLIVEIRA; CASANOVA, 2009).

De maneira geral, o diagnóstico elaborado pelos comitês, em formato de texto ou mapa falado, apresentava as características do local sem, entretanto, a identificação dos determinantes em saúde existentes no território e que poderiam exercer influência no adoecimento da população pelas doenças.

A esse respeito, os achados da pesquisa de Rezende (2018) que, em sua dissertação de mestrado, analisou o contexto epidemiológico, socioeconômico e sanitário de municípios com comitês populares, ainda que digam respeito à análise da população geral dos municípios, podem contribuir para a aproximação do contexto territorial dos comitês populares.

De acordo com a pesquisa, ainda que o contexto sanitário não tenha se configurado com um grande problema entre os municípios, no contexto socioeconômico, a renda per capita entre a população demonstrou uma variação de R\$ 282,97 a R\$ 1.497,29, variação essa

que pode significar desigualdade nas condições de vida e de saúde. Além disso, também é preciso destacar que o contexto epidemiológico evidenciou riscos em relação à chikungunya para o município de Ipatinga (alto risco – de 300 a 499 casos) e, de maneira geral entre os municípios, risco alto para dengue em anos epidêmicos (2013, 2015 e 2016) (REZENDE, 2018).

Dados como esses reforçam a necessidade de uma maior reflexão junto aos comitês, ainda que, conforme ressalta a autora, a pesquisa tenha tratado especialmente da análise dos fatores macrodeterminantes. Sobre isso, convém lembrar que 29% dos comitês selecionaram o município como território de atuação.

A apresentação dos resultados da pesquisa de Rezende (2018) aos participantes pode ser um convite à discussão dessa questão.

Ainda sobre o olhar dos comitês para o território, com exceção do comitê localizado em uma área no município de Belo Horizonte (SRE Metropolitana A), em todos os demais, muitos participantes residiam no local, fato esse que, na nossa visão, poderia ser um facilitador para a construção do mapa falado e diagnóstico do território. Contudo, percebemos nesse estudo que residir e conhecer o lugar não significa, necessariamente, discutir e refletir sobre as características do território, identificando ainda, por meio de representação gráfica (o mapa falado), os determinantes sociais que possam influenciar na saúde dos moradores.

No que se refere às ações planejadas/realizadas pelos comitês populares, foi possível compreender que, de maneira geral, correspondiam a atividades tradicionalmente já ofertadas, principalmente pelo setor saúde, que possui o PNCD como instrumento norteador.

Limpeza urbana, coleta regular de lixo, remoção de potenciais criadouros do vetor no ambiente domiciliar, vistoria de imóveis desocupados, incentivo a atividades educativas na rede de ensino básico e fundamental, entre outras, compõem o extenso rol de ações preconizadas pelo PNCD (BRASIL, 2002). Todas essas estiveram presentes nos planos de ação apresentados pelos comitês populares.

Outros trabalhos sobre experiências de participação popular no controle do *Aedes* também descreveram ações semelhantes, como realização de atividades educativas, inspeção do ambiente domiciliar, mutirões de limpeza, fiscalização de caixas d'água e orientações sobre o correto armazenamento de água (CHIARAVALLI NETO et al., 2003; HEINTZE et al., 2007; KAY; SINH NAM, 2005; TOLEDO et al., 2008).

No entanto, é útil destacar que, de acordo com o PNCD, a realização de parte dessas ações é de responsabilidade do poder público, cabendo aos estados e, principalmente, aos municípios garantir sua execução (BRASIL, 2002).

Por esse motivo, chamou-nos a atenção o planejamento/execução de determinadas ações pelos comitês populares, sobretudo daquelas de mutirão e fiscalização.

Uma abordagem mais ampliada poderia despertar para outras estratégias e iniciativas que ampliassem a noção de promoção da saúde no território, como, por exemplo, dialogar com o poder público local sobre a necessidade de suprir possíveis lacunas nos serviços de saneamento básico no território; pensar em modelos de coleta seletiva de lixo, que seria uma forma de contribuir para o processo de limpeza urbana; reciclagem de materiais, entre outros.

Não se trata aqui de desconsiderar o conhecimento dos participantes da Proposta – o conhecimento, quando não é produzido coletivamente, tende mais a ser um instrumento gerador do que de combate às desigualdades (DEMO, 2009), mas de produzir sua ressignificação para a construção de novos olhares e reflexões dos comitês sobre o território em que viviam e trabalhavam.

Em relação ao monitoramento de casos, entendemos ser uma preocupação dos comitês buscar compreender em que medida o território, por eles definido como de atuação, poderia ser um espaço que contribuísse para a saúde ou para o adoecimento da comunidade, abrindo caminho para a produção de um novo olhar da população sobre o local.

Outros conjuntos de ações identificados nos planos, como realização de atividades educativas, elaboração de materiais educativos, parcerias com outros setores, além de ações não classificadas (criação de selo, repelente e armadilha para o vetor), são exemplos de iniciativas que demonstram o quanto a escola, por meio da articulação entre educadores e educandos, pode apresentar novas ideias que reforcem o trabalho intersetorial no enfrentamento à dengue, zika, chikungunya e controle do *Aedes*.

Os resultados já alcançados pela Proposta e todas as questões aqui discutidas, com destaque para seus desafios e dificuldades, são, certamente, semelhantes àquelas de projetos amplos e complexos como esse, capazes de alcançar pessoas nas mais diversas localidades, promovendo um trabalho coletivo e participativo a partir de grupos marcados pela heterogeneidade na idade, formação, interesses, experiências de trabalho e de envolvimento em ações de mobilização social.

Merece destaque o fato de que, ainda que se tenha um forte projeto de comunicação, mobilização e participação somente alcançarão êxito se capazes de despertar um desejo

coletivo por mudança e a transformação desse desejo em ações concretas (HENRIQUES, 2005, 2013; MAFRA, 2010; TORO; WERNECK, 1996).

Para Toro e Werneck, (1996, p. 5):

Toda mobilização é mobilização para alguma coisa, para alcançar um objetivo pré-definido, **um propósito comum**, por isso é um **ato de razão**. Pressupõe uma convicção coletiva da relevância, um sentido de público, daquilo que convém a todos. Para que ela seja útil a uma sociedade ela tem que estar orientada para a construção de um projeto de futuro. Se o seu propósito é passageiro, converte-se em um evento, uma campanha e não em um processo de mobilização. A mobilização requer uma dedicação contínua e produz resultados quotidianamente (grifo do autor).

Em relação à mobilização pretendida na Proposta de Vigilância em Saúde de base territorial, não há motivos para desanimar. Demo, em seu livro *Cidadania Pequena* (2008), ressalta que a participação dos brasileiros em sindicatos, órgãos de classe e associações comunitárias, principalmente nessas últimas, é aquém do esperado para um efetivo controle democrático, o que dificulta as chances de construção de um projeto popular, por ausência de cidadania organizada. O autor afirma que a população pode até ser facilmente mobilizável, quando em campanhas, entretanto, isso é bem diferente de uma população mobilizada, capaz de se tornar ativamente participante ou, de acordo com seus termos, de uma cidadania organizada e emancipada.

Em outro trabalho, afirma que: “Talvez não esteja em nossos hábitos participar [...] participação assusta” (DEMO, 2009, p. 25). O autor chega a essa conclusão ao rever a história do Brasil, que conviveu com um regime autoritário por vinte e um anos. Como se não bastasse, há, ainda, a grande fragilidade do sistema básico de educação que, focado na educação técnica e instrucional, deixa a margem seu importante papel de formar cidadãos politicamente engajados e autônomos. Para superar esse problema é fundamental que a escola, além dos conteúdos técnicos sistematizados, voltados à formação de recursos humanos, consiga promover a educação como instrumento político e processo formativo de cidadania (DEMO, 2008, 2009).

Milton Santos (1999) também traça uma discussão sobre o ensino nas escolas bastante atual. Para ele, o fenômeno da globalização é um dos principais responsáveis pela diminuição de espaço nas escolas para uma formação filosófica – pautada na discussão da democracia, república e cidadania – e uma super valorização da formação técnica e do saber prático, cada vez mais necessários em um contexto de mercado progressivamente competitivo e individualista. Milton Santos defende que:

A educação deve ser concebida para atender, ao mesmo tempo, ao interesse social e ao interesse dos indivíduos. É da combinação desses interesses que emergem os seus princípios fundamentais e são estes que devem nortear a elaboração dos conteúdos do ensino, as práticas pedagógicas e a relação da escola com a comunidade e com o mundo (1999).

Nessa discussão não poderíamos deixar de recorrer, ainda, a Paulo Freire. Segundo o educador (2011), um dos principais defensores de processos educativos baseados na participação e no diálogo, a realidade social é produto da ação humana e, para ser transformada, depende da conscientização e vontade das classes populares que, para ele, ocupam a posição de oprimidos. É nesse ponto que a educação representa a possibilidade de uma compreensão crítica de situações de desigualdade, injustiça e vulnerabilidade, mas, também, de denúncia, enfrentamento e superação.

Para encerrar, as palavras de Antônio Lino Pinto Júnior (2018) trazem esperança e motivação para prosseguirmos: “Ninguém nasce um cidadão atuante ou um ativista. Mas a partir de experiências concretas no seu bairro, na sua comunidade, na sua cidade, as pessoas vão aprendendo e incorporando cada vez mais a prática da participação social às suas vidas”.

Nessa lógica, processos de mobilização social são estratégias com grande potencial para promover participação, ampliando o conhecimento dos envolvidos e encorajando-os a refletir, criar, transformar e trilhar o seu próprio caminho.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo de organização da Proposta buscou articular os campos da saúde (SES-MG e ESP-MG), educação (SEE-MG), pesquisa (IRR) e população, entendendo ser essa uma estratégia de trabalho intersetorial para lidar com questões complexas de saúde, como dengue, zika e chikungunya. Isso porque o enfrentamento dessas arboviroses depende do controle de um vetor amplamente distribuído e adaptado em todo o território nacional, principalmente em áreas de maior vulnerabilidade econômica e social.

A análise do modelo de organização da Proposta evidenciou algumas fragilidades. Em relação ao GG, a revisão de sua conformação e forma de trabalho podem facilitar o envolvimento e a interlocução entre os atores e instituições que o representam. A inclusão das SRE como mobilizadoras regionais esteve aquém do esperado, sendo necessário rever sua atuação, buscando relativizar as demandas da Proposta à dinâmica de trabalho dessas instituições. A articulação das escolas com a população mostrou-se tênue, exigindo uma maior

aproximação entre instituição e comunidade em busca de uma relação que favoreça o diálogo e a ação coletiva no território.

Como potencialidade do modelo, a plataforma *on-line*, ao mesmo tempo que possibilitou o acesso ao território, também representou uma aposta em uma tecnologia a favor da participação e da comunicação, permitindo que a informação fosse compartilhada e o diálogo fosse estabelecido, auxiliando no planejamento e desenvolvimento de ações de vigilância e promoção da saúde no território.

A inclusão de tutores na plataforma também precisa ser destacada, já que contribuiu para que os comitês, a partir do acervo elaborado e disponibilizado na ferramenta, pudessem atuar no território, realizando o diagnóstico do local e planejando ações de enfrentamento às doenças e controle do vetor.

Pela plataforma, a participação na Proposta mostrou-se alta em 2017, com queda em 2018 e 2019. Fatores como processo de designação de profissionais da rede de educação, movimentos de paralisação/greve nas escolas e volume de projetos educacionais, podem ter influenciado nessa questão, uma vez que a maioria dos participantes estava diretamente vinculada à instituição.

