

**XXVIII CONGRESSO NACIONAL DO
CONPEDI BELÉM – PA**

DIREITO ADMINISTRATIVO E GESTÃO PÚBLICA II

FERNANDO DE BRITO ALVES

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte deste anal poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria – CONPEDI

Presidente - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC – Santa Catarina

Vice-presidente Centro-Oeste - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG – Goiás

Vice-presidente Sudeste - Prof. Dr. César Augusto de Castro Fiuza - UFMG/PUCMG – Minas Gerais

Vice-presidente Nordeste - Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS – Sergipe

Vice-presidente Norte - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa – Pará

Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos – Rio Grande do Sul

Secretário Executivo - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Napolini - Unimar/Uninove – São Paulo

Representante Discente – FEPODI

Yuri Nathan da Costa Lannes - Mackenzie – São Paulo

Conselho Fiscal:

Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UCAM – Rio de Janeiro

Prof. Dr. Aires José Rover - UFSC – Santa Catarina

Prof. Dr. Edinilson Donisete Machado - UNIVEM/UENP – São Paulo

Prof. Dr. Marcus Firmino Santiago da Silva - UDF – Distrito Federal (suplente)

Prof. Dr. Ilton Garcia da Costa - UENP – São Paulo (suplente)

Secretarias:

Relações Institucionais

Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues - UNIVEM – Santa Catarina

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UNIMAR – Ceará

Prof. Dr. José Barroso Filho - UPIS/ENAJUM – Distrito Federal

Relações Internacionais para o Continente Americano

Prof. Dr. Fernando Antônio de Carvalho Dantas - UFG – Goiás

Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA – Bahia

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA – Maranhão

Relações Internacionais para os demais Continentes

Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba – Paraná

Prof. Dr. Rubens Beçak - USP – São Paulo

Profa. Dra. Maria Aurea Baroni Cecato - Unipê/UFPB – Paraíba

Eventos:

Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch (UFMS – Rio Grande do Sul)

Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho (Unifor – Ceará)

Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta (Fumec – Minas Gerais)

Comunicação:

Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro (UNOESC – Santa Catarina)

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho (UPF/Univali – Rio Grande do Sul)

Dr. Caio Augusto Souza Lara (ESDHC – Minas Gerais)

Membro Nato – Presidência anterior Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UNICAP – Pernambuco

D597

Direito administrativo e gestão pública II [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI/CESUPA

Coordenadores: Fernando De Brito Alves – Florianópolis: CONPEDI, 2019.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-85-5505-830-1

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: Direito, Desenvolvimento e Políticas Públicas: Amazônia do Século XXI

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Congressos Nacionais. 2. Assistência. 3. Isonomia. XXVIII Congresso Nacional do CONPEDI (28 : 2019 : Belém, Brasil).

CDU: 34



Conselho Nacional de Pesquisa
e Pós-Graduação em Direito Florianópolis
Santa Catarina – Brasil
www.conpedi.org.br



Centro Universitário do Estado do Pará
Belém - Pará - Brasil
<https://www.cesupa.br/>

XXVIII CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI BELÉM – PA

DIREITO ADMINISTRATIVO E GESTÃO PÚBLICA II

Apresentação

É uma grande responsabilidade apresentar os anais do Grupo de Trabalho “Direito Administrativo e Gestão Pública II” do XXVIII CONGRESSO NACIONAL DO CONSELHO NACIONAL DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO que ocorreu em BELÉM-PA, entre os dias 13 e 15 de novembro de 2019, que tentarei desincumbir com o maior esmero possível.

Existem muitas intersecções entre o Direito Administrativo e a Gestão Pública, mas gostaria para os fins a que se propõem uma apresentação resgatar uma qualquer reflexão crítica sobre o tema deve partir da compreensão de que o direito administrativo não é o direito que regula a burocracia, nem, tampouco que as relações entre o direito administrativo e a gestão pública se esgotam na implementação das metodologias do new public management.

Quanto ao primeiro aspecto, diversos autores, como Hannah Arendt (no texto ‘Da violência’), por exemplo, consideram que as burocracias plenamente desenvolvidas se constituem verdadeiras zonas de indistinção, a burocracia é a forma de poder onde todos são privados de liberdade política, do poder de agir, já que o governo de ninguém não é a ausência de governo, onde todos são igualmente destituídos de poder temos uma tirania sem tirano.

Ao contrário, o direito administrativo que emerge dos colapsos das ditaduras da segunda metade do século passado na América Latina, surge comprometido com novas concepções de gestão pública, preocupada com a promoção de uma cultura republicana e a consolidação da democracia, além da modernização do Estado, promovendo transformações verticais (nas estruturas administrativas estatais), mas também horizontais (possibilitando um melhor acesso às instituições públicas e a participação popular).

Quanto ao segundo, embora em moda na década de 1990, o new public management reduzia as relações entre o direito administrativo e a gestão pública à adoção de um modelo gerencial de estado, como se as ações do Estado pudessem ser medidas por razões privadas, e por seu potencial resultado financeiro superavitário, independentemente da implementação de políticas públicas, da promoção da igualdade, da redução da pobreza e consequentemente da consolidação da democracia.

Foi muito gratificante coordenar o Grupo de Trabalho, tendo em vista que todos os autores assumiram essa perspectiva crítica e propuseram uma reflexão sofisticada sobre os temas que abordaram.

Uma questão interessante foi a presença de estudos de caso, como foram os artigos: i) “Da revolta da vacina ao século XXI – políticas públicas para a saúde e seus enfrentamentos em relação ao combate ao *aedes aegypti*”, que faz um estudo de caso sobre as políticas de controle da dengue no município de Iporá-GO desde o ano de 2016; ii) “A nova metodologia da média regional de cargos comissionados implantada pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo: um reflexo da teoria da complexidade?”, que faz uma análise crítica da metodologia utilizada pelo TCE/SP a partir de um caso de Jaú-SP; iii) “Bloqueio em conta pessoal de gestor público: um estudo das possibilidades de responsabilização em tutela antecipada”, que faz a análise de decisão judicial que bloqueou conta pessoal de gestor da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará; iv) “Esvaziamento da atividade típica estatal das agências reguladoras pela delegação do núcleo intangível do poder de polícia e corresponsabilidade estatal no dano superveniente: estudo de caso da barragem de Brumadinho”, que aborda a corresponsabilidade estatal nos casos em que as agências reguladoras transferem aos fiscalizados – jurisdicionados – parcelas intangíveis de seu ciclo de polícia. É de se destacar que mesmo nas abordagens mais teóricas, foi possível perceber uma preocupação com a aplicabilidade dos institutos e a efetividade do direito.

Ademais, foram apresentadas revisões bibliográficas interessantes como: i) “Contratação irregular de servidores temporários como ato de improbidade administrativa”, que ocorre com alguma frequência em todos os rincões do país; ii) “Confidencialidade na autocomposição de conflitos no âmbito da administração pública”, que aborda questões relacionadas às obrigações de transparência da administração pública; iii) “A importância da participação e do controle social para a repulização da administração pública brasileira” sobre accountability e participação popular; iv) “Controle judicial dos atos administrativos discricionários e a separação dos poderes” e v) “A constitucionalização do direito administrativo e seus reflexos sobre a discricionariedade administrativa”, ambos sobre discricionariedade administrativa; vi) “A inovação do § 3, do art. 27 da Lei 13.303/2016: como interpretar e aplicar?” sobre a Lei das Estatais e contratos de patrocínio, e por fim, vii) “O atual desequilíbrio do pacto federativo brasileiro, os reflexos econômicos e os obstáculos para a efetividade dos direitos fundamentais sociais” sobre a evidente necessidade de se repensar o pacto federativo já que os municípios possuem inúmeros encargos além de suas capacidades financeiras de fazer frente às suas obrigações.

Os autores demonstraram uma sensibilidade singular com uma reflexão crítica e a apresentação de proposições para a melhoria técnica do direito administrativo com vistas a possibilidade de no futuro termos um Estado mais eficiente, mas não menos sensível com as demandas concretas dos mais pobres.

