



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE – FACE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

**COPRODUÇÃO NA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS: CONTROLE
VETORIAL DO DENGUE EM CAMPO GRANDE – MS**

GEMAEL CHAEDO

Brasília – DF
Março 2015

GEMAE L CHAEBO

**COPRODUÇÃO NA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS: CONTROLE
VETORIAL DO DENGUE EM CAMPO GRANDE – MS**

Tese de doutorado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade de Brasília, como requisito para obtenção do grau de doutor em Administração.

Orientadora: Dra. Janann Joslin Medeiros

Brasília – DF

Março 2015

CHAEBO, Gemael.

Coprodução na implementação de políticas públicas: controle vetorial do dengue em Campo Grande – MS. Brasília, 2015. 310 f.

Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Administração (PPGA) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade (Face) – Universidade de Brasília (UnB).

1. Implementação de políticas públicas. 2. Coprodução de serviços públicos. 3. Participação social. 4. Controle vetorial do dengue.

GEMAEI CHAEBO

**COPRODUÇÃO NA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS: CONTROLE
VETORIAL DO DENGUE EM CAMPO GRANDE – MS**

Esta tese foi julgada e aprovada para obtenção do grau de doutor em Administração no Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade de Brasília.

Brasília, 12 de março de 2015.

Comissão examinadora:

Dra. Janann Joslin Medeiros
Universidade de Brasília (PPGA/UnB) – Orientadora

Dra. Cláudia Souza Passador
Universidade de São Paulo (FEA-RP/USP) – Membro

Dra. Maria Carolina Martinez Andion
Universidade do Estado de Santa Catarina (ESAG/UDESC) – Membro

Dr. Ricardo Corrêa Gomes
Universidade de Brasília (PPGA/UnB) – Membro

Dra. Suylan de Almeida Midlej e Silva
Universidade de Brasília (PPGA/UnB) – Membro

Dr. Paulo Carlos Du Pin Calmon
Universidade de Brasília (PPGA/UnB) – Suplente

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus acima de tudo, por me dar forças e fazer acreditar que esse sonho poderia se tornar realidade, por prover consolo na solidão e coragem para superar os desafios que o doutorado impôs. Obrigado meu pai, por se manter fiel nos momentos mais necessários.

Agradeço a meus pais Solange e Marco, que abriram mão da minha presença para que eu pudesse ganhar “o mundo”. Hoje vendo as dificuldades passadas, acredito que a fé deles foi muito maior que a minha. Quando tiver os meus próprios filhos, espero ter coragem de libertá-los para a vida assim como vocês fizeram comigo. E ao Gibran e Julia. Amo vocês!

Agradeço a Rafaela Ferreira Pinhal, amor da minha vida, minha noiva e futura esposa. Gordinha, não tenho palavras para agradecer o quanto você fez por mim. Você me ensinou o que é amar. Espero retribuir o cuidado e carinho que você tem comigo. Você é a pessoa mais forte que eu conheço.

Agradeço a minha orientadora profa. Dra. Janann Joslin Medeiros, obrigado por acreditar em mim. Obrigado por ser tão gentil e exigente comigo. Tenho certeza que Deus não poderia ter escolhido pessoa melhor para me orientar academicamente, nessa carreira que decidi seguir pelo resto de minha vida.

Agradeço aos professores Dra. Cláudia Souza Passador (USP), Dra. Maria Carolina Martinez Andion (UDESC), Dr. Ricardo Corrêa Gomes (UnB), Dra. Suylan de Almeida Midlej e Silva (UnB), Dr. Leonardo Secchi (UDESC), Dr. Paulo Carlos Du Pin Calmon (UnB) e Dra. Andréa de Oliveira Gonçalves (UnB) por aceitarem serem membros examinadores deste trabalho. Suas sugestões ainda na fase de qualificação foram essenciais para o desenvolvimento dessa pesquisa.

Agradeço aos professores do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade de Brasília (PPGA/UnB), principalmente Dr. Tomás de Aquino Guimarães, Dra. Catarina Cecília Odélius, Dra. Janann Joslin Medeiros, Dra. Andréa de Oliveira Gonçalves, Dr. Ricardo Corrêa Gomes, Dr. Luiz Fernando Macedo Bessa e Dr. Antonio Isidro Silva-Filho – por todo conhecimento compartilhado ao longo do doutorado. Podem estar certos que esse conhecimento será repassado a outros.