O envolvimento de alunos nos comitês favoreceu a realização das ações no território. Além disso, representa uma possibilidade promissora de disseminação da Proposta, já que os alunos podem promover a sua divulgação à comunidade local, despertando o interesse e integração de novos participantes.

Esperamos que as mudanças que estão sendo realizadas pela equipe de pesquisa, como um novo *layout* para a plataforma e uma nova forma de seleção de tutores, possam contribuir para promover uma maior participação, tanto dos comitês já cadastrados, como de novos participantes, ampliando o alcance e promovendo a continuidade e sustentabilidade da Proposta.

Apesar das barreiras e dificuldades citadas e discutidas nesse trabalho, acreditamos que a Proposta pode auxiliar na operacionalização de um modelo de vigilância cada vez mais articulado ao contexto do território e às necessidades de saúde locais. Além disso, representa um modelo que pode ser utilizado para outras demandas e necessidades sociais e de saúde.

8. REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. ANVISA atualiza bula da vacina contra a dengue. Disponível em: <https://www.sbmt.org.br/portal/material-informativo-dengvaxia/>. Acesso em: 16 set. 2019.

ARAÚJO, IS. Contextos, mediações e produção de sentidos: uma abordagem conceitual e metodológica em comunicação e saúde. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, v.3, n.3, p.42-50, set., 2009. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/827/2/Araujo_Contextos%2c%20media%c3%a7%c3%b5es.pdf. Acesso em: 28 mai. 2020.

ARAÚJO, IS; CARDOSO, JM. **Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 152p.

ARAÚJO, RPA; PENTEADO, CLC; SANTOS, MBP. Democracia digital e experiências de e-participação: webativismo e políticas públicas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 22, supl., p 1597-1619, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v22s0/0104-5970-hcsm-22-s1-1597.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2018.

ARAÚJO, TVB et al. Association between Zika virus infection and microcephaly in Brazil, January to May, 2016: preliminary report of a case-control study. **Lancet Infect Dis**, n. 16, p. 1356-63, 2016. Disponível em: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/laninf/PIIS1473-3099\(16\)30318-8.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/laninf/PIIS1473-3099(16)30318-8.pdf). Acesso em: 13 ago. 2017.

ARJONA, FBS. O espaço da/na vigilância popular em saúde: construção teórica inicial. **Revista Eletrônica História, Natureza e Espaço**, v.6, n.2, 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/niesbf/article/view/35702>. Acesso em: 15 jun. 2020.

ARREAZA, AL; MORAES, JC. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n. 4, p.2215-2228, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000400036. Acesso em: 19 mai. 2017.

ARUNACHALAM, N et al. Eco-bio-social determinants of dengue vector breeding: a multicountry study in urban and periurban Asia. **Bull World Health Organ**, v. 88, n. 3, p.173-184, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2828788/pdf/09-067892.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2018.

ÁVILA MONTES, GA et al. Evaluación de un módulo escolar sobre dengue y Aedes aegypti dirigido a escolares em Honduras. **Rev. Panam Salud Publica**, v. 16, n. 2, p.84-94, ago. 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1020-49892004000800003>. Acesso em: 28 out. 2016.

BANDEIRA, D. Material didático: conceito, classificação geral e aspectos de elaboração. Disponível em: <http://www2.videolivriaria.com.br/pdfs/24136.pdf>. Acesso em: 10 set. 2018.

BARCELLOS, C. Problemas emergentes da Saúde Coletiva e a revalorização do espaço geográfico. In: MIRANDA, Ary Carvalho et al. (Org.). **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 43-55.

BARRETO, ML et al. Zika vírus and microcephaly in Brazil: a scientific agenda. **Rev. The Lancet**, v. 387, n. 10022, p. 917-1026, mar. 2016. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00545-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00545-6). Acesso em: 28 out. 2016.

BENTO, SFV; MODENA, CM; CABRAL, SS. Produção de vídeos educativos sobre saúde a partir da interlocução entre estudantes e pesquisadores. **Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**, v.12, n.3, p. 335-345, 2018. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1357>. Acesso em: 29 mai. 2020.

BENZAKEN, AD et al., Intervenção de base comunitária para a prevenção das DST/Aids na região amazônica, Brasil. **Rev Saúde Pública**, 41, supl. 2, p. 118-126, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000900018. Acesso em: 22 mai. 2020.

BISWAL et al., Efficacy of a Tetravalent Dengue Vaccine in Healthy Children and Adolescents. **N ENGL J MED**, v. 381, n. 21, p. 2009-2019, 2019. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1903869>. Acesso em: 31 jan. 2020.

BOGOTA. Boletín: Vigilancia en Salud Pública Comunitaria. Julio/diciembre 2016. Disponível em: <http://www.subredsur.gov.co/sites/default/files/asis/BOLETIN%20VSPCREDSUR.pdf>. Acesso em: 25 mai. 2020.

BOSAIPO, DS et al. Itinerário terapêutico de crianças com microcefalia pelo vírus zika. **Cien Saude Colet** [periódico na internet]. 2019. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/itinerario-terapeutico-de-criancas-com-microcefalia-pelo-virus-zika/17327?id=17327>. Acesso em: 30 jan. 2020.

BOUSQUAT, A. Conceito de espaço na análise de políticas de saúde. **Rev. Lua Nova**, 52, p. 71-92, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ln/n52/a04n52.pdf>. Acesso em: 30 out. 2015.

BRAGA, IA; VALLE, D. *Aedes aegypti*: histórico do controle no Brasil. **Rev. Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 16, n. 2, p. 113-118, 2007. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742007000200006. Acesso em: 15 mai. 2016.

BRANDÃO, CR; BORGES, MC. A pesquisa participante: um momento da educação popular. **Rev. Ed. Popular**, Uberlândia, v. 6, p.51-62. 2007. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/view/19988/10662>. Acesso em: 13 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Programa Nacional de Controle da dengue (PCND)**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pncnd_2002.pdf. Acesso em: 17 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). **O território e a vigilância em saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPSJV/PROFORMAR, 2004. 80 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2. ed. Brasília, DF, 2008. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad21.pdf. Acesso em: 23 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue**, Brasília, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_prevencao_controle_dengue.pdf. Acesso em: 16 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde atualiza situação do vírus Chikungunya. 2014a. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/12/ministerio-da-saude-atualiza-situacao-do-virus-chikungunya>. Acesso em: 12 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular em saúde**, Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2_caderno_educacao_popular_saude.pdf. Acesso em: 29 mai. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comparativo de casos prováveis de dengue entre 2014 e 2015, até a Semana Epidemiológica (SE) 45, por região e UF. 2015a. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/16888/0/Confira-balanco-de-casos-obitos-por-dengue-SE-45.pdf/e2dc49ac-ad83-415c-8711-ba73367da285>. Acesso em: 10 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.813, de 11 de novembro de 2015. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil. 2015b. Disponível em: https://vigilanciasuscampinas.files.wordpress.com/2015/11/publicacoes_12-11-2015-ii.pdf. Acesso em: 30 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Febre de chikungunya: manejo clínico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/febre_chikungunya_manejo_clinico.pdf. Acesso em: 11 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dengue, chikungunya e zika: saiba reconhecer os sintomas**. 2016a. Disponível em: <http://combateaedes.saude.gov.br/>. Acesso em: 10 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Dengue**: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança. 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. 58 p. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/14/dengue-manejo-adulto-crianca-5d.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 52, 2016. v. 48, n. 3, 2017a. Disponível em: http://combateaedes.saude.gov.br/images/boletins-epidemiologicos/2016-Dengue_Zika_Chikungunya-SE52.pdf. Acesso em: 16 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 25, 2017. v. 48, n. 20, 2017b. Disponível em: http://combateaedes.saude.gov.br/images/boletins-epidemiologicos/Boletim-2017_020-Monitoramento-dos-casos-de-dengue-febre-de-chikungunya-e-febre-pelo-Zika.pdf. Acesso em: 16 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Monitoramento integrado de alterações no crescimento e desenvolvimento relacionadas à infecção pelo vírus zika e outras etiologias infecciosas, até a Semana Epidemiológica 20, 2017. v. 48, n. 19, 2017c. Disponível em: <http://combateaedes.saude.gov.br/images/boletins-epidemiologicos/2017-017-Monitoramento-integrado-de-alteracoes-no-crescimento-e-desenvolvimento-relacionadas-a-infeccao-pelo-virus-Zika.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vírus Zika no Brasil**: a resposta do SUS. Brasília, 2017d. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/virus_zika_brasil_resposta_sus.pdf. Acesso em: 31 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Situação Epidemiológica. Casos de Dengue, Grandes Regiões e Unidades Federadas. 1990 a 2016, 2017e. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/fevereiro/10/Dengue-classica-ate-2016.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil registra queda nos casos de dengue, zika e chikungunya. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2017/12/brasil-registra-queda-nos-casos-de-dengue-zika-e-chikungunya>. Acesso em: 12 jan. 2018a.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução MS/CNS nº 588, de 12 de julho de 2018. Fica instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), aprovada por meio desta resolução. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância. Boletim Epidemiológico. Monitoramento dos casos de dengue, febre chikungunya e doença aguda pelo vírus zika até a semana epidemiológica 52, 2018c. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/janeiro/28/2019-002.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. 2018d. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf. Acesso em: 12 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Síndrome Congênita associada à infecção pelo vírus Zika. Situação epidemiológica, ações desenvolvidas e desafios de 2015 a 2019, 2019a. Disponível em:

<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/dezembro/05/be-sindrome-congenita-vfinal.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Águas. Sala de Situação. 2019b. Disponível em:

<https://www.ana.gov.br/sala-de-situacao>. Acesso em: 23 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico 02, vol. 51. Monitoramento dos casos de arboviroses urbanas transmitidas pelo Aedes (dengue, chikungunya e zika) semanas epidemiológicas 1 a 52. Janeiro de 2020a. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/janeiro/20/Boletim-epidemiologico-SVS-02-1-.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim 23, vol.51.

Monitoramento dos casos de arboviroses urbanas transmitidas pelo Aedes (dengue, chikungunya e zika) semanas epidemiológicas 1 a 22. Junho de 2020b. Disponível em:

<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/June/05/Boletim-epidemiologico-SVS-23.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico 22, vol.51. Situação epidemiológica da síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika em 2020, até a semana epidemiológica 20, maio 2020c. Disponível em:

<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/29/Boletim-epidemiologico-SVS-22.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2020.

BROSE, M (Org). **Metodologia Participativa**: uma introdução a 29 instrumentos. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2001. 312 p.

BUGS, G; REIS, ATL. Planejamento urbano participativo por meio da utilização de novas tecnologias: uma avaliação por especialistas. **urbe. Revista Brasileira de Gestão Urbana**, v.9, n.1, 2017, p. 110-123. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2175-33692017000100110&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 04 jun. 2020.

BUSS, PM; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.77-93, 2007. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312007000100006&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 30 out. 2015.

CAMPOS, RR. A natureza do espaço para Milton Santos. **Geografares**, n. 6, p. 155-165, 2008. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/geografares/article/viewFile/1023/758>. Acesso em: 30 out. 2015.

CAO-LORMEAU, V et al. Guillain-Barré Syndrome outbreak associated with Zika virus infection in French Polynesia: a case-control study. **Rev. The Lancet**, v. 387, p. 1531-1539, 2016. Disponível em: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(16\)00562-6.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(16)00562-6.pdf). Acesso em: 20 jun. 2016.