Boa leitura!

Prof. Dr. Fernando de Brito Alves – UENP

Nota Técnica: Os artigos que não constam nestes Anais foram selecionados para publicação na Plataforma Index Law Journals, conforme previsto no artigo 8.1 do edital do evento. Equipe Editorial Index Law Journal - publicacao@conpedi.org.br.

DA REVOLTA DA VACINA AO SÉCULO XXI – POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SAÚDE E SEUS ENFRENTAMENTOS EM RELAÇÃO AO COMBATE AO AEDES AEGYPTI

FROM THE VACCINE REVOLT TO THE 21ST CENTURY - PUBLIC POLICIES FOR HEALTH AND THEIR CONFRONTATIONS REGARDING THE FIGHT AGAINST AEDES AEGYPTI

Suzana Rodrigues Floresta ¹
Marcello Rodrigues Siqueira ²

Resumo

Este artigo é resultado das pesquisas acerca os processos de controle do *Aedes aegypti* no município de Iporá-Go e região que têm sido realizadas desde 2016. Anteriormente, foi realizada uma pesquisa inicial por meio da qual foram identificadas e delimitadas algumas situações consideradas como “pendências” pelo Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), tais como imóveis fechados, abandonados ou com acesso não permitido pelo proprietário. Nesse sentido, o objetivo geral é repensar as políticas de saúde pública no Brasil e, mais especificamente, avaliar as situações de “pendência”. Para tanto, foram consideradas duas abordagens: a objetiva e a subjetiva.

Palavras-chave: Políticas públicas, Saúde, Controle, *Aedes aegypti*, Iporá-go

Abstract/Resumen/Résumé

This article is the result of research on the *Aedes aegypti* control processes in the municipality of Iporá-Go and region that have been conducted since 2016. Previously, an initial research was conducted through which some situations considered as “pendencies” were identified and delimited by the National Dengue Control Program (PNCD), such as property closed, abandoned or with access not allowed by the owner. In this sense, the overall objective is to rethink public health policies in Brazil and, more specifically, to assess situations of “pending”. Therefore, two approaches were considered: objective and subjective.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Public policy, Health, Control, *Aedes aegypti*, Iporá-go

¹ Mestre em História Cultural (PUC-GO) Professora efetiva junto a Universidade Estadual de Goiás (UEG) Acadêmica do Curso de Direito da Faculdade de Iporá (FAI) E-mail: suzana.rodrigues@ueg.br

² Doutor em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento (UFRJ) Professor efetivo junto a Universidade Estadual de Goiás (UEG) Acadêmico do Curso de Direito da Faculdade de Iporá (FAI) E-mail: marcello@ueg.br

1. INTRODUÇÃO

Este artigo é resultado das pesquisas acerca os processos de controle do *Aedes aegypti* no município de Iporá-Go e região que têm sido realizadas desde 2016. Anteriormente, foi realizada uma pesquisa inicial por meio da qual foram identificadas e delimitadas algumas situações consideradas como “pendências” pelo Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), tais como imóveis fechados, abandonados ou com acesso não permitido pelo proprietário.

A reincidente e injustificada recusa ou resistência em atender notificação para ações básicas de prevenção à dengue é considerada infração sanitária, cabendo o uso das medidas de Amparo Legal à Execução das Ações de Campo (BRASIL, 2002)

Estas “pendências” podem – e devem – ser objeto de interveniência da Vigilância Sanitária (VISA), bem como de outros órgãos do poder público. Uma das atribuições da VISA junto ao setor regulado é a inspeção sanitária. Por meio desta é possível: identificar situações propícias ao criadouro de mosquitos; adotar as medidas educativas e/ou legais, a partir das irregularidades constatadas; comunicar as situações de risco à coordenação estadual ou municipal do programa de controle da dengue, para providências complementares; acompanhar a adequação das irregularidades constatadas (BRASIL, 2008).

A configuração de infrações à legislação sanitária e o estabelecimento das sanções respectivas estão amparadas pela Lei 6.437, de 20 de agosto de 1977. No que diz respeito às doenças transmissíveis a referida lei prevê:

Art. 10 - São infrações sanitárias: ...

VII – impedir ou dificultar a aplicação de medidas sanitárias relativas às doenças transmissíveis e ao sacrifício de animais domésticos considerados perigosos pelas autoridades sanitárias:

pena – advertência e/ou multa; ...

VIII – reter atestado de vacinação obrigatória, deixar de executar, dificultar ou opor-se à execução de medidas sanitárias que visem à prevenção das doenças transmissíveis e sua disseminação, à preservação e à manutenção da saúde:

pena – advertência, interdição, cancelamento de licença ou autorização e/ou multa; ...

XXIV – inobservância das exigências sanitárias relativas a imóveis, pelos seus proprietários, ou por quem detenha legalmente a sua posse:

pena – advertência, interdição, e/ou multa;

Nesse sentido, aos trabalhadores de vigilância sanitária é delegado pelo Estado o poder de polícia, que deve ser utilizado como ferramenta de proteção à saúde coletiva. Portanto, é preciso verificar se estas prerrogativas estão sendo cumpridas.

Segundo reportagem publicada no jornal Oeste Goiano em 21 de março de 2014, o município de Iporá passou a ser o primeiro lugar em casos de dengue em Goiás. Na reportagem

a secretária de saúde de Iporá, Daniela Sallum, foi entrevistada. Ela afirmou que “o número é alarmante, mas que os gestores têm feito o possível, intensificando ações desde setembro do ano passado. Ela afirma que o maior foco de ação é com relação ao lixo domiciliar” (OESTE GOIANO, 2014).

De fato, em Iporá foi reforçado o serviço de soroterapia nas unidades básicas de saúde, com apoio da Regional de Saúde. Tem sido realizado mutirões de limpeza, campanhas de conscientização e inúmeros esforços de combate ao *Aedes Aegypti*. Inclusive, foi realizado no dia 23 de fevereiro de 2016 o 3º dia D de combate ao mosquito organizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Iporá e o Corpo de Bombeiros. Mas, apesar de todos os esforços, o problema continua. Daí, a principal justificativa para a realização desta e de outras pesquisas.

O objetivo geral é repensar as políticas de saúde pública no Brasil e, mais especificamente avaliar as situações de “pendência”, analisar os mecanismos de controle do *Aedes aegypti*, vetor da dengue, zika e chikungunya no município de Iporá-GO e região e, se possível, auxiliar o município a organizar suas atividades de prevenção e controle, em períodos de baixa transmissão e em situações endêmicas.

Para tanto, foram adotados vários procedimentos metodológicos necessários para se obter respostas aos questionamentos e aos objetivos propostos. Segundo Chizzotti (1995, p.11), “a pesquisa investiga o mundo em que o homem vive e o próprio homem”. Portanto, a pesquisa só existe com o apoio de procedimentos metodológicos adequados, que permitam a aproximação ao objeto de estudo.

De certa forma, realizou-se uma pesquisa de avaliação (*evaluation research*) *ex post* ou somativa visando trabalhar com impactos e processos concentrando-se, sobretudo, na eficácia e no julgamento de valor geral. Assim, a metodologia proposta de avaliação de impactos *ex post* organizou-se conforme as etapas a seguir: 1) Coleta e análise de dados primários e secundários; 2) Identificação de grupos focais; 3) Aplicação de entrevistas temáticas; 4) Análise de agrupamento; 5) Elaboração e discussão de indicadores; 6) Avaliação e publicação dos resultados finais na forma de artigo científico.

Foram consideradas duas abordagens: a objetiva e a subjetiva. A primeira, geralmente, mensurada através de informação disponível sob a forma de indicadores. Quanto à abordagem subjetiva, expressa pelos seres humanos, foram sistematizadas através de informações provocadas mediante inquéritos aplicados a um conjunto de respondentes.

Para Triviños (1987, p. 146) a entrevista semiestruturada tem como característica questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da

pesquisa. Os questionamentos dariam frutos a novas hipóteses surgidas a partir das respostas dos informantes. O foco principal é direcionado pelo investigador-entrevistador. Para o referido autor, a entrevista semiestruturada “[...] favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade” (TRIVIÑOS, 1987, p. 152).