Agradeço aos funcionários da secretaria do PPGA pelo apoio e constante disponibilidade em ajudar e esclarecer.

Agradeço a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa de estudos concedida.

Agradeço aos meus amigos de Brasília, Ricardo Miorin Gomes, Vanessa Cabral Gomes, Camila Alvarez Lemos do Carmo, Bruna Alvarez Lemos do Carmo e Eluiza Alberto de Moraes Watanabe. Foram vocês que cuidaram de mim quando não havia mais ninguém por perto. Vou sentir saudades de nossas pizzas de quarta-feira assistindo ao futebol. Se existe uma parte de mim que vai sentir saudades de Brasília para sempre, é a que vocês estavam presentes.

Agradeço aos meus colegas do doutorado, Dra. Eluiza Alberto de Moraes Watanabe, Dra. Mariana Guerra e Dr. Adalmir de Oliveira Gomes, que foram companheiros nessa jornada. Vocês são ótimos. Fico honrado de ter compartilhado quatro anos ao lado de vocês.

Agradeço aos meus amigos de Campo Grande, aqueles que espero acompanhar a minha vida toda. Adriano Antunes Ferraro (Lopy), Paolo Rossini e Lara de Alencar (e a clarinha também), amo vocês.

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”.

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

O objetivo geral dessa tese foi propor em bases teórico-empíricas um modelo conceitual de um processo de implementação via coprodução. A coprodução é uma estratégia de ação governamental que considera os usuários das políticas públicas como elementos ativos do processo de implementação, que fornecem recursos essenciais para que as ações possam ser cumpridas. A escolha pela abordagem de 'coprodução' como marco teórico da pesquisa é justificada por uma orientação da literatura, que considera a necessidade de imprimir uma orientação mais democrática à implementação de políticas públicas. Esse direcionamento mais democrático em implementação é apontado pelos autores como uma lacuna ainda a ser preenchida na literatura. Para cumprir o objetivo da pesquisa, foi investigada a implementação do Programa Nacional de Combate à Dengue (PNCD) no município de Campo Grande-MS e realizada uma análise comparativa em cinco bairros do município, sendo dois de 'incidência muito alta' e três de 'incidência zero' para o dengue. As fontes de evidência foram essencialmente qualitativas, obtidas principalmente por meio de entrevistas orientadas por roteiros contendo perguntas abertas aplicadas aos coprodutores (43 entrevistas), moradores (40 entrevistas) e ao coordenador do combate ao dengue no município, o que totalizou 84 entrevistas. As entrevistas foram gravadas, transcritas e transferidas para o *software* Atlas-ti 7, especializado em análise de dados qualitativos. Num primeiro momento foi realizada análise de conteúdo para os dados obtidos, e em seguida, foi realizada a análise qualitativa comparativa *Crisp-Set* (*csQCA*). Os principais resultados da pesquisa apontam para: (i) a interdependência entre as condições de coprodução e necessidade de ajuste entre essas para a efetiva implementação da política; (ii) a necessidade de considerar 'condições cognitivas' e 'condições estruturais' como circunstâncias necessárias para se empreender ações de coprodução; (iii) a constatação de diferentes motivações à participação dos envolvidos à dinâmica de coprodução, bem como a necessidade de equilíbrio dessas para que as ações de combate possam ocorrer; (iv) a participação direta dos usuários nos casos estudados não pode ser considerada uma participação democrática, tendo em vista que esses são 'encarregados' e não 'empoderados' nas ações de que fazem parte. Com base nos resultados obtidos, foram elaboradas proposições para serem testadas em futuras pesquisas. Essa pesquisa contribui em tentar operacionalizar uma abordagem mais democrática para a implementação de políticas públicas, levantando indícios de como isso poderia ser alcançado. Além disso, contribui à ampliação da base teórico-empírica envolvendo a abordagem de coprodução, aprimorando definições e mostrando como elementos contextuais e do processo contribuem à dinâmica da implementação via coprodução.