CAPRARA, A; OLIVEIRA, JW; PEIXOTO, ACR (Org.). **EcoSaúde, uma abordagem eco-bio-social**: percursos convergentes no controle da dengue. Fortaleza: EdUECE, 2013. 211p.

CARDOSO, JM; ROCHA, RL. Interfaces e desafios comunicacionais do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.6, p.1871-1879, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1871.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2020.

CARLOTTO, IN; DINIS, MAP. Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) na promoção da saúde: considerações bioéticas. **Saber & Educar**, v.25, 2018. Disponível em: <http://revista.esepf.pt/index.php/sabereducar/article/view/306>. Acesso em: 29 mai. 2020.

CASTEL, AFG. La integración de las TIC en los procesos educativos y organizativos. **Educar em Revista**, v. 34, n. 69, p. 325-339, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/er/v34n69/0104-4060-er-34-69-325.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2020.

CASTELLS, M. Os dilemas da internet. Outras palavras: jornalismo de profundidade e pós-capitalismo. 17 de janeiro de 2012. Disponível em: <https://outraspalavras.net/sem-categoria/castells-debate-os-dilemas-da-internet/>. Acesso em: 04 jun. 2020.

CASTRO, M et al., Contextualización de una estrategia comunitaria integrada para la prevención del dengue. **REV CUBANA MED TROP**, v.60, n.1, p.83-91, 2008. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602008000100013. Acesso em: 21 mai. 2020.

CAVALCANTI, FOL; NETO, AO. Participação na saúde e internet: notas para o debate. In: GUIZARDI, FL et al. (Org). **Políticas de participação e saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV; Recife: Editora Universitária - UFPE, 2014. p. 111-140.

CLARO, LB; TOMASSINI, HCB; ROSA, MLG. Prevenção e controle do dengue: uma revisão de estudos sobre conhecimentos, crenças e práticas da população. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p.1447-1457, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v20n6/02.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2016.

CENTRO REGIONAL DE ESTUDOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA SOCIEDADE DA INFORMAÇÃO- CETIC. TIC Domicílios 2019 – principais resultados. Disponível em: https://cetic.br/media/analises/tic_domicilios_2019_coletiva_imprensa.pdf. Acesso em: 05 ago. 2020.

COEP - REDE NACIONAL DE MOBILIZAÇÃO SOCIAL. Internet e redes sociais como ferramentas de mobilização. Material de apoio à Oficina Redes Sociais e Mobilização. 2016.

34 p. Disponível em: <http://www.mobilizadores.org.br/wp-content/uploads/2016/01/Cartilha-Redes-Sociais-e-Mobilizacao.pdf>. Acesso em: 04 set. 2018.

COLOMBIA. Ministerio de Salud y Protección Social. Proposta de Funcionamento da Estratégia de Vigilância Pública Comunitária para a Colômbia, 2014. Disponível em: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/VSP/Propuesta-operacion-estrategia-vigilancia-salud-publica-con-base-comunitaria.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2020.

CORIOLO-MARINUS, MWL et al. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde Soc.** São Paulo, v.23, n.4, p.1356-1369, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n4/0104-1290-sausoc-23-4-1356.pdf>. Acesso em: 29 mai. 2020.

CORDEIRO, MT et al. Positive IgM for Zika virus in the cerebrospinal fluid of 30 neonates with microcephaly in Brazil. **The Lancet**, v. 387, p. 1811-1812, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27103126>. Acesso em: 29 ag. 2017.

CUNHA, RV. Dengue, zika e chikungunya: a tríplice epidemia. **Correio do Estado**. 2016. Disponível em: <http://www.correiodoestado.com.br/opiniaorivaldo-venancio-dengue-zika-e-chikungunya-a-triplice-epidemia/266848/>. Acesso em: 20 jun. 2016.

DE-ARAÚJO, BJM et al. Clinical manifestations in patients with musculoskeletal pain post-chikungunya. **BrJP**. São Paulo, v. 2, n. 4, p. 326-330, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/brjp/v2n4/pt_2595-0118-brjp-02-04-0326.pdf. Acesso em: 13 jan. 2020.

DEMO P. **Cidadania pequena**: fragilidades e desafios do associativismo no Brasil. Campinas, São Paulo: Autores Associados. 2008. 118p.

DEMO, P. **Participação é conquista**: noções de política social participativa. São Paulo: Cortez, 2009. 176p.

DINIZ, D. **Zika**: do sertão nordestino à ameaça global. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016. 192 p.

DONALISIO, MR; FREITAS, ARR; VON ZUBEN, AP. Arboviroses emergentes no Brasil: desafios para a clínica e implicações para a saúde pública. **Rev Saúde Pública**, v.51, n.30, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006889.pdf. Acesso em: 08 jun. 2020.

EMERICH, TB et al. Necessidades de saúde e direito à comunicação em tempos de midiaticização. **RECIIS – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**, v.10, n.4, 2016. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1065>. Acesso em: 28 mai. 2020.

FARIA, AAC; FERREIRA NETO, PS. **Ferramentas de diálogo – qualificando o uso das técnicas de DRP**: Diagnóstico Rural Participativo. Brasília: MMA; IEB, 2006. 76 p. Disponível em:

http://www.iieb.org.br/files/3413/5215/3883/public_ieb_guia_metodologico.pdf. Acesso em: 17 abr. 2017.

FARIA, LS; BERTOLOZZI, MR. Aproximações teóricas acerca da Vigilância à Saúde: um horizonte para a integralidade. **Acta Paul Enferm.** v. 22, n.4, p. 422-427, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002009000400012&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 27 mai. 2020

FERNANDES, VR et al. O lugar da vigilância no SUS: entre os saberes e as práticas de mobilização social. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 10, p. 3173-3181, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n10/1413-8123-csc-22-10-3173.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2018.

FRANCO NETTO, G et al. Vigilância em Saúde brasileira: reflexões e contribuição ao debate da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 3137-3148, out. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017021003137&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 mai. 2020.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 50 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011, 252p.

GADELHA, CAG et al. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 3003-3016, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/38.pdf>. Acesso em: 30 out. 2015.

GALVÃO, LAC; FINKELMAN, J; HENAO (Org.). Determinantes ambientais e sociais da saúde. Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS. Washington, DC: OPAS, FIOCRUZ. 2011.

GALEA, S; VLAHOV, D. Urban health: evidence, challenges, and directions. **Ann. Rev. public health**, n. 26, p. 341–65, 2005.

GIL, AC. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOHN, MG. Abordagens teóricas no estudo dos movimentos sociais na América Latina. **Caderno CRH**, Salvador, v. 21, n. 54, p. 439-455, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010349792008000300003&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 02 abr. 2018.

GOLDSTEIN, RA; BARCELLOS, C. Geoprocessamento e participação social: ferramentas para vigilância ambiental em saúde. In: MIRANDA, Ary Carvalho et al. (Org.). **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 205-215.

GONDIM, GMM et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, Ary Carvalho et al. (Org.). **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 237-255.

GONZALEZ, RVD; MARTINS, MF; TOLEDO, JC. Gestão do conhecimento em uma estrutura organizacional em rede. **Ci. Inf.**, v. 38, n. 1, p. 57-73, 2009. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-19652009000100004&script=sci_arttext. Acesso em: 06 mar. 2020.

HAZIN, AN et al. Computed Tomographic Findings in Microcephaly Associated with Zika Virus. **n engl j med**, n. 374, v. 22, p. 2193-2195, 2016. Disponível em: http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc1603617?query=featured_zika&. Acesso em: 29 ago. 2017.

HENRIQUES, MS. **Comunicação, comunidades e os desafios da mobilização social**. XXVIII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação – UERJ, 2005.

HENRIQUES, MS. A comunicação e a condição pública dos processos de mobilização social. **Revista Ação Midiática**, v. 2, n. 1, 2012.

HENRIQUES, MS. A dinâmica da comunicação para a mobilização social nas práticas da extensão universitária. **Interfaces**, v. 1, n. 1, 2013. Disponível em: <https://www.ufmg.br/proex/revistainterfaces/index.php/IREXT/article/view/6>. Acesso em: 07 out. 2017.

HENRIQUES, MS; MAFRA, RLM. Mobilização social em saúde: o papel da comunicação estratégica. **Caderno Mídia e saúde**, 2006. Disponível em: <http://colecciona-sus.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=402>. Acesso em: 03 abr. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Acesso à internet e à televisão e posse de telefone móvel para uso pessoal. 2018. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101631_informativo.pdf. Acesso em: 05 jun. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). IBGE Estados, Minas Gerais, 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/panorama>. Acesso em: 17 jun. 2020.

INSTITUTO BUTANTAN. Nota de Esclarecimento Vacina contra a Dengue. Disponível em: <http://www.butantan.gov.br/noticias/nota-de-esclarecimento---vacina-contra-dengue>. Acesso em: 16 set. 2019.

JUNGES, JR; BARBIANI, R. Interfaces entre território, ambiente e saúde na atenção primária: uma leitura bioética. **Rev. bioét.**, v. 21, n. 2, p. 207-217, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n2/a03v21n2.pdf>. Acesso em: 30 out. 2015.

KATZ, JE; RICE, RE; ACORD S. Usos da internet e de tecnologias móveis nos sistemas de saúde: abordagens sociais e organizacionais num contexto comparativo. In: CASTELLS, M; CARDOSO, G (Org). **A sociedade em rede: do conhecimento à acção política**, 2005. p. 175-195.

LIMA, SC. **Território e promoção da saúde: perspectivas para a atenção primária à saúde**. Jundiaí: Paco Editorial, 2016. 184p.

LIMA, EP; GOULART, MOF; ROLIM NETO, ML. Meta-analysis of studies on chemical, physical and biological agents in the control of *Aedes aegypti*. **BMC Public Health**, v.15, n.858, 2015. Disponível em: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-015-2199-y?site=bmcpublihealth.biomedcentral.com>. Acesso em: 30 jan. 2018.

LIMA, EC; VILASBÔAS, ANQ. Implantação das ações intersetoriais de mobilização social para o controle da dengue na Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.8, p. 1507-1519, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n8/06.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2017.

LUZ, KG; SANTOS, GIV; VIEIRA, RM. Febre pelo vírus Zika. **Rev. Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 24, n. 4, p. 785-788, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n4/2237-9622-ress-24-04-00785.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2016.

MAFRA, MRP et al. O território como base para a intervenção em saúde. **Revista de Extensão do IFSC**, v.1, n. 2, p. 48-56, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ifsc.edu.br/index.php/caminhoaberto/article/view/1512>. Acesso em: 30 out. 2015.

MAFRA, R. Em busca do debate público e da mobilização social. In: MAFRA, R. **Entre o espetáculo, a festa e a argumentação: mídia, comunicação estratégica e mobilização social**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006, p.23-37.

MAFRA, RLM. Mobilização social e comunicação: por uma perspectiva relacional. **Mediação**, v. 11, n. 10, 2010. Disponível em: <http://www.fumec.br/revistas/mediacao/article/view/310>. Acesso em: 07 out. 2017.

MALTA, JMAS et al. Síndrome de Guillain-Barré e outras manifestações neurológicas possivelmente associadas à infecção pelo vírus zika em municípios da Bahia, 2015. **Rev. Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 26, n. 1, p. 9-18, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S223796222017000100009&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 mai. 2017.

MARCONDES, CB; XIMENES, MFF. Zika virus in Brazil na the danger of infestation by *Aedes (Stegomyia) mosquitoes*. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop. Uberaba**, v. 49, n. 1, p.4-10, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v49n1/0037-8682-rsbmt-1015900037868202202015.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2016.