Informa-se ainda que as entrevistas foram precedidas por um momento preparatório no qual os colaboradores foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e a dimensão de sua participação. Nesse contato inicial fez-se uso de uma filmadora Sony HDR-TD20 Full HD 3D Profissional como material de registro, e foram explicitadas as condições de utilização dos depoimentos fornecidos, depois de trabalhados e transformados em documento escrito.

De acordo com Meihy (1995, p. 66), a transcrição é entendida como primeira das etapas de transposição da entrevista oral para o texto escrito. Esta fase teve início com a audição cuidadosa e repetida da entrevista oral. Nesse sentido: Depois de apreendido o ritmo da narrativa e a intenção, procedeu-se à transcrição, que, numa primeira etapa, procurou ser fiel ao acontecido. Vícios de linguagem, erros de gramática, palavras repetidas foram ser corrigidas... Além disso, abusos de palavras como "né", "sabe", ou expressões muito repetidas como "daí por diante" e "depois disso" foram mantidas em dose suficiente para o leitor sentir o tipo de narrativa ou sotaque.

Para Meihy (1995), a análise histórica, assim como as citações das entrevistas, deve ser feita a partir do texto transcrito e que este deve ser conferido depois da entrevista oral. O texto transcrito é considerado, sob este ponto de vista, o documento básico da história oral. Portanto, foram adotados neste trabalho esses procedimentos teórico-metodológicos para transcrição, conforme as orientações definidas por Meihy (1995).

Observa-se ainda que o colaborador deve acompanhar as etapas de produção do texto da entrevista até sua versão final, autorizando (total ou parcialmente) ou não a divulgação da mesma. Portanto, foi estabelecido um processo de negociação entre o pesquisador e os entrevistados, por meio do procedimento denominado conferência. Processo que visou, por um lado, assegurar a busca dos elementos necessários ao trabalho e, por outro, garantir o bem-estar do entrevistado.

2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

No início do século XX sob o governo do presidente Rodrigues Alves foi desenvolvido o primeiro projeto sanitário da história brasileira. O país neste período conhecido no exterior com o título de “*tumulo para estrangeiros*” devido as constantes epidemias (peste bubônica, febre amarela, cólera e varíola) necessitava de ações de políticas públicas que visassem diminuir o número de óbitos, como também mudar a imagem do país frente a futuros investidores.

Assim, por meio do Decreto nº 1.151, de 5 de janeiro de 1904, foi criada a Diretoria Geral da Saúde Pública que, entre suas atribuições, assim determinou o papel de polícia sanitária.

Art. 1º É reorganizada a Diretoria Geral de Saúde Pública, ficando sob sua competência, além das atribuições atuais, tudo que no Distrito Federal diz respeito à higiene domiciliar, polícia sanitária dos domicílios, lugares e logradouros públicos, tudo quanto se relaciona a profilaxia geral e específica das moléstias infectuosas, podendo o Governo fazer as instalações que julgar necessárias e pôr em prática as atuais posturas municipais que se relacione com a higiene.

§ 1º O Governo regulamentará todos os serviços dependentes da Diretoria Geral de Saúde Pública, admitindo o pessoal constante da tabela anexa, estabelecendo as medidas repressivas necessárias, afim de tornar efetivas a notificação das moléstias infectuosas, a vigilância e polícia sanitárias, e enfim todas as necessárias medidas executivas e disposições regulamentares.

Para que o projeto fosse colocado em prática, e com fim de modernizar a cidade e controlar tais epidemias, o presidente Rodrigues Alves iniciou uma série de reformas urbanas, inicialmente na capital do país da época, o Rio de Janeiro. As mudanças arquitetônicas da cidade ficaram a cargo do engenheiro Pereira Passos, nomeado prefeito. Entre elas a derrubada de imóveis e a criação de novas ruas e avenidas. O médico Oswaldo Cruz, que tinha assumido a Diretoria Geral de Saúde Pública em 1903, coube a campanha de saneamento da cidade e o combate das epidemias. Com este intuito, em 31 de outubro de 1904 foi criada a Lei nº 1.261 que tornava obrigatória a vacinação da população.

Art. 1º A vacinação e revacinação contra a varíola são obrigatórias em toda a Republica.

Art. 2º Fica o Governo autorizado a regulamentar-la sob as seguintes bases:

- a) A vacinação será praticada até o sexto mês de idade, exceto nos casos provados de moléstia, em que poderá ser feita mais tarde;
- b) A revacinação será realizada sete anos após a vacinação e será repetida por septênios;
- c) As pessoas que tiverem mais de seis meses de idade serão vacinadas, exceto se provarem de modo cabal terem sofrido esta operação com proveito dentro dos últimos seis anos;
- d) Todos os oficiais e soldados das classes armadas da Republica deverão ser vacinados e revacinados, ficando os comandantes responsáveis pelo cumprimento desta;

e) O Governo lançara mão, afim de que sejam fielmente cumpridas as disposições desta lei, da medida estabelecida na primeira parte da letra f do § 3º do art. 1º do decreto n. 1.151, de 5 de janeiro de 1904;

f) Todos os serviços que se relacionem com a presente lei serão postos em pratica no Distrito Federal e fiscalizados pelo Ministério da Justiça e Negócios Interiores, por intermédio da Diretoria Geral de Saúde Publica.

Art. 3º Revogam-se as disposições em contrário.

A determinação da vacinação obrigatória, assim como a entrada nas residências pelos agentes de saúde com a atribuição de força de polícia, ocasionou uma das maiores revoltas populares da história do país, a chamada Revolta da Vacina. Na época muitos acusaram a legislação de ferir os direitos individuais e a propriedade privada.

Passado mais de um século, revemos um embate semelhante entre o estado e a sociedade civil sobre o controle e o combate de uma epidemia. No caso, as doenças transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti*. De tempos em tempos novas políticas públicas têm sido implementadas com o objetivo de combater o vírus, mas os problemas persistem desde o século passado.

Antes de encerrar este tópico, é preciso lembrar que a possibilidade de entrada à força nas residências e domicílios particulares por parte dos agentes de saúde é prevista na Constituição Federal de 1988 nos casos de perigo público ou flagrante criminal. Além disso, já está em vigor um novo dispositivo que trata especificamente desta questão: a Lei nº 13.301, de 27 de junho de 2016, que dispõe sobre a adoção de medidas de vigilância em saúde quando verificada situação de iminente perigo à saúde pública pela presença do mosquito transmissor do vírus da dengue, do vírus chikungunya e do vírus da zika; e altera a Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977. A lei garante o ingresso forçado nas residências e comércios encontrados fechados ou onde haja a recusa do proprietário.

3. O MUNICÍPIO DE IPORÁ NO CAMPO DE ANÁLISE

Segundo o Ministério da Saúde, o *Aedes aegypti*¹ é originário do Egito. As teorias mais aceitas indicam que o *Aedes aegypti* tenha se disseminado da África para o continente americano por embarcações que aportaram no Brasil para o tráfico de escravos. Trata-se de um

¹ O vetor foi descrito cientificamente pela primeira vez em 1762, quando foi denominado *Culex aegypti*. *Culex* significa “mosquito” e *aegypti*, egípcio, portanto: mosquito egípcio. O gênero *Aedes* só foi descrito em 1818. Logo verificou-se que a espécie *aegypti*, descrita anos antes, apresenta características morfológicas e biológicas semelhantes às de espécies do gênero *Aedes* – e não às do já conhecido gênero *Culex*. Então, foi estabelecido o nome *Aedes aegypti* (Cf. BRASIL, 2015).

vetor transmissor de várias doenças, entre as quais, destacam-se: a dengue, chikungunya e zika vírus (BRASIL, 2015).