Palavras-chave: Controle vetorial do dengue; Coprodução de serviços públicos; Implementação de políticas públicas; Participação social.

ABSTRACT

The overall objective of this doctoral dissertation was to propose, on theoretical and empirical grounds, a conceptual model of policy implementation via coproduction. Coproduction is a strategy of governmental action in which users of public policy are considered to be active elements in the implementation process providing essential resources for carrying out necessary actions. The choice of the coproduction approach as theoretical framework is justified by a literature stream that focuses on the need for a more democratic approach to policy implementation, identified as a gap yet to be filled in the literature. To achieve the research objective, a comparative analysis was carried out of the implementation of the Programa Nacional de Combate a Dengue (PNCD) in five districts of the municipality of Campo Grande in the Brazilian state of Mato Grosso do Sul: two with a 'very high' incidence of the disease and three with 'zero' incidence. The sources of evidence were principally qualitative in nature, obtained principally by means of semi-structured interviews using scripts with open questions applied, respectively, to co-producers (43 interviews), residents (40 interviews) and the municipal coordinator of the program, a total of 84 interviews in all. The interviews were recorded, transcribed and transferred to Atlas-ti 7 software, specific for the analysis of qualitative data. Initially content analysis was carried out on the data collected, followed by Crisp-Set Qualitative Comparative Analysis (csQCA). The results of the study revealed: (i) interdependence among the conditions of coproduction and the need for balancing them for effective policy implementation; (ii) the need to include 'cognitive conditions' and 'structural conditions' among those necessary to undertaking actions involving coproduction; (iii) the existence of different motivating factors for participation among different types of actors involved in the dynamics of coproduction and the need for equilibrium among them if coproduction actions are to take place; and (iv) that the direct participation by users of the public service in the cases studied cannot be characterized as democratic participation in view of the fact that users are 'charged with' rather than 'empowered by' the actions they carry out. Based on results propositions were formulated that can be tested in future research. One contribution of this research is the attempt to operationalize a more democratic approach to policy implementation, producing evidence of how this might be achieved. In addition, it contributes new elements to the theoretical and empirical underpinnings that support the coproduction approach, refining concepts and showing how contextual and process characteristics influence the dynamics of implementation via coproduction.

Keywords: Vector control of dengue; Co-production of public services; Public policy implementation; Social participation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Tipos de controle ao vetor do dengue	25
Quadro 2 - Processo de construção de teorias a partir de estudos de caso	56
Quadro 3 - Coprodutores participantes da pesquisa	67
Quadro 4 - Categorias de análise da pesquisa e descrição de seus respectivos elementos.....	70
Quadro 5 – Quadro síntese da descrição do caso Parati	99
Quadro 6 – Quadro síntese da descrição do caso Seminário	126
Quadro 7 – Quadro síntese da descrição do caso Jockey Club	151
Quadro 8 – Quadro síntese da descrição do caso Jacy	180
Quadro 9 – Quadro síntese da descrição do caso Tijuca	209
Quadro 10 - Coprodutores participantes da dinâmica de implementação	211
Quadro 11 – <i>Inputs</i> dos participantes da implementação	217
Quadro 12 – Classificação dos <i>inputs</i> dos participantes.....	223
Quadro 13 – Motivações dos participantes às ações de coprodução	233
Quadro 14 – Proposições elaboradas na pesquisa	268

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Estados brasileiros em situação de emergência para o dengue em 2013	59
Tabela 2 – Princípios democráticos dos casos pesquisados	245
Tabela 3 – Elementos contextuais dos casos pesquisados.....	261

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Evidências da presença de dengue no mundo em 2010.....	30
Figura 2 - Contexto de participação convencional	41
Figura 3 - Sorotipos circulantes no Brasil em 2002	58
Figura 4 - Distribuição de casos por incidência acumulada, da 3 ^a à 6 ^a semana de 2012	60
Figura 5 - Microrregiões de Campo Grande - MS.....	75
Figura 6 - Estrutura de implementação das ações de controle do dengue no bairro Parati	93
Figura 7 - Estrutura de implementação das ações de