MARIA, M. Dimensões da comunicação e da informação nos espaços públicos de participação e controle social em saúde: entre múltiplos discursos e jogos de poder. In: GUIZARDI, FL et al. (Org). **Políticas de participação e saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV; Recife: Editora Universitária - UFPE, 2014. p. 277-304.

MINAS GERAIS. Lei 10.254, de 20 de julho de 1990. Institui o regime jurídico único do servidor público civil do Estado de Minas Gerais e dá outras providências. Disponível em: <http://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?tipo=Lei&num=10254&ano=1990>. Acesso em: 19 abr. 2017.

MINAS GERAIS. Secretaria de Educação. **Educação em Minas Gerais**: Educacenso 2016. Disponível em: <https://www.educacao.mg.gov.br/images/documentos/Educacenso%202016.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2017.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde. Superintendência de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador. Programa Estadual de Controle das Doenças Transmitidas pelo *Aedes*. Boletim Epidemiológico de monitoramento dos casos de Dengue, Febre Chikungunya e Febre Zika. Nº 41, Semana Epidemiológica 01, 2017. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/Boletim_Aedes_02-01-2017_versaofinal1.pdf. Acesso em: 20 jan. 2017.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde. Superintendência de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador. Programa Estadual de Controle das Doenças Transmitidas pelo *Aedes*. Boletim Epidemiológico de monitoramento dos casos de Dengue, Chikungunya e Zika. Nº 82, Semana Epidemiológica 02, 2018. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/000_2018/01-jan-fev-marc-abril/Boletins_AEDES/Boletim_Aedes_08-01-2018.pdf. Acesso em: 12 jan. 2018.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde. Programa Estadual de Controle das Doenças Transmitidas pelo *Aedes*. Boletim Epidemiológico de monitoramento dos casos de Dengue, Chikungunya e Zika. N 159, Semana Epidemiológica 51, 2019a. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Boletim_Aedes_18.12.2019.pdf. Acesso em: 26 dez. 2019.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Plano Estadual de Contingência Doenças Transmitidas pelo *Aedes* 2018-2019. 2019b.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Subsecretaria de Vigilância em Saúde. Superintendência de Vigilância Epidemiológica. Diretoria de Vigilância de Agravos Transmissíveis. Coordenação das Doenças Transmitidas pelo *Aedes*. Boletim Epidemiológico das doenças transmitidas pelo *Aedes*: dengue, chikungunya e zika. N. 179, Semana Epidemiológica 21, 2020. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Boletim%20N%C2%BA%20179%20-%2001-06-2020.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2020.

MIRANDA, FS. ROCHA, DG. O uso do Facebook na promoção da saúde: uma revisão bibliográfica sobre empoderamento e participação popular. **Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**, v.12, n.2, p. 232-243, 2018. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/581/1222>. Acesso em: 20 dez. 2019.

MONKEN, M; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n3/24>. Acesso em: 30 out. 2015.

MONKEN, M et al. **O território na saúde**: construindo referências para análises em saúde e ambiente. Disponível em: http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/teritoiro_na_saude.pdf. Acesso em: 30 out. 2015.

MUZI, D; CLÉBICAR, T. Novas tecnologias, antigos problemas: a reprodução de velhas práticas de comunicação em mídias digitais. **RECIIS**, v.8, n.3, p. 319-329, 2014. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/671>. Acesso em: 29 mai. 2020.

NEGREIROS, JA 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, 2009. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/44/39>. Acesso em: 30 mar. 2018.

NETO, AP; PAOLUCCI, R. Qualidade da informação em sites de dengue: análise de uma experiência inovadora. Rio de Janeiro: ENSP-FIOCRUZ, 2014.

NETO, ASL et al. Dengue, zika e chikungunya – desafios do controle vetorial frente à ocorrência das três arboviroses – parte II. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 29, n. 4, p. 305-308, 2016. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5948>. Acesso em: 29 mar. 2019.

NIGARAGUA. Ministerio de la Salud. Direccion General de Docencia e Investigaciones. Direccion General de Vigilancia para la Salud. Cartilla de Vigilancia Comunitaria, 2011. 40p. Disponível em: https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&alias=378-cartilla-de-vigilancia-comunitaria&category_slug=vigilancia-de-la-salud-publica&Itemid=235. Acesso em: 25 mai. 2020.

OLIVEIRA, NL. Proposta de Vigilância Comunitária em Saúde de base territorial no estado de Minas Gerais visando o fortalecimento da mobilização social para o enfrentamento da dengue, zika e chikungunya e controle do *Aedes aegypti*: análise do processo. 2018. 123 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto René Rachou, Belo Horizonte, 2018.

OLIVEIRA, CM; CASANOVA, AO. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n. 3, p.929-936, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300029. Acesso em: 19 mai. 2017.

OLIVEIRA, CM; CRUZ, MM. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. **Rev. Saúde Debate**, v. 39, n. 104, p. 255-267, jan-mar 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00255.pdf>. Acesso em: 19 mai. 2017.

OLIVEIRA, CS; DA COSTA VASCONCELOS, PF. Microcephaly and Zika virus. **J Pediatr**, n.92, v.2, p. 103-105, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.02.003>. Acesso em: 04 abr. 2017.

OLIVEIRA, JC; LIMA, SC. Mobilização comunitária e vigilância em saúde no controle de vetores, estratégias da promoção da saúde: conquistas e desafios. **Rev. Ed. Popular**, Uberlândia, v. 12, n. 1, p. 155-158, 2013.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPAS. División de Promoción y Protección de la Salud. **Municipios y comunidades saludables**: guía de los alcaldes para promover calidad de vida. 2002. 74p. Disponível em: http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd63/MCS_Guiaesp/MCS_Guiaesp.pdf. Acesso em: 03 abr. 2017.

PEREIRA JUNIOR, C; SPITZ, R. Plataformas digitais para participação cívica: inclusão digital e inovação social digital. 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/311458355_PLATAFORMAS_DIGITAIS_PARA_PARTICIPACAO_CIVICA_INCLUSAO_DIGITAL_E_INOVACAO_SOCIAL_DIGITAL. Acesso em: 20 set. 2018

PERES, AC. *Aedes*: ampliando o foco. **Rev. Radis**, n.161, 2016.

PERROTTI, E; VASCONELLOS, EPG. Estrutura organizacional e gestão do conhecimento. **RECADM**, n. 4, v. 2, 2005

PESSOA, VM et al. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2253-2262, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232013000800009&script=sci_arttext. Acesso em: 30 out. 2015.

PINTO JÚNIOR, AL. **Mobilização social**. Agência de Mobilização Social Aracati. Disponível em: <https://redearacati.wordpress.com/about/mobilizacao-social/>. Acesso em: 02 abr. 2018.

PORTO, MFS. Pode a Vigilância em Saúde ser emancipatória? Um pensamento alternativo de alternativas em tempos de crise. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 3149-3159, out. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017021003149&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 mai. 2020.

PRETTO, N; PINTO, CC. Tecnologia e novas educações. **Revista Brasileira de Educação**, v.11, n. 31, p. 19-30, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbedu/v11n31/a03v11n31>. Acesso em: 04 jun. 2020.

RANGEL-S, ML. Dengue: educação, comunicação e mobilização na perspectiva do controle - propostas inovadoras. **Interface**, v. 12, n. 25, 2008, p.433-441. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832008000200018&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 07 out. 2017.

RASMUSSEN, SA et al. Zika Virus and Birth Defects — Reviewing the Evidence for Causality. **The New England Journal of Medicine**, p. 1981-1987, 2016. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMSr1604338>. Acesso em: 10 jun. 2016.

REZENDE, KEH. Vigilância Comunitária em Saúde visando o fortalecimento da mobilização social para o enfrentamento da dengue, zika e chikungunya no estado de Minas Gerais: análise de contextos socioeconômicos e sanitários de territórios com comitês populares cadastrados na proposta. 2018. 75 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto René Rachou, Belo Horizonte, 2018.

RIBEIRO, KG; AGUIAR, JB; ANDRADE, LOM. Determinantes sociais da saúde: o instituído constitucional no Sistema Único de Saúde. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 31, n. 4, p. 1-10, 2018. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/8778/pdf>. Acesso em: 29 mar. 2019.

SÁNCHEZ, L et al. Intersectoral coordination in *Aedes aegypti* control. A pilot project in Havana City, Cuba. **Trop Med Int Health**, v. 10, n. 1, p.82-91, jan. 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15655017>. Acesso em: 28 out. 2016.

SÁNCHEZ, L et al. Estrategia de educación popular para promover la participación comunitaria en la prevención del dengue en Cuba. **Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, v. 1, n. 24, p. 61-69, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v24n1/v24n1a08.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2016.

SANTINHA, G. Cuidados de saúde e território: um debate em torno de uma abordagem integrada. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 22, n. 3, p.815-829, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n3/15.pdf>. Acesso em: 30 out. 2015.

SANTOS, AD (Org). **Metodologias Participativas**: caminhos para o fortalecimento de espaços públicos socioambientais. Instituto Educacional de Educação do Brasil – IEB. São Paulo: Petrópolis, 2005. 195 p.

SANTOS, M. **Técnica, Espaço, Tempo**: globalização e meio técnico-científico informacional. 1994. 94 p.

SANTOS, M. Os deficientes cívicos. **Folha de S. Paulo**, Caderno Mais!, Seção Brasil 500 d.C., p. 5-8, 24 jan. 1999. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/especial/mais/500dc.htm>. Acesso em: 19 abr. 2018.

SANTOS, M. **A natureza do espaço**: técnica e tempo, razão e emoção. 4. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006. 260 p.

SANTOS, FO; LIMA, SC. Redes comunitárias locais como estratégia de promoção da saúde e construção de territórios saudáveis. In: Soares, BR et al. (Org.). **Construindo cidades saudáveis**: utopias e práticas. Uberlândia: Assis Editora, 2017. p. 421-447.

SANTOS, FO; OLIVEIRA, JC; LIMA, SC. Promoção da saúde, mobilização comunitária e intersetorialidade para o combate ao *Aedes aegypti*, em Uberlândia, Minas Gerais. **Em Extensão**, Uberlândia, v. 5, n. 2, p. 6-75, 2016.

SAQUET, MA; SILVA, SS. Milton Santos: concepções de geografia, espaço e território. **Rev. Geo UERJ**, v.2, n. 18, p. 24-42, 2008. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/geouerj/article/view/1389>. Acesso em: 30 out. 2015.

SEVALHO, G. Apontamentos críticos para o desenvolvimento da vigilância civil da saúde. **Physis**, v. 26, n. 2, p. 611-632, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312016000200611&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 06 mar. 2020.

SCHALL, VT; MODENA, CM. Abordagens disciplinares: as novas tecnologias de informação e comunicação em educação em saúde. In: MINAYO, MCS; COIMBRA JR, CEA (Org). **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p.245-255.

SÍCOLI, JL; NASCIMENTO, PR. Promoção da Saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v. 7, n. 2, p. 101-1022, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v7n12/v7n12a07.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2019.

SILVA, IB; MALLMANN, DG; VASCONCELOS, MR. Estratégias de combate à dengue através da educação em saúde: uma revisão integrativa. **Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, v. 41, n. 2, p. 27-34, 2015. Disponível em: <http://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/10955>. Acesso em: 05 mai. 2016.