Há registro da ocorrência de doenças provocadas pelo mosquito em Curitiba (PR) no final do século XIX e em Niterói (RJ) no início do século XX (BRASIL, 2015). No Brasil, a primeira epidemia documentada clínica e laboratorialmente ocorreu em 1981-1982, em Boa Vista (RR), causada pelos sorotipos 1 e 4. Em 1986, ocorreram epidemias atingindo o Rio de Janeiro e algumas capitais da região Nordeste (BRASIL, 2009, p. 11). Desde então, a dengue vem ocorrendo no Brasil de forma continuada, intercalando-se com a ocorrência de epidemias, geralmente associadas com a introdução de novos sorotipos em áreas anteriormente indenes e/ou alteração do sorotipo predominante.

Na epidemia de 1986, identificou-se a ocorrência da circulação do sorotipo DENV1, inicialmente no Estado do Rio de Janeiro, disseminando-se, a seguir, para outros seis estados até 1990. Nesse ano, foi identificada a circulação de um novo sorotipo, o DENV2, também no Estado do Rio de Janeiro. Durante a década de 90, ocorreu um aumento significativo da incidência, reflexo da ampla dispersão do *Aedes aegypti* no território nacional. A presença do vetor, associada à mobilidade da população, levou à disseminação dos sorotipos DENV1 e DENV2 para 20 dos 27 estados do país. Entre os anos de 1990 e 2000, várias epidemias foram registradas, sobretudo nos grandes centros urbanos das regiões Sudeste e Nordeste do Brasil, responsáveis pela maior parte dos casos notificados. As regiões Centro-Oeste e Norte foram acometidas mais tardiamente, com epidemias registradas a partir da segunda metade da década de 90 (BRASIL, 2009, p. 11).

Por conta do crescente aumento da população de mosquitos do gênero *Aedes aegypti*, chegou-se à conclusão de que o mais recomendável não é a erradicação do mosquito e sim o seu controle, ou seja, a redução da densidade vetorial. Assim, o Ministério da Saúde, com a parceria da Organização Pan-Americana de Saúde, realizou um Seminário Internacional, em junho de 2001, para avaliar as diversas experiências e elaborar um Plano de Intensificação das Ações de Controle da Dengue (PIACD) tendo em vista a inviabilidade técnica de erradicação do mosquito a curtos e médios prazos estipulados no Programa de Erradicação do *Aedes aegypti* (PEAa) proposta pelo Ministério da Saúde em 1996. Mesmo assim, é importante destacar que o PEAa, embora não tenha atingido seus objetivos teve méritos ao propor a necessidade de atuação multissetorial e prever um modelo descentralizado de combate à doença, com a participação das três esferas de governo, Federal, Estadual e Municipal.

Conforme José Gomes Temporão², o quadro epidemiológico da dengue no país é grave caracterizando-se:

[...] pela ampla distribuição do *Aedes aegypti* em todas as regiões, com uma complexa dinâmica de dispersão do seu vírus, circulação simultânea de três sorotipos virais (DENV1, DENV2 e DENV3) e vulnerabilidade para a introdução do sorotipo

² José Gomes Temporão é um médico sanitário e político luso-brasileiro. Foi ministro da Saúde durante boa parte do segundo mandato do governo Lula, empossado em março de 2007 e sucedido em 1 de janeiro de 2011.

DENV4. Essa situação epidemiológica tem, ao longo dos anos, apesar dos esforços do Ministério da Saúde, dos estados e dos municípios, provocado a ocorrência de epidemias nos principais centros urbanos do país, infligindo um importante aumento na procura pelos serviços de saúde, com ocorrência de óbitos. Mais recentemente, com a maior intensidade de circulação do sorotipo DENV2, tem-se observado um agravamento dos casos, com aumento do registro em crianças (TEMPORÃO *apud* BRASIL, 2009, p. 5)

No caso do município de Iporá-GO³, existem poucos estudos acerca da temática. Mas, é importante referenciar a dissertação de mestrado de Francielle Moreira Rodrigues intitulada de *Estudo retrospectivo sobre casos de dengue no município de Iporá–Goiás (2009 a 2013)* defendida em 07 de janeiro de 2015 junto a Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Mestrado em Genética. Nesse trabalho, a autora conclui que o aumento da incidência dos casos de dengue ao longo do período analisado é notório.

Ficou evidente que o número de casos da doença tem relação com os períodos considerados quentes e chuvosos no município, e de ocorrência urbana, tendo em vista o alto índice de registros com o sexo feminino e em todas as faixas etárias. O perfil epidemiológico da dengue em Iporá, foi caracterizado por maior número de ocorrências na região do centro da cidade, e quadro clínico representado pela febre em todos os casos. Os critérios de diagnósticos, e a conduta utilizada se mostrou satisfatório baseado no percentual de cura em 99,83%. A incidência não esteve relacionada com o crescimento urbano ou populacional, pois tal crescimento não foi significativo durante os anos em estudo, porém, é notório o aumento de notificações da doença ao longo dos anos (RODRIGUES, 2015, p. 27).

Diante deste quadro, a Secretaria Estadual de Saúde (SES-GO), com base nos princípios organizacionais do SUS – Regionalização e Descentralização – e no papel preponderante de coordenador do SUS Estadual é que a SES-GO definiu uma territorialização, descentralizando parte de suas atribuições para unidades administrativas desconcentradas, chamadas de Regionais de Saúde, responsáveis por uma determinada região, que têm como pressuposto “imprimir eficiência e efetividade à descentralização do sistema e serviços de saúde, promovendo a articulação e a otimização da oferta e do acesso às ações e serviços de saúde de forma resolutiva e equânime” (SES-GO, 2017)

Assim, constituídas dentro de uma ótica sanitária, o Estado de Goiás instituiu 5 Macrorregiões de Saúde: Centro Norte, Centro Oeste, Centro Sudeste, Nordeste e Sudoeste que juntas totalizam 18 Regiões de Saúde: Regional de Saúde Rio Vermelho, São Patrício I, São Patrício II, Serra da Mesa, Sudoeste I, Sudoeste II, Sul, Central, Centro Sul, Entorno Norte, Entorno Sul, Estrada de Ferro, Nordeste I, Nordeste II, Norte, Oeste I, Oeste II e Pireneus.

³ Iporá é um município localizado no Estado de Goiás distante, aproximadamente, 216 Km de Goiânia, capital do Estado, pela rodovia GO-060. Pela sua localização e importância a cidade de Iporá é considerada a Capital do Oeste Goiano.

Nesse sentido, o município de Iporá está localizado na Região Oeste I, coordenada pela Dr.^a Célia Alves Barros e composta por 16 municípios jurisdicionados: Amarinópolis, Aragarças, Arenópolis, Baliza, Bom Jardim de Goiás, Diorama, Fazenda Nova, Iporá (com a maior população – 32.169 habitantes), Israelândia, Ivolândia, Jaupaci, Moiporá (com a menor população – 1.724 habitantes), Montes Claros de Goiás, Novo Brasil, Palestina de Goiás e Piranhas (Cf. Figura 2).

No caso de Iporá, a pessoa responsável pela Secretaria de Saúde, Meio Ambiente e Saneamento Básico é a Dr.^a Daniela Sallum.

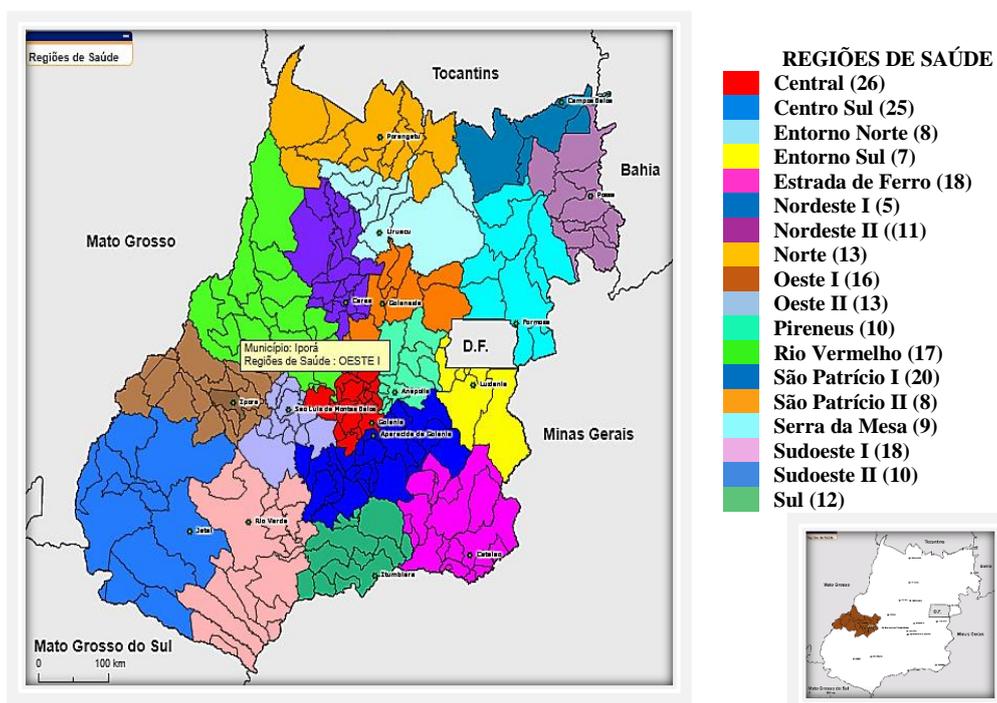


Figura 2 – Mapa das Regiões de Saúde do Estado de Goiás, com destaque para a Região de Saúde Oeste I localização do município e da cidade de Iporá-GO.

Fontes: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (2017); PDR (2014)

Elaboração: Marcello Rodrigues Siqueira

Ao consultar as planilhas do Sistema de Monitoramento e Georreferenciamento em Tempo Real da Ação “Goiás contra o Aedes” foi possível verificar em relação a porcentagem de imóveis com foco do Aedes Aegypti em janeiro de 2016, um dos períodos de maior incidência, que 10 (dez) municípios da Regional de Saúde Oeste I apresentaram alto risco (> 4): Aragarças (4,10%), Arenópolis (5,43%), Baliza (4,01%), Bom Jardim de Goiás (5,64%), Diorama (6,13%), Israelândia (4,87%), Jaupaci (7,01%), Montes Claros de Goiás (7,76%), Novo Brasil (6,52%) e Piranhas (6,32%), 6 (seis) municípios apresentaram médio risco (> 0 a 4): Amarinópolis (3,72%), Fazenda Nova (3,97%), Iporá (2,13%), Ivolândia (2,82%), Moiporá (3,32%) e Palestina de Goiás (2,74%). Nenhum município apresentou baixo risco (0).

Os municípios que apresentaram maior porcentagem de imóveis com foco neste período foram Montes Claros de Goiás (7,76%) e Jaupaci (7,01%). Já os municípios que apresentaram menor porcentagem de imóveis com foco foram Iporá (2,13%) e Palestina de Goiás (2,74%).

Cabe observar ainda que a porcentagem de imóveis fechados é muito elevada, sendo que em alguns municípios estes índices chegaram a 50,80% (Montes Claros de Goiás) e 32,65% (Amarinópolis).

Quanto a porcentagem de visitas recusadas, nenhum município atingiu a marca de 1%. No entanto, a soma de todas as visitas recusadas nos municípios da Regional de Saúde Oeste I resultou em 38. Somente no município de Aragarças foram 17 (dezesete) visitas recusadas (Cf. Tabela 01).

JANEIRO DE 2016											
Município	População	Imóveis Existentes	Imóveis Trabalhados	% Imóveis Trabalhados	Imóveis Fechados	% Imóveis Fechados	Visitas Recusadas	% Visitas Recusadas	Imóveis Recuperados	Imóveis com foco	% Com Foco
Amarinópolis	3.487	806	1.075	133,37%	351	32,65%	1	0,09%	2	40	3,72%
Aragarças	19.583	5.531	6.261	113,20%	1.875	29,95%	17	0,27%	5	257	4,10%
Arenópolis	3.066	727	1.160	159,56%	245	21,12%	3	0,26%	24	63	5,43%
Baliza	4.443	381	598	156,96%	114	19,06%	2	0,33%	3	24	4,01%
Bom Jardim de Goiás	8.826	2.143	2.551	119,04%	505	19,80%	1	0,04%	0	144	5,64%
Diorama	2.545	537	751	139,85%	121	16,11%	0	0,00%	46	46	6,13%
Fazenda Nova	6.181	1.499	1.435	95,73%	287	20,00%	0	0,00%	10	57	3,97%
Iporá	32.194	10.081	6.647	63,95%	1.732	26,87%	3	0,05%	3	137	2,13%
Israelândia	2.923	781	945	121,00%	278	29,42%	0	0,00%	4	46	4,87%
Ivolândia	2.601	562	780	138,79%	151	19,36%	0	0,00%	2	22	2,82%
Jaupaci	3.024	832	1.627	195,55%	124	7,62%	0	0,00%	10	114	7,01%
Moiporá	1.704	420	722	171,90%	13	1,80%	0	0,00%	22	24	3,32%
Montes Claros de Goiás	8.224	1.858	876	47,15%	445	50,80%	2	0,23%	2	68	7,76%
Novo Brasil	3.341	885	1.364	154,12%	132	9,68%	4	0,29%	5	89	6,52%
Palestina de Goiás	3.499	712	1.023	143,68%	345	33,72%	2	0,20%	9	28	2,74%
Piranhas	11.164	3.270	4.641	141,93%	756	16,29%	3	0,06%	12	296	6,38%

Tabela 01: População, número de imóveis (trabalhados, fechados, recuperados e com foco) e visitas recusadas nos municípios da Regional de Saúde Oeste I (JANEIRO/2016)

Fonte: Extraído da Planilha "Goiás contra o Aedes" – Total acumulado – Janeiro 2016 (SES-GO)

Disponível em: < <http://www.conectasus.go.gov.br/wp-content/uploads/2016/03/Planilha-de-alimentacao%20C3%A7C3%A3o-de-dados-Janeiro.pdf>>. Acesso em 07 de setembro de 2017.

0
> 0 à 4
> 4

No ano seguinte, janeiro de 2017, verificou-se que apenas 2 (dois) municípios da Regional de Saúde Oeste I apresentaram porcentagem de imóveis com foco de alto risco (> 4): Amarinópolis (4,25%) e Baliza (4,03%). Os demais municípios apresentaram porcentagem de imóveis com foco de médio risco (> 0 à 4): Aragarças (0,76%), Arenópolis (1,51%), Bom Jardim de Goiás (2,34%), Diorama (3,58%), Fazenda Nova (0,67%), Iporá (0,70%), Israelândia (1,61%), Ivolândia (1,29%), Jaupaci (2,10%), Moiporá (1,64%), Montes Claros de Goiás (3,00%), Novo Brasil (1,10%), Palestina de Goiás (1,40%) e Piranhas (1,75%). Da mesma forma que em 2016, em janeiro de 2017 nenhum município apresentou baixo risco (0).

Cabe observar ainda que a porcentagem de imóveis fechados diminuiu em relação a 2016 sendo que o maior índice de 2017, Amarinópolis (18,19%), está muito distante do maior índice apresentado em 2016, Montes Claros de Goiás (50,80%).

Quanto a porcentagem de visitas recusadas, da mesma forma que em 2016, nenhum município atingiu a marca de 1%. No entanto, a soma de todas as visitas recusadas nos municípios da Regional de Saúde Oeste I em janeiro de 2017 resultou em 22, ou seja, 16 a menos que em 2016. (Cf. Tabela 02).