SILVA, LB, et al. Comunicação sazonal sobre a dengue em grupos socioeducativos na atenção primária à saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1160-1167, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000600019&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 04 mar. 2020.

SILVA, PC; MARTINS, AM; SCHALL, VT. Cooperação entre agentes de endemias e escolas na identificação e controle da dengue. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 26, n. 3, p. 404-411, 2013. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2948>. Acesso em: 03 mar. 2020.

SOMMERFELD, J; KROEGE, A. Eco-bio-social research on dengue in Asia: a multicountry study on ecosystem and community-based approaches for the control of dengue vectors in urban and peri-urban Asia. **Pathogens and Global Health**, v. 106, n. 8, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3541880/pdf/pgh-106-08-428.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2018.

STEVANIM, LF. Desvendando Guillain-Barré: complicações neurológicas associadas ao vírus zika ainda são pouco conhecidas e têm alto custo de tratamento. **Rev. Radis**, n.164, 2016.

TAUIL, PL. Aspectos críticos do controle do dengue no Brasil, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p.867-871, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n3/9314.pdf>. Acesso em: 19 out. 2017.

TEIXEIRA, CF. **Saúde da Família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS**. Salvador: Editora EDUFBA, 2006. 237 p. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/f7/pdf/teixeira-9788523209209-04.pdf>. Acesso em: 26 mai. 2020.

TEIXEIRA, CF; PAIM, JS; VILASBÔAS, AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **IESUS**, VII (2), Abr/Jun, 1998. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/iesus/v7n2/v7n2a02.pdf>. Acesso em: 26 mai. 2020.

THIOLLENT, M; SILVA, GO. Metodologia de pesquisa-ação na área de gestão de problemas ambientais. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.93-100, 2007.

TORO, JB; WERNECK, NMD. **Mobilização social um modo de construir a democracia e a participação**. Disponível em: <http://www.jornalescolar.org.br/wp-content/uploads/2012/09/mobilizacao-social-bernardo-toro-e-nisia-maria-duarte-werneck.pdf>. Acesso em: 07 out. 2017.

TRAVASSOS, RS. Participação popular ou participação social: qual a diferença? In: BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde**: textos de apoio. Rio de Janeiro: EPSJV, 2016. p.115-119

TUBELLA, I. Televisão e internet na construção da identidade. In: CASTELLS, M; CARDOSO, G (Org). **A sociedade em rede**: do conhecimento à ação política, 2005. p. 281-289.

UNGLERT, CVS. Territorialização em Sistemas de Saúde. In: MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994. p. 221-235.

VALLE, D. Sem bala mágica: cidadania e participação social no controle do *Aedes aegypti*. **Rev. Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 629-632, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n3/2237-9622-ress-25-03-00629.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2018.

ZARA, ALSA et al. Estratégias de controle do *Aedes aegypti*: uma revisão. **Rev. Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v.25, n. 2, p. 391-404, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n2/2237-9622-ress-25-02-00391.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2018.

WANG, J; LING, F. Zika Virus Infection and Microcephaly: evidence for a causal link. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 13, n. 1031, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27775637>. Acesso em: 18 out. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Our cities, our health, our future**. Acting on social determinants for health equity in urban settings. 2008. 199 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO statement on the first meeting of the International Health Regulations (2005) (IHR 2005) Emergency Committee on Zika virus and observed increase in neurological disorders and neonatal malformations. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/1st-emergency-committee-zika/en/>. Acesso em: 01 fev. 2016.

WORLD MOSQUITO PROGRAM. Sobre o método Wolbachia. Disponível em: <http://www.eliminatedengue.com/brasil/Sobre-o-projeto-new>. Acesso em: 06 jul. 2020.

ANEXO I

Análise do diagnóstico do território dos comitês

Comitê localizado no município de Divinópolis (SRE Divinópolis)

O mapa elaborado pelo comitê apresentava as ruas e quadras do território, construções em alguns pontos e uma área verde. Não havia símbolos ou legendas para completar a informação. Também não havia referência a fatores locais que pudessem ser considerados determinantes em saúde no território. Diante disso, a abordagem dos tutores procurou discutir essa questão com o comitê.

O comitê possuía 11 participantes: diretor, vice-diretor, um funcionário, um professor, cinco alunos e um voluntário que trabalhava próximo à escola. Uma professora da escola coordenava o comitê. A faixa etária no comitê variou de 16 a 55 anos de idade. Apenas três integrantes residiam no território definido como de atuação.

Figura 1 - Mapa falado elaborado pelo comitê localizado no município de Divinópolis, SRE Divinópolis.



Fonte: Plataforma *on-line* e e-mail.

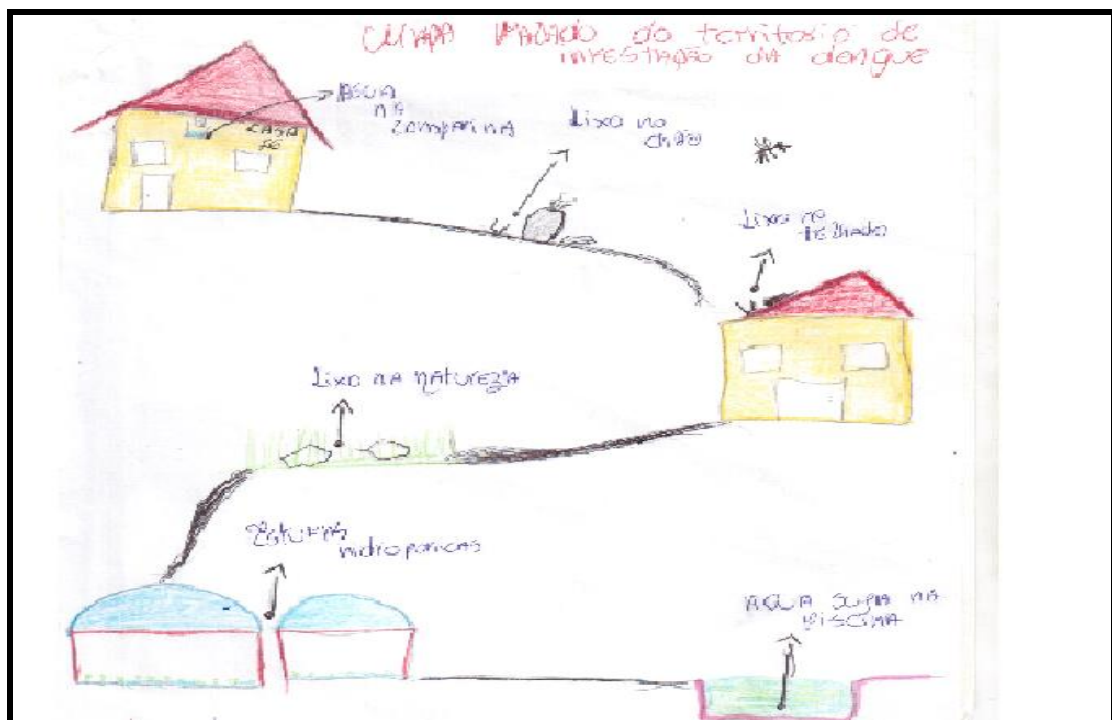
Comitê localizado no município de Ribeirão das Neves (SRE Metropolitana C)

O comitê, à época de realização das atividades, era formado por sete professores, cinco alunos e coordenado por uma professora. A faixa etária variou entre 13 a 48 anos. Todos os alunos moravam no território de localização da escola, que corresponde a um internato para adolescentes carentes.

De acordo com a coordenadora do comitê: “A área foi escolhida no local onde fica a própria escola, que é localizada na Cidade dos Meninos, uma área muito ampla onde os alunos são internos e semi-internos, por isso a maioria reside nessa extensão de segunda a sexta. É propriamente uma cidade mesmo tem casas, alojamentos, restaurantes, teatro, quadras, piscinas e escolas e galpões. E nesse local existe uma fazenda experimental” (Comitê no município de Ribeirão das Neves).

O mapa falado apresentava algumas construções que, segundo o comitê, continham fatores propícios à ocorrência das doenças.

Figura 2 - Mapa falado elaborado pelo comitê localizado no município de Ribeirão das Neves, SRE Metropolitana C



Fonte: Plataforma *on-line* e e-mail.

Comitê localizado no município de Francisco Dumont (SRE Montes Claros)

O Comitê da E.E. Francisco Dumont era coordenado pela diretora da instituição e composto por nove integrantes, sendo sete professores, um familiar de aluno e um funcionário lotado na direção da escola, todos acima de 24 anos, com idade máxima de 50 anos. Com exceção de um integrante, todos os demais moravam no território de atuação do comitê.

Além do desenho do território, o comitê decidiu descrever o diagnóstico conforme apresentado no trecho a seguir: “No bairro Santa Juliana existe o problema dos depósitos fixos que são reservatórios de água no solo, muitos destampados e bebedouros de animais. Nos bairros Altos Esplanada I e II e no Conjunto Habitacional Higina Pereira, além dos depósitos fixos, existe um lixão a céu aberto, que além de ser um local propício para proliferação do mosquito também serve de nicho para animais peçonhentos. No Centro e no bairro Vila Nova, onde predomina o comércio local, os fatores que propiciam o aumento do número de vetor são as garrafas vazias armazenadas de forma inadequada e latas de bebidas. Esse problema também é percebido em alguns pontos dos bairros Alto Esplanada I e II, onde o comércio está se desenvolvendo. Em toda a zona urbana, existem terrenos baldios que muitas das vezes são usados como depósitos de lixo pelos habitantes” **(Comitê no município de Francisco Dumont)**.

Figura 3 - Mapa falado elaborado pelo comitê localizado no município de Francisco Dumont, SRE Montes Claros.

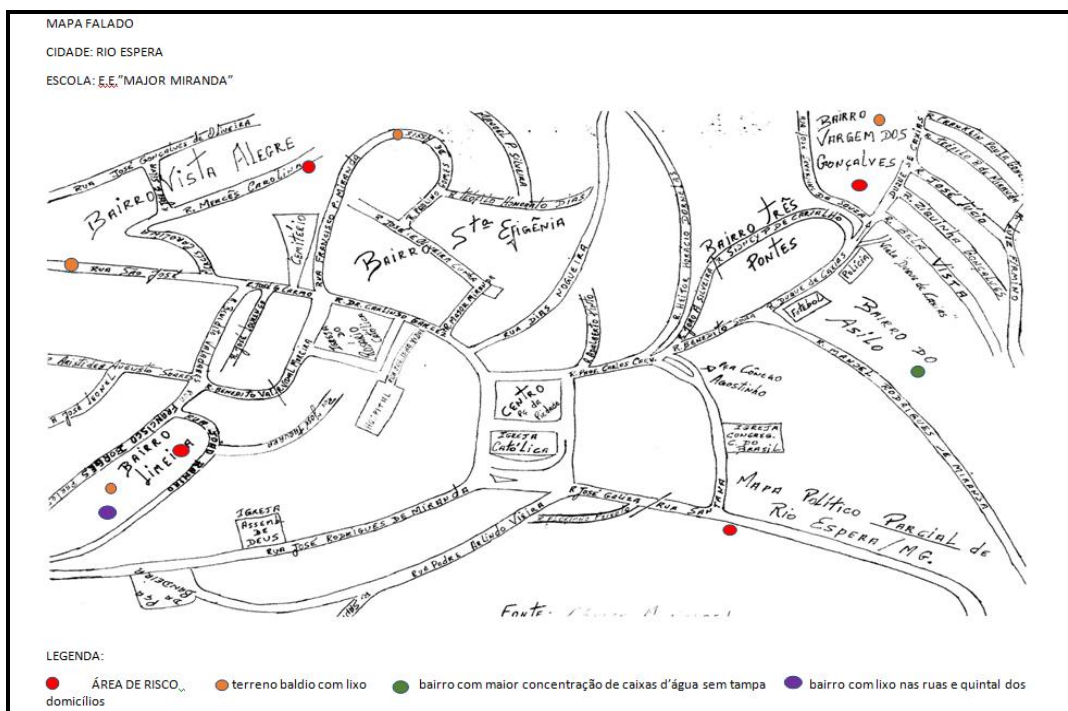


Fonte: Plataforma *on-line* e e-mail.

Comitê localizado no município de Rio Espera (SRE Conselheiro Lafaiete)

O comitê da E.E. Major Miranda realizou, em um primeiro momento, o mapa do seu território de atuação apresentando apenas o sistema viário e as edificações existentes, sem a identificação de problemas relacionados às doenças e ao *Aedes*. Por esse motivo, o retorno dos tutores abordou a necessidade de que o comitê tentasse levantar e identificar essas questões para que o diagnóstico pudesse contribuir no planejamento das ações a serem desenvolvidas. Como resultado, o comitê conseguiu realizar uma análise do território que incluísse os fatores sugeridos pelos tutores. O comitê era coordenado por uma professora e possuía oito integrantes: seis alunos, entre oito e 12 anos, a diretora da escola e um funcionário, ambos na faixa etária de 25 a 30 anos. Todos do comitê residiam no território.

Figura 4 - Mapa falado elaborado pelo comitê localizado no município de Rio Espera, SRE Conselheiro Lafaiete.



Fonte: Plataforma on-line e e-mail.

Comitê localizado no município de Lamin (SRE Conselheiro Lafaiete)

O comitê da E.E. Napoleão Reis era coordenado por um professor e composto por três alunos, três familiares de alunos e mais quatro professores da instituição. A faixa etária variou de 15 a 54 anos. Seis participantes moravam no território. O mapa falado elaborado representou um território ampliado de atuação do comitê. Entretanto, não havia uma definição clara da limitação do território no documento enviado pelos integrantes e, além disso, os determinantes em saúde locais também não foram identificados no mapa. Os tutores pontuaram essas questões no retorno ao comitê.

Figura 5 - Mapa falado elaborado pelo comitê localizado no município de Lamin, SRE Conselheiro Lafaiete.



Fonte: Plataforma *on-line* e e-mail.

Comitê localizado no município de Nova Era (SRE Ponte Nova)

Além da elaboração do mapa falado, o comitê optou por apresentar o diagnóstico do território em formato de texto, identificando alguns problemas no território, como: “Na comunidade há grande número de terrenos abandonados com significativa quantidade de lixo, o que também tem colaborado para manter o criadouro do mosquito. Além disso, foram identificados depósitos de pneus em galpões abandonados e próximo da comunidade há um reservatório de lixo sem os cuidados necessários” (**Comitê no Município de Nova Era**).

Como retorno, os tutores propuseram a identificação dos problemas no mapa falado, visando facilitar a identificação e reflexão do comitê sobre as áreas do território prioritárias para atuação.

O comitê tinha uma professora como coordenadora e mais oito integrantes: a diretora da escola, três professoras e quatro alunos. A idade dos participantes variou de 13 a 52 anos e cinco deles moravam no território.

Figura 6 - Mapa falado elaborado pelo comitê localizado no município de Nova Era, SRE Ponte Nova.

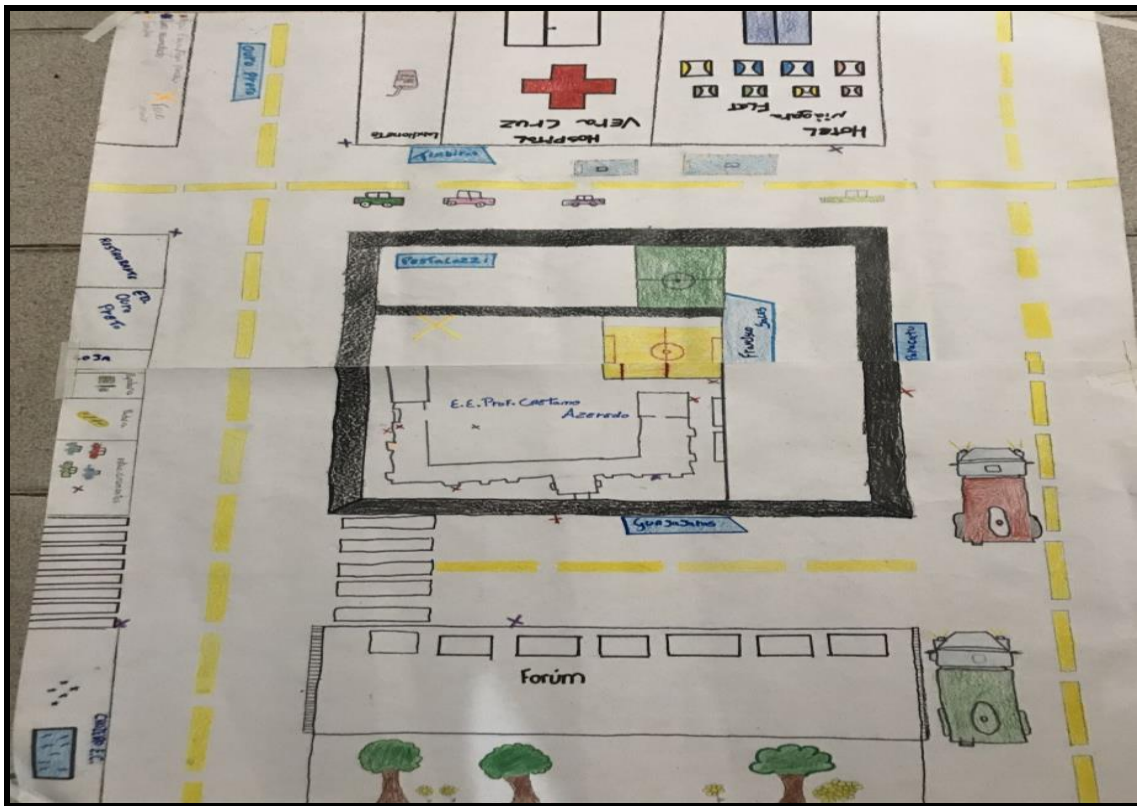


Fonte: Plataforma *on-line* e e-mail.

Comitê localizado no município de Belo Horizonte (SRE Metropolitana A)

Conforme já explicitado, esse comitê foi formado por iniciativa de alunos inseridos no Programa de Vocação Científica do IRR. Duas alunas coordenavam o comitê que contava com mais 18 integrantes, todos alunos na faixa etária entre 11 e 19 anos. Nenhum deles morava no território definido como de atuação, que era o bairro de localização da instituição onde estudavam. Ao longo de 2017, o comitê participou ativamente da proposta. Ao final do ano, com a saída das coordenadoras da escola, o comitê encerrou suas atividades.

Figura 7 - Mapa falado elaborado pelo comitê localizado no município de Belo Horizonte, SRE Metropolitana A.



Fonte: Plataforma *on-line* e e-mail.

Comitê localizado no município de Andrelândia (SRE Barbacena)

Os oito integrantes do comitê da E.E. Visconde de Arantes eram alunos, na faixa etária entre 16 e 19 anos, e uma professora era a coordenadora. O mapa falado desenhado pelos alunos representou o território da escola. Apesar de todos os integrantes residirem no entorno do local escolhido para atuação do comitê, os determinantes em saúde do território não foram localizados no primeiro mapa enviado. Mesmo assim, o comitê informou complementarmente: “a área externa do prédio, com suas áreas verdes [...] o ponto negativo é a grande área verde que pode servir de depósito de lixo” (**Comitê no município de Andrelândia**).

Após o retorno dos tutores, o comitê encaminhou o mapa novamente, destacando no desenho o problema citado.

Figura 8 - Mapa falado elaborado pelo comitê localizado no município de Andrelândia, SRE Barbacena.



Fonte: Plataforma *on-line* e e-mail.

Outros tipos de diagnóstico

Comitê localizado no município de Canaã (SRE Ponte Nova)

O comitê dessa escola possuía um professor, dois funcionários da escola e quatro alunos, além da professora responsável pela coordenação, todos na faixa etária entre 15 e 55 anos. Cinco integrantes moravam no território.

O comitê decidiu trabalhar a partir de um projeto que já existia no município, cujo foco de atuação dizia respeito a um córrego, descrevendo alguns problemas em seu entorno, como: “o mau cheiro e os pernilongos que invadem a residência dos moradores, tirando a paz e trazendo perigo de graves contaminações” (**Comitê no município de Canaã**).

A partir desse problema, o plano de ação elaborado voltou-se para a revitalização desse córrego, visando “Proteger as margens, evitar a erosão; drenar o córrego para diminuir o mau cheiro e os mosquitos” (**Comitê no município de Canaã**).

Como retorno, os tutores incentivaram o acesso do comitê à plataforma na intenção de ampliar sua atuação para além dessa ação, refletindo quanto à necessidade de outras intervenções ambientais que também pudessem contribuir no controle do vetor e das doenças.

Comitê localizado no município de Dom Silvério (SRE Ponte Nova)

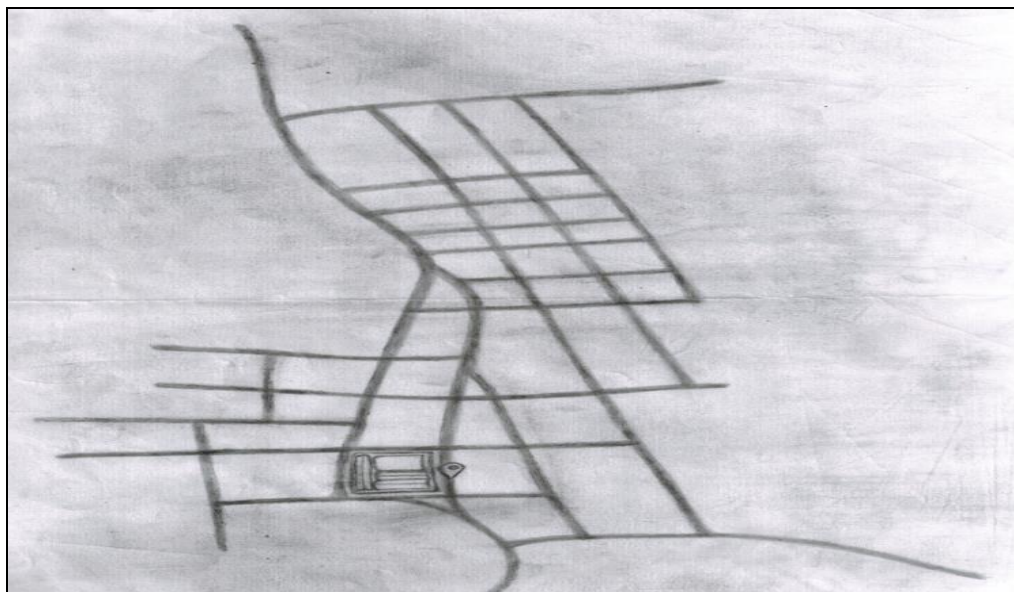
O comitê da E.E. Presidente Tancredo Neves optou por apresentar dados do município extraídos da Câmara Municipal e Secretaria de Saúde de Dom Silvério. Nesse caso, o retorno dos tutores foi no sentido de que o comitê refletisse sobre a diferença dos dados apresentados e um real diagnóstico do território.