JANEIRO DE 2017											
Município	População	Imóveis Existentes	Imóveis Trabalhados	% Imóveis Trabalhados	Imóveis Fechados	% Imóveis Fechados	Visitas Recusadas	% Visitas Recusadas	Imóveis Recuperados	Imóveis com foco	% Com Foco
Amorínópolis	3.487	2.289	1.169	51,07%	260	18,19%	0	0,00%	7	50	4,25%
Aragarças	19.583	7.759	6.799	87,63%	967	12,45%	1	0,01%	21	52	0,76%
Arenópolis	3.066	2.152	1.929	89,64%	126	6,13%	1	0,05%	55	30	1,51%
Baliza	4.443	2.442	741	30,34%	43	5,48%	0	0,00%	29	31	4,03%
Bom Jardim de Goiás	8.826	4.845	3.357	69,29%	431	11,37%	2	0,06%	188	83	2,34%
Diorama	2.545	1.628	741	45,52%	155	17,30%	0	0,00%	153	32	3,58%
Fazenda Nova	6.181	4.198	1.791	42,66%	163	8,33%	3	0,17%	2	12	0,67%
Iporá	32.194	16.075	16.366	101,81%	3.553	17,83%	10	0,06%	176	116	0,70%
Israelândia	2.923	1.745	1.180	67,62%	14	1,17%	3	0,25%	3	19	1,61%
Ivolândia	2.601	1.877	1.087	57,91%	1	0,09%	0	0,00%	1	14	1,29%
Jaupaci	3.024	1.914	1.758	91,85%	40	2,22%	0	0,00%	0	37	2,10%
Moiporá	1.704	1.254	732	58,37%	0	0,00%	0	0,00%	0	12	1,64%
Montes Claros de Goiás	8.224	5.203	2.017	38,77%	216	9,66%	2	0,10%	14	61	3,00%
Novo Brasil	3.341	2.532	1.518	59,95%	124	7,55%	0	0,00%	122	18	1,10%
Palestina de Goiás	3.499	1.648	1.505	91,32%	1	0,07%	0	0,00%	0	21	1,40%
Piranhas	11.164	6.371	5.595	87,82%	31	0,55%	0	0,00%	0	98	1,75%

Tabela 02: População, número de imóveis (trabalhados, fechados, recuperados e com foco) e visitas recusadas nos municípios da Regional de Saúde Oeste I (JANEIRO/2017)

Fonte: Extraído do Painel de Quadras Visitadas – Por município – Janeiro 2017 (SES-GO)

Disponível em: <<https://extranet.saude.gov.br/sacd/EstatisticaQuadrasVisitadas.jsf>>. Acesso em 07 de setembro de 2017.

0
> 0 à 4
> 4

Portanto, ao comparar os dados referentes a janeiro de 2016 e janeiro de 2017 fornecidos pelo Sistema de Monitoramento e Georreferenciamento em Tempo Real da Ação “Goiás contra o Aedes” foi possível verificar uma sensível melhora nos indicadores da Regional de Saúde Oeste I.

No caso do município de Iporá, foi possível perceber que este permaneceu no grupo de municípios com porcentagem de imóveis com foco de médio risco tendo, inclusive, diminuído seu índice passando de 2,13%, em janeiro de 2016, para 0,70%, em janeiro de 2017. Além disso, resolveu uma situação problema em 2017 tendo trabalhado mais imóveis (16.366) do que o número de imóveis existentes (16.075). Assim, a porcentagem de imóveis trabalhados chegou a 101,81%. Bom lembrar que em 2016 o número de imóveis trabalhados (6.647) foi bem menor que o número de imóveis existentes (10.081), ou seja, apenas 63, 95% dos imóveis foram trabalhados em 2016. Verificou-se ainda que o número de imóveis fechados mais que duplicaram passando de 1.732 imóveis fechados (2016) para 3.553 imóveis fechados (2017), enquanto o número de visitas recusadas mais que triplicaram passando de 3 (três) visitas recusadas (2016) para 10 (dez) visitas recusadas (2017). Por último, cumpre destacar que o

número de imóveis recuperados também aumentou muito, passando de apenas 3 em 2016 para 176 em 2017.

De forma geral, pode-se concluir que o município de Iporá avançou no controle da população de mosquitos do gênero *Aedes aegypti* no período compreendido entre janeiro de 2016 e janeiro de 2017. Entretanto, as situações consideradas como “pendências” pelo Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), tais como imóveis fechados, abandonados ou com acesso não permitido pelo proprietário demandam maior atenção por parte do poder público.

Quanto a Regional de Saúde Oeste I, apesar de todas as conquistas apresentadas no período em análise, voltou a expor suas fragilidades. Conforme o Boletim Epidemiológico da Dengue emitido pelo *Conecta SUS Zilda Arns Neumann*⁴, todos os 246 municípios do Estado de Goiás informaram a incidência da dengue, sendo que nas semanas 32 a 35 de 2017 registrou-se 1 município com alto risco, 3 municípios com médio risco e 242 com baixo risco. Importante observar que entre os municípios com maior coeficiente de incidência de dengue (número de casos por 100.000 habitantes) no Estado de Goiás, durante as semanas 32 a 35 de 2017, foram classificados em primeiro e segundo lugar dois municípios da Regional de Saúde Oeste I. O primeiro, Palestina de Goiás com 15 casos registrados, coeficiente de incidência de 429 e classificação de alto risco. O segundo, Arenópolis com 9 casos registrados, coeficiente de incidência de 294 e classificação de médio risco (Cf. Tabela 03).

#	MUNICÍPIO	CASOS	POPULAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	INCIDÊNCIA
1°	Palestina de Goiás	15	3.499	Alto Risco	429
2°	Arenópolis	9	3.066	Médio Risco	294
3°	Turvânia	7	4.857	Médio Risco	144
4°	Flores de Goiás	16	14.372	Médio Risco	111
5°	Indiara	14	14.895	Baixo Risco	94
6°	Abadia de Goiás	7	7.895	Baixo Risco	89
7°	Vila Boa	4	5.495	Baixo Risco	73
8°	Damolândia	2	2.903	Baixo Risco	69
9°	Águas Lindas de Goiás	121	187.072	Baixo Risco	65
10°	Professor Jamil	2	3.380	Baixo Risco	59

Tabela 03: Municípios com maior coeficiente de incidência de dengue (número de casos por 100.000 habitantes) no Estado de Goiás, das 4 últimas semanas (32 a 35) de 2017.

Fonte: Planilha Paralela/GVE/SUVISA/SES-GO

Disponível em: <<https://extranet.saude.go.gov.br/public/dengue.html>>. Acesso em 07 de setembro de 2017.

⁴ A Lei 12.527/11 dispõe sobre a obrigatoriedade da União, Estados e Municípios de garantir o acesso às informações. Prevê, em outras palavras, que qualquer pessoa, física ou jurídica, tenha assegurado o seu direito de recebimento das informações públicas dos órgãos e entidades. Seguindo esta diretriz, o Conecta SUS disponibiliza os indicadores de saúde do Estado de Goiás de forma online e para download, criando um canal de transparência e uma fonte de informação para comunidade acadêmico-científica. Para maiores informações, acesse: <http://www.conectasus.go.gov.br/>

Em relação ao município de Iporá, a secretária de saúde, Daniela Sallum, afirmou que os gestores têm feito o possível para controlar a população de mosquitos do gênero *Aedes aegypti*. Segundo ela, “o maior foco de ação é com relação ao lixo domiciliar” (OESTE GOIANO, 2014).

Além da Secretária Municipal de Saúde, Daniela Sallum, também foram entrevistados: Dr. Honório (Coordenador Regional de Vigilância em Saúde), Dr. Luciano Pontes (Coordenador Regional de Vigilância Epidemiológica), Dr. Fernando Santos (Coordenação Regional de Controle de Endemias) e o Dr. José Felipe da Silva (Coordenador de Educação Permanente) (Cf. Figura 01).



Figura 01: Entrevista com Profissionais da Regional de Saúde Oeste I
Fonte: Arquivo do Pesquisador (15/09/2017).

Segundo os entrevistados, o combate ao *Aedes Aegypti* “não é uma batalha perdida”. Todavia, “para se vencer a guerra será preciso um esforço coletivo muito maior por parte das autoridades e, sobretudo, da comunidade em geral”. Para eles, a carência de recursos humanos, materiais e financeiros aliados a falta de conscientização da população têm dificultado o trabalho.

Com a intenção de averiguar a situação, realizou-se uma pesquisa de campo junto a todos os Postos de Saúde da Família (PSFs) do município de Iporá. A saber: 1) PSF-Umuarama; 2) PSF-Itajubá; 3) PSF-Vila Brasília; 4) PSF-Monte Alto; 5) PSF-Vila Nova; 6) PSF-Centro; 7) PSF-Arco Iris; 8) PSF-Águas Claras;

Dentre as perguntas sugeridas, destacam-se: Como a equipe é composta? Quem são? Quantos são concursados? Existe livro de ponto? Como é a área física da unidade e como é composta? Qual a quantidade de agentes comunitários de saúde? Existe área descoberta? Onde?

Qual a quantidade de famílias cadastradas? Qual a quantidade de micro áreas por unidade? Qual a quantidade de famílias por agente de saúde? Quais programas estão sendo executados na unidade? Quantidade de gestantes? Quantidade de hipertensos? Quantidade de diabéticos? Quantidade de curativos realizados? Quantidade de sondas realizadas? Quantidade de acamados domiciliares? Quantidade de casos de dengue registrados? Qual o horário de atendimento médico e odontológicos? Agenda médica? Quantos atendimentos por período? Agenda da enfermeira? Quantos pré-natais, testes rápidos e prevenção? Os médicos e enfermeiras anotam procedimentos realizados na agenda médica? Como está sendo realizada a limpeza e a desinfecção na unidade? Sobre a sala da vacina, higienização, EPI, manuseio, climatização adequada, profissional qualificado, quais as vacinas têm disponíveis? Todos os materiais de utensílio estão funcionando? Como procede para marcar exames e encaminhamentos? Qual o tempo de agendamento? O usuário está satisfeito com o atendimento? Qual o trabalho desenvolvido pelo NASF? A Agenda do NASF está conforme a demanda? Quantidade de profissionais e quais são eles? Onde o NASF atua? Existem amostras de trabalhos desenvolvidas? Imagens, projetos e banners? Existem amostra de resultados de projetos desenvolvidos?

As respostas a todos estes questionamentos permitiram chegar às seguintes conclusões:

1) PSF-Umuarama: A enfermeira Monique Iara Galvão destacou a falta de mão de obra, a sobrecarga de trabalho, a carência de recepcionista e segurança. Segundo a entrevistada, em relação ao Programa Juarez Barbosa, as enfermeiras dos PSFs estão fazendo todos os processos de sua área. No caso da PSF-Umuarama são mais de 150 processos que tem sobrecarregado a profissional. Antes quem fazia era o pessoal da Regional Oeste I. Trata-se de um trabalho não remunerado;

2) PSF-Itajubá: A enfermeira Aline Vieira Miranda destacou que precisa de apoio (fornecimento de lanches) para execução dos programas; precisa cimentar parte do terreno; adequar a piscina para as atividades de hidroginástica. Precisa de recursos humanos; Sugeriu o remapeamento da área. O Programa Juarez Barbosa deve ser encaminhado para outra instância. Informou ainda que o posto de saúde não tem carro para realizar os atendimentos;

3) PSF-Vila Brasília: a enfermeira Paula Milena Oliveira Ferreira (não concursada) destacou que o PSF está com grandes problemas de infiltração e vazamento. Disse também que a última reforma foi concluída em 2014. Em relação ao Programa Juarez Barbosa, também afirmou que as enfermeiras dos PSFs estão fazendo todos os processos de sua área. Importante

destacar que o Posto ficou 4 meses sem médico. A enfermeira ainda solicitou a realização de concursos e a contratação de novos funcionários como segurança e recepcionista. Falta carro.

4) PSF-Monte Alto: a enfermeira Karla, talvez com medo de alguma represália, não quis prestar declaração. Todavia, as pesquisas indicaram que a situação deste PSF não difere dos demais.

5) PSF-Vila Nova: a enfermeira Andras Vanessa Bueno (não concursada) disse que a principal observação em relação a este PSF é a falta de médico e material para atendimento ao usuário.

6) PSF-Centro: segundo a coordenadora Mara Rúbia Garcia, a principal observação em relação a este PSF diz respeito a má condição e conservação do prédio tendo sido observado muitas infiltrações e mofo em todos os cômodos. Importante destacar que estão faltando material de atendimento básico como hipoclorito, gaze, etc. Também está faltando material odontológico. A psicóloga destacou que falta material de apoio para trabalhar com as crianças.

7) PSF-Arco Iris: para a enfermeira Bianca Conceição S. Dias (não concursada), a principal observação em relação a este PSF é a falta de segurança e de auxiliar administrativo para atuar junto à recepção. A sobrecarga de trabalho em razão do Programa Juarez Barbosa também foi destaca. Portanto, trata-se de uma reivindicação geral.

8) PSF-Águas Claras: segundo a enfermeira Diana Cristina Leite, a principal observação em relação a este PSF diz respeito a grande quantidade de área descoberta. Faltam recursos humanos. Daí a necessidade de realizar concurso o mais rápido possível. Existem outras observações que são comuns aos demais postos como a sobrecarga do Programa Juarez Barbosa, a falta de segurança e recepcionista. A questão do transporte também foi destacada, pois nenhum posto de saúde conta com carro.

Informa-se ainda que o relatório completo desta investigação foi apresentado impresso e verbalmente junto ao Conselho Municipal de Saúde sugerindo-se, inclusive, que o mesmo fosse encaminhado para todas as autoridades responsáveis para que estas tomassem as medidas legais e administrativas cabíveis no sentido de resolver a presente situação.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De forma geral, se pode dizer que o principal resultado desta pesquisa foi o envolvimento e a participação do pesquisador e toda equipe – e a consequente representação da Universidade Estadual de Goiás – junto ao Conselho Municipal de Saúde desde junho de 2016. De lá pra cá

foram realizadas inúmeras reuniões, nas quais sempre estivemos presentes, de forma direta e indireta, contribuindo desta maneira com os debates e encaminhamentos relacionados ao tema da saúde em sua forma ampla no município de Iporá e região.

Acredita-se que a metodologia foi aplicada, os objetivos integralmente alcançados, superando-se todas as metas e expectativas iniciais, abriu portas e apontou novos caminhos que deverão ser investigados no futuro.

Considerando que é preciso controlar a população de mosquitos do gênero *Aedes aegypti*, verificou-se, no caso da Regional de Saúde Oeste I, que houve avanços e recuos. No entanto, é preciso avançar muito mais. Nesse sentido, o que se propõe é o enfrentamento do problema de forma sistemática, democrática e participativa.

O poder público e a comunidade iporaense tem feito sua parte. Como exemplo, vale destacar o projeto “Adote sua Ilha”. A Prefeitura de Iporá, através da Secretaria de Obras, Transportes e Ação Urbana juntamente aos moradores do setor Brisa da Mata finalizaram a obra de revitalização de canteiros centrais no local. O serviço consistiu no plantio de grama esmeralda visando promover a convivência entre as pessoas, melhorar o paisagismo no local e a “prevenção contra dengue, evitando o surgimento de criadouros do mosquito *Aedes aegypti*” (PREFEITURA DE IPORÁ, 2017). É importante destacar que a notícia sobre o projeto “Adote sua Ilha” se encerra com uma espécie de apelo e também de alerta à população:

Fiquem atentos! O período chuvoso está de volta, e o mosquito da Dengue entra em ação, vamos continuar firmes junto com a Prefeitura Municipal na luta contra esse mal. Faça sua parte, ajude a combater o mosquito. Colabore também não colocando o lixo em árvores, ou nos canteiros centrais, utilize as lixeiras da Prefeitura ou Particulares. FAÇA A SUA PARTE! (PREFEITURA DE IPORÁ, 2017)

Outro exemplo, seria a criação o curso de extensão “Educação Ambiental: a questão do lixo em Iporá”⁵. Trata-se de uma iniciativa dos professores Marcello Rodrigues Siqueira e Suzana Rodrigues Floresta junto a Universidade Estadual de Goiás em parceria com a Prefeitura Municipal e o Rotary Club de Iporá.