O comitê da escola era coordenado por uma professora e contava com a participação de sete integrantes: duas professoras, um funcionário da escola, dois alunos e dois familiares de aluno, sendo que um familiar é profissional de saúde na função Agente de Combate à Endemias (ACE). A faixa etária do comitê variou entre 16 e 62 anos.

Comitê localizado no município de São João do Paraíso (SRE Montes Claros)

O comitê da E.E. Santo Antônio contava com uma professora como coordenadora e 11 integrantes: um professor e 10 alunos, todos entre 11 e 27 anos de idade. Seis participantes do comitê moravam no território definido como de atuação. O desenho elaborado não possibilitou uma representação clara do território, nem das características que poderiam significar problemas existentes. O retorno dos tutores apontou, então, para essas questões.

Figura 9 – Desenho elaborado pelo comitê localizado no município São João do Paraíso, SRE Montes Claros.



Fonte: Plataforma *on-line* e e-mail.

ANEXO II

Material sobre Território, Diagnóstico do Território e Plano de Ação elaborado para os comitês populares e disponibilizado na plataforma on-line da Proposta de Vigilância em Saúde de base territorial

*Mobilização Social para o enfrentamento da tríplice epidemia de dengue, zika e chikungunya
Fev/2017*

Caro Participante,

A seguir apresentamos um material que irá tratar do tema Território e como fazer o diagnóstico do mesmo por meio do Mapa falado.

A apresentação está em slides e a nossa intenção foi elaborar um material de fácil leitura. Ao final destacamos as referências bibliográficas que nos ajudaram na preparação desses slides.

Há também dois textos que são fundamentais para aprofundar um pouco mais sobre o tema, e estes estão disponibilizados na aba de capacitação dos comitês.

Por favor, veja o que acha e converse com o seu tutor se houver dúvida. Gostaríamos também da sua opinião sobre este material e sugestões para torná-lo melhor.

Bom trabalho!



*Mobilização Social para o enfrentamento da tríplice epidemia de dengue, zika e chikungunya
Fev/2017*

Território



Imagens: <https://br.pinterest.com/raulforneil/dissenys-dibuixos-i-fotografies/>
<https://br.pinterest.com/explore/pintura-skyline-959629217481/>

*Mobilização Social para o enfrentamento da tríplice epidemia de dengue, zika e chikungunya
Fev/2017*

Território

“As sociedades humanas ao produzirem sua vida material e sua história, produzem também espaço geográfico e seus territórios; - Sociedades diferentes produzem territórios diferentes.”

“Se a doença é uma manifestação do indivíduo, a situação de saúde é uma manifestação do território (espaço geográfico). Os territórios, dentro de uma cidade ou região, são resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais, sociais, que promovem condições particulares para a produção de doenças.”

“O reconhecimento do território é um instrumento básico para compreender a situação de saúde e para adoção de políticas de organização das ações de saúde”.

(Barcellos, 2000)

*Mobilização Social para o enfrentamento da tríplice epidemia de dengue, zika e chikungunya
Fev/2017*

Território

- ▶ Quando falamos de território, estamos nos referindo a uma ideia que vai além dos limites geográficos de um bairro, cidade ou país.
- ▶ A ideia de território que queremos trabalhar é a de lugar de vida e de trabalho das pessoas e famílias.



Imagem: <http://www1.folha.uol.com.br/folhinha/2015/08/1675007-concurso-infantil-premia-melhores-desenhos-e-ideos-sobre-o-lixo.shtml>

*Mobilização Social para o enfrentamento da tríplice epidemia de dengue, zika e chikungunya
Fev/2017*

Território

- ▶ O território é múltiplo e, ao mesmo tempo específico e único.
- ▶ Múltiplo porque é um espaço repleto de características, como casas, comércios, ruas, serviços públicos, espaços verdes, entre outras estruturas construídas e modificadas pela ação das pessoas que ali vivem e trabalham.

Território

- ▶ Específico porque cada território possui sua própria história, cultura, características econômicas e sociais, estruturas de poder, e organização da comunidade.
- ▶ Assim, todo território possui benefícios e vantagens para seus moradores, mas, também possui riscos e problemas de diferentes tipos e causas.



Território

- ▶ A organização e as características do território podem nos ajudar a entender e explicar como as pessoas adoecem e como elas podem ter saúde.
- ▶ Para isso, reconhecer e analisar o território é fundamental para propor ações capazes de modificá-lo, quando preciso.



*Mobilização Social para o enfrentamento da tríplice epidemia de dengue, zika e chikungunya
Fev/2017*

Território

- ▶ Quando pensamos em doenças como dengue, chikungunya e zika é preciso lembrar o quanto as características do território podem interferir na quantidade de casos e muitas vezes no curso das doenças. Para isso, é preciso entender as características da transmissão, e outras características que determinam a ocorrência e manutenção dessas doenças.
- ▶ **Por favor, veja os dois slides a seguir sobre determinação social da saúde.**



Imagem: http://www.colorirgratis.com/desenhos-de-cidades-e-aldeias-para-colorir_2.html

*Mobilização Social para o enfrentamento da tríplice epidemia de dengue, zika e chikungunya
Fev/2017*

A determinação social da saúde

“Para entender esses fatores (os determinantes), é necessário estabelecer uma hierarquia (uma ordem) entre eles. Ou seja, identificar os mais gerais, de natureza social, econômica e política, e os mais individuais, ligados a aspectos biológicos e comportamentais. Apesar dessa definição, é importante entender que a determinação social em saúde não é a simples listagem de fatores que interferem no processo saúde-doença, nem o somatório de todos os determinantes (fatores) identificados. Não é uma simples relação direta de causa e efeito, por exemplo: não é porque uma pessoa é pobre e da raça/ cor negra que terá tuberculose. Ou seja, há diversas outras interferências no processo de adoecimento relacionadas com a lógica de organização do modo de vida e da produção econômica...”

A determinação social do processo saúde-doença pelo olhar da educação popular em saúde- **Bianca Borges da Silva Leandro**

A determinação social da saúde

“...Por isso, os fatores individuais devem ser observados e avaliados em conexão com os outros, a fim de que as pessoas não sejam culpabilizadas por suas doenças. Apesar de semelhanças biológicas entre os corpos das pessoas, a doença e a saúde ocorrem de modo distinto nas diferentes sociedades e nas diferentes classes e grupos sociais (Albuquerque et al., 2014). A vida humana é influenciada socialmente em todas as suas dimensões, inclusive na da saúde. Nesse sentido, a compreensão da determinação social em saúde é importante, pois o ser humano é também um ser produtivo que está submetido a condições determinadas e contextualizadas com as relações sociais que estabelece. Em geral, ninguém fica doente porque quer. Dessa forma, não podemos esquecer que há múltiplas relações que estão por trás do processo saúde-doença (a determinação social da saúde).”

A determinação social do processo saúde-doença pelo olhar da educação popular em saúde- **Bianca Borges da Silva Leandro**

Território

- ▶ Conhecer o território é, portanto, essencial para identificação dos principais problemas existentes, os riscos para a saúde. Por isso, é fundamental **mapear o território**.

*Mobilização Social para o enfrentamento da tríplice epidemia de dengue, zika e chikungunya
Fev/2017*

Território

- ▶ O mapeamento do território, realizado em conjunto por diferentes pessoas, cada uma com seu conhecimento do local e com histórias e experiências diferentes para contar, permite que o resultado seja mais completo. Isso é importante para que o planejamento para os problemas encontrados consiga ser também o melhor e mais completo possível!



Imagem: <http://www.canstockphoto.com.br/rede-pessoas-diverso-trabalho-equipe-car%C3%A1teres-social-c%C3%ADrculo-27961242.html>

*Mobilização Social para o enfrentamento da tríplice epidemia de dengue, zika e chikungunya
Fev/2017*

Território

No mapeamento do território é importante que algumas perguntas sejam respondidas:

- ▶ Como esse território foi ocupado?
- ▶ Quando e por quem?
- ▶ Como ele era?
- ▶ Como está hoje?
- ▶ Quem são as pessoas que vivem no local? Como elas vivem?

Território

- ▶ Existem locais com carência de infraestrutura?
- ▶ Existem locais perigosos? Que tipo de perigo?
- ▶ Quais são os tipos de trabalho comuns no local (fábricas, comércios, empresas, agricultura)?
- ▶ Quais os principais problemas para os moradores?
- ▶ Como os moradores se organizam para resolvê-los?
- ▶ Quem mais poderia ajudar na resolução dos problemas?



Território

- ▶ A partir do reconhecimento do território vamos para a etapa seguinte que é entender e **elaborar um mapa falado** e assim, termos um diagnóstico do território organizado de forma gráfica.

Diagnóstico do Território: O Mapa Falado

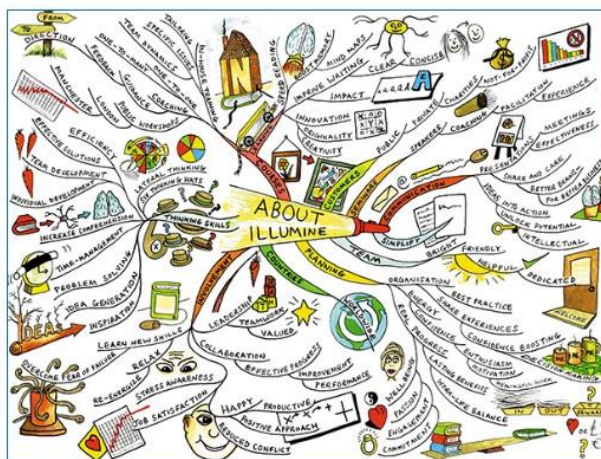


Imagem: http://missaotr.blogspot.com.br/2015_06_01_archive.html

Entendendo o Mapa Falado

O mapa falado é um desenho representativo de um determinado território, seja uma escola, uma rua, um bairro ou até mesmo uma cidade. Nesse desenho todas as informações do lugar são apresentadas, possibilitando que qualquer pessoa tenha uma noção clara e completa do lugar.

Entendendo o Mapa Falado

A elaboração do mapa falado permite a realização do diagnóstico do território, por meio de um retrato fiel das características gerais e específicas do local, contribuindo para uma visão ampla da realidade e para a identificação das vantagens, bem como dos riscos e problemas existentes no território de atuação dos comitês.



Entendendo o Mapa Falado

O Mapa Falado pode ser desenhado em um cartaz, quadro ou no chão, dependendo dos materiais disponíveis para o desenho e do tamanho do lugar que se deseja representar, de forma que ele “caiba” naquele espaço. Quando desenhado no chão é importante garantir fotografias nítidas do mapa ao final do trabalho, pois serão necessárias em outros momentos do trabalho do grupo.



*Mobilização Social para o enfrentamento da tríplice epidemia de dengue, zika e chikungunya
Fev/2017*

Entendendo o Mapa Falado

Os elementos desenhados no mapa deverão representar os diversos componentes daquele lugar. Para isso, o grupo poderá recorrer à utilização de símbolos, objetos ou figuras capazes de representar todas as características do território.



Imagem: <http://sexylesbian.xyz/deixe/deixe-uma-resposta-cancelar-resposta.html>

*Mobilização Social para o enfrentamento da tríplice epidemia de dengue, zika e chikungunya
Fev/2017*

Entendendo o Mapa Falado

Nessa tarefa, a contribuição e participação de todos é fundamental para que o mapa seja, realmente, um retrato falado do território.