Com a regulamentação da Política Nacional de Educação Ambiental (PNEA), o Programa Nacional de Educação Ambiental (ProNEA) compartilha a missão de fortalecimento do Sistema

⁵ Importante destacar que este curso foi criado em atendimento a Lei N° 9.795, de 27 de abril de 1999. Dispõe sobre a educação ambiental, institui a Política Nacional de Educação Ambiental e dá outras providências. Conforme art. 1°, “Entendem-se por educação ambiental os processos por meio dos quais o indivíduo e a coletividade constroem valores sociais, conhecimentos, habilidades, atitudes e competências voltadas para a conservação do meio ambiente, bem de uso comum do povo, essencial à sadia qualidade de vida e sua sustentabilidade”. Cf. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei N° 9.795, de 27 de abril de 1999**. Dispõe sobre a educação ambiental, institui a Política Nacional de Educação Ambiental e dá outras providências. Brasília, 27 de abril de 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9795.htm>. Acesso em 7 de setembro de 2017.

Nacional de Meio Ambiente (Sisnama), por intermédio do qual a PNEA deve ser executada, em sinergia com as demais políticas federais, estaduais e municipais de governo. Dentro das estruturas institucionais do Ministério do Meio Ambiente (MMA) e do Ministério da Educação (MEC), o ProNEA compartilha da descentralização de suas diretrizes para a implementação da PNEA, no sentido de consolidar a sua ação no Sisnama.

Art. 10. A educação ambiental será desenvolvida como uma prática educativa integrada, contínua e permanente em todos os níveis e modalidades do ensino formal.
§ 1º A educação ambiental não deve ser implantada como disciplina específica no currículo de ensino. (BRASIL, Lei N° 9.795, de 27 de abril de 1999).

Portanto, a educação ambiental é uma política pública e, em conformidade com o art. 16, “os estados, o distrito federal e os municípios, na esfera de sua competência e nas áreas de sua jurisdição, definirão diretrizes, normas e critérios para a educação ambiental, respeitados os princípios e objetivos da Política Nacional de Educação Ambiental (Op. cit.).

Finalmente, espera-se que os bons exemplos prosperem; que o poder público, os empresários e a comunidade em geral assumam suas responsabilidades em relação a Educação Ambiental; que a Prefeitura de Iporá, em especial, opte por uma solução consorciada intermunicipal para a gestão dos resíduos sólidos e, principalmente, que elabore, implemente e fiscalize a execução do Plano de Gestão Integrada de Resíduos Sólidos (PGIRS); que a Secretaria Estadual de Saúde, a Regional de Saúde Oeste I, a Secretaria Municipal de Saúde prossigam com seus trabalhos. Dessa forma, poder-se-á avançar ainda mais não somente em relação ao controle do *Aedes aegypti*, mas na construção de valores culturais comprometidos com a qualidade ambiental e a justiça social e no apoio à sociedade na busca de um modelo socioeconômico sustentável.

5. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério do Meio Ambiente (MMA). *Política Nacional de Resíduos Sólidos*. Disponível em: <<http://www.mma.gov.br/pol%C3%ADtica-de-res%C3%ADduos-s%C3%B3lidos>>. Acesso em 7 de setembro de 2018.

_____. Ministério do Meio Ambiente (MMA). *Programa Nacional de Educação Ambiental*. Disponível em: < <http://www.mma.gov.br/educacao-ambiental/politica-de-educacao-ambiental/programa-nacional-de-educacao-ambiental>>. Acesso em 7 de setembro de 2018.

_____. Ministério da Saúde. *Sobre o Aedes Aegypti: Orientação e Prevenção*. Portal da Saúde. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/links-de-interesse/301-dengue/14610-curiosidades-sobre-o-aedes-aegypti>>. Acesso em 15 de março de 2018.

_____. Presidência da República. Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei N° 12.305, de 2 de agosto de 2010*. Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos; altera a Lei no 9.605, de 12 de fevereiro de 1998; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12305.htm>. Acesso em 7 de setembro de 2018.

_____. Presidência da República. Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei N° 9.795, de 27 de abril de 1999*. Dispõe sobre a educação ambiental, institui a Política Nacional de Educação Ambiental e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9795.htm>. Acesso em 7 de setembro de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 160 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Recomendações Técnicas para o controle da dengue pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária*. Brasília: ANVISA, 2008.

_____. Lei nº 1.261, de 31 de outubro de 1904. Torna obrigatórias, em toda a República, a vacinação e a revaccinação contra a variola. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1900-1909/lei-1261-31-outubro-1904-584180-publicacaooriginal-106938-pl.html>>. Acesso em 7 de setembro de 2018.

_____. Decreto nº 1.151, de 5 de janeiro de 1904. Reorganiza os serviços da higiene administrativa da União. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1151-5-janeiro-1904-583460-publicacaooriginal-106278-pl.html>>. Acesso em 7 de setembro de 2018.

_____. Lei nº 13.301, de 27 de junho de 2016. Dispõe sobre a adoção de medidas de vigilância em saúde quando verificada situação de iminente perigo à saúde pública pela presença do mosquito transmissor do vírus da dengue, do vírus chikungunya e do vírus da zika; e altera a Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Lei/L13301.htm>. Acesso em 7 de setembro de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD)*. Brasília: Ministério da Saúde, 24 de julho de 2002.

CHIZZOTTI, Antônio. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. São Paulo: Cortez, 1995.

ESTADO DE GOIÁS. Secretaria de Estado da Saúde (SES/GO). *Boletim Epidemiológico da Dengue*. Disponível em: <<http://www.conectasus.go.gov.br/indicadores-de-saude/>>. Acesso em 07 de setembro de 2018.

_____. Secretaria de Estado da Saúde (SES/GO). *Planilhas Goiás contra o Aedes - Total Acumulado*. Disponível em: <<http://www.conectasus.go.gov.br/planilhas-goias-contra-o-aedes/>>. Acesso em 07 de setembro de 2018.

_____. Secretaria de Estado da Saúde (SES/GO). *Gerência das Regionais de Saúde e Núcleos de apoio*. Disponível em: <<http://www.saude.go.gov.br/page/42/regionais-de-saude>>. Acesso em 07 de setembro de 2018.

G1. *Agentes de saúde podem entrar em imóveis mesmo se morador recusar*. Disponível em: <<http://g1.globo.com/goias/noticia/2016/02/agentes-de-saude-podem-entrar-em-imoveis-mesmo-se-morador-recusar.html>>. Acesso em 24/02/2018.

MEIHY, Jose Carlos Sebe Bom. *Manual de História Oral*. São Paulo. Cultrix, 1995.

OESTE GOIANO. *Iporá passa a ser primeiro lugar em casos de Dengue em Goiás*. Iporá: Oeste Goiano, 21 de março de 2014. Disponível em: <<http://www.oestegoiano.com.br/noticias/saude/ipora-passa-a-ser-primeiro-lugar-em-casos-de-dengue-em-goias>>. Acesso em 15 de março de 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE IPORA. Diretoria de Comunicação. *Moradores do Setor Brisa da Mata aderiram ao projeto “ADOTE SUA ILHA” em Iporá*. Iporá, 2017. Disponível em: <<http://ipora.go.gov.br/new/2017/02/14/moradores-do-setor-brisa-da-mata-aderiram-ao-projeto-adote-sua-ilha-em-ipora/>>. Acesso em 07 de setembro de 2017.

_____. Diretoria de Comunicação. *Hoje dia 23 de fevereiro está acontecendo o 3º Dia “D” de combate ao mosquito Aedes Aegypti*. Iporá, 2016. Disponível em: <<http://ipora.go.gov.br/novo/index.php/noticias>>. Acesso em 15 de março de 2018.

RODRIGUES, Francielle Moreira. *Estudo retrospectivo sobre casos de dengue no município de Iporá–Goiás (2009 a 2013)*. Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Mestrado em Genética. Goiânia: PUC, 2015.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.