Imagem: <http://anatomaziariheiro.blogspot.com.br/2010/07/mapa-falado-projeto-pedagogico.html>

Elaborando o Mapa Falado

Objetivo:

Reproduzir o território de atuação do grupo a partir de um desenho representativo do local que considere suas características, benefícios, problemas e riscos para a saúde dos moradores.

Elaborando o Mapa Falado

Materiais necessários:

- ▶ Quadro, papel Kraft, cartolina (vai depender de onde o mapa será desenhado);
- ▶ Tesoura, cola, pincel, giz, barbante, folhas, pedras, fitas coloridas, giz de cera, lápis de cor, gravuras;
- ▶ São apenas exemplos de materiais, e o grupo pode optar por outros.



Elaborando o Mapa Falado

Desenvolvimento

- ▶ É preciso eleger um coordenador e um relator no grupo para a realização do Mapa Falado.



Elaborando o Mapa Falado

Coordenador: o coordenador conduz todo o trabalho, informando sobre as etapas da atividade e organizando a participação de todos.

Relator: o relator registra por meio de anotações tudo o que for trabalhado no grupo, detalhando as atividades e a contribuição de cada um dos integrantes e o resultado final.



Elaborando o Mapa Falado

- ▶ Escolher um local adequado, que seja tranquilo e espaçoso para todos os participantes.
- ▶ O coordenador deverá explicar a todos os envolvidos a atividade a ser desenvolvida e a importância da participação e contribuição de todos.



Elaborando o Mapa Falado

- ▶ O coordenador deverá organizar a realização do desenho, permitindo que cada um dê a sua contribuição no mapa. É importante evitar que uma única pessoa (ou apenas algumas) tente desenhar todo o mapa, sem permitir a participação de todo o grupo.



Elaborando o Mapa Falado

- ▶ O coordenador deverá manter a atenção de todo o grupo durante toda a atividade, sem distrações que possam levar a erros no desenho. Se o grupo for muito grande pode ser necessário formar grupos menores. Nesse caso, cada grupo menor elabora uma parte do mapa e, depois, todos juntos discutem o que foi elaborado por cada grupo para compor o mapa final.



Elaborando o Mapa Falado

- ▶ Evitar que sejam colocados muitos elementos no mapa ao mesmo tempo.
- ▶ O coordenador deverá discutir com o grupo todas as novas representações desenhadas no mapa, perguntando a opinião de todos sobre o que foi feito, explorando o conhecimento de todos a respeito: localização correta, sua importância para os moradores, pontos positivos e negativos de sua existência no território.



Elaborando o Mapa Falado

- ▶ O relator deverá registrar todas as discussões do grupo, evitando o esquecimento de informações importantes que possam ser úteis durante ou após a finalização do mapa. As discussões são tão importantes como o desenho final, e por isso é fundamental que sejam bem registradas!



Elaborando o Mapa Falado

- ▶ Lembrar sempre que o maior objetivo não é ter um mapa super completo, mas que todos os componentes desenhados possuam significado e sejam discutidos entre os participantes, com foco nos fatores positivos existentes no local e, ainda, nos problemas e riscos para a saúde dos moradores.



*Mobilização Social para o enfrentamento da tríplice epidemia de dengue, zika e chikungunya
Fev/2017*

O que fazer com o material produzido?

- ▶ É importante que o local escolhido pelo grupo para fixar o mapa falado seja seguro e de fácil acesso a todos, de modo que esteja sempre visível e protegido de acidentes (risco de rasgar, molhar, sujar ou sumir).



*Mobilização Social para o enfrentamento da tríplice epidemia de dengue, zika e chikungunya
Fev/2017*

Caro participante,

É fundamental a leitura dos textos:

- ▶ Território: lugar onde a vida acontece (**Maurício Monken Grácia Maria de Miranda Gondim**)
- ▶ A determinação social do processo saúde-doença pelo olhar da educação popular em saúde (**Bianca Borges da Silva Leandro**)



Plano de Ação

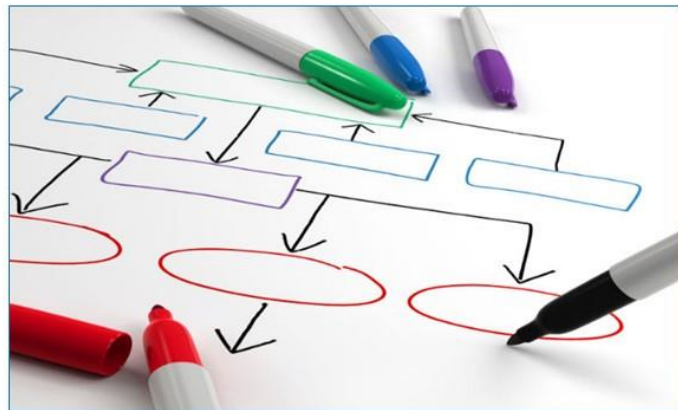


Imagem: <http://www.cloudcoaching.com.br/plano-de-acao/post>

Entendendo o Plano de Ação

Um plano de ação é uma maneira estratégica, prática e objetiva de responder a um determinado problema ou situação. Sua elaboração permite que as ideias que surgem como proposta de solução sejam transformadas em ações concretas.

Entendendo o Plano de Ação

Elaborar um plano de ação envolve pensar, discutir, planejar e detalhar o melhor caminho a ser seguido, considerando o contexto no qual o problema acontece, as pessoas envolvidas, o tempo disponível e os recursos existentes.



Imagem: <http://www.cloudcoaching.com.br/plano-de-acao/post>

Entendendo o Plano de Ação

O plano de ação deve ser elaborado de forma organizada e sistematizada e englobar todas as atividades identificadas como necessárias para se alcançar o objetivo definido. Além disso, é importante avaliar a possibilidade real de seu desenvolvimento, considerando as diversas questões que podem dificultar ou, até mesmo, impedir sua realização.

Entendendo o Plano de Ação

Para realizar um plano de ação é preciso, portanto, que um grupo se organize e decida em conjunto:

- ▶ Qual é a situação atual do problema ?
- ▶ O que é preciso mudar?
- ▶ Por que é preciso mudar?
- ▶ Aonde se quer chegar com a mudança?



Entendendo o Plano de Ação

- ▶ Quais as possibilidades de se alcançar a mudança?
- ▶ Qual é a maneira mais garantida, prática, rápida e econômica de alcançar os objetivos esperados?
- ▶ O que será necessário para executar as ações definidas?
- ▶ Quais as dificuldades que poderão surgir no percurso?
- ▶ Quanto tempo será preciso para desenvolver as ações?



Entendendo o Plano de Ação

Toda essa discussão envolve um trabalho contínuo e conjunto. É preciso escutar o que cada um do grupo tem a dizer, para que todas as ideias e experiências sejam compartilhadas e que a discussão e as propostas de atuação fiquem claras para todos os envolvidos.



Imagem: <http://www.8idea.com.br/blog/como-elaborar-um-plano-de-acao-5w2h/>

Elaborando o Plano de Ação

▶ **Objetivo:**

Elaborar um plano de ação capaz de contribuir na solução dos problemas e riscos identificados no diagnóstico do território.

▶ **Materiais necessários:**

Mapa falado, com o diagnóstico do território.

Elaborando o Plano de Ação

Desenvolvimento:

- ▶ Eleger um coordenador e um relator no grupo para a realização do plano de ação.



Elaborando o Plano de Ação

Coordenador: conduz todo o trabalho, informando sobre as etapas da atividade e organizando a participação de todos.

Relator: anota todo o trabalho realizado, detalhando as atividades e a contribuição de cada um dos integrantes e o resultado final.



Elaborando o Plano de Ação

Desenvolvimento:

- ▶ A partir da análise e do mapa falado, o grupo deverá elaborar um plano de ação, conforme modelo a seguir.
- ▶ A quantidade de planos de ação vai depender do número de problemas selecionados pelo grupo.
- ▶ O plano de ação deverá ser aprovado por todos os participantes do grupo.



Elaborando o Plano de Ação

Plano de Ação							
Problema selecionado para atuação: _____							
Objetivos	Ações necessárias (descrição detalhada da ação)	Responsáveis (população, governo, empresários, escolas)	Tempo (previsão de início e de duração da atividade)	Recursos necessários (pessoas, materiais, equipamentos, dinheiro)	Fatores facilitadores (influenciam positivamente na realização das ações)	Fatores dificultadores (influenciam negativamente na realização das ações)	Forma de acompanhamento (como o grupo pretende acompanhar o alcance dos objetivos)



O que fazer com o material produzido?

- ▶ É importante que o local escolhido pelo grupo para fixar o plano de ação seja seguro e de fácil acesso a todos, de modo que esteja sempre visível e protegido de acidentes (risco de rasgar, molhar, sujar ou sumir).



O que fazer com o material produzido?

- ▶ É importante que o grupo saiba que poderá ser necessário recorrer aos produtos elaborados e aos registros realizados por várias vezes ao longo de seu trabalho: para lembrar algumas questões, discutir novamente alguns pontos ou, até mesmo, modificar o planejamento realizado, sempre em conjunto com todos os participantes!



*Mobilização Social para o enfrentamento da tríplice epidemia de dengue, zika e chikungunya
Fev/2017*

Referências

BROSE, Markus (Org). Metodologia Participativa: uma introdução a 29 instrumentos. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2001. 312 p.

Oliveira, Cecília Maria Carvalho; Oliveira, Maria Aparecida. Projeto de Intervenção associado à Árvore de Problemas: metodologia para elaboração do projeto de intervenção. Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de São Paulo, 2015.

SANTOS, Ailton Dias (Org). Metodologias Participativas: caminhos para o fortalecimentos de espaços públicos socioambientais. Instituto Educacional de Educação do Brasil – IEB. São Paulo: Petrópolis, 2005. 195 p.

*Mobilização Social para o enfrentamento da tríplice epidemia de dengue, zika e chikungunya
Fev/2017*

Referências bibliográficas utilizadas para preparar o material sobre Território

CAMPOS, Rui Ribeiro. A natureza do espaço para Milton Santos. Geografares, n. 6, p. 155-165, 2008. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/geografares/article/viewFile/1023/758>>. Acesso em: 30 out, 2015.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). Material didático do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV/PROFORMAR, 2004.

MONKEN, Maurício; GONDIM, Grácia Maria de Miranda. Curso de Aperfeiçoamento em educação Popular. Rio de Janeiro: EPSJV, 2016. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/cad_texto_edpopsus.pdf> Acesso em: 23 fev, 2017.

SANTOS, Milton. Técnica, Espaço, Tempo: globalização e meio técnico-científico informacional. 1994.

SANTOS, Milton. A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção. 4. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006.

SAQUET, Marcos Aurélio; SILVA, Sueli Santos. Milton Santos: concepções de geografia, espaço e território. Ver Geo UERJ, v.2, n. 18, p. 24-42, 2008. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/geouerj/article/view/1389>>. Acesso em: 30 out. 2015.

Referências bibliográficas utilizadas para preparar o material sobre o mapa falado

FARIA, Andréa Alice da Cunha; NETO, Paulo Sérgio Ferreira. Ferramentas do diálogo – qualificando o uso das técnicas do DRP: diagnóstico rural participativo. Brasília, 2006. 79 p.

SANTOS, Ailton Dias (Org). Metodologias Participativas: caminhos para o fortalecimentos de espaços públicos socioambientais. Instituto Educacional de Educação do Brasil – IEB. São Paulo: Petrópolis, 2005. 195 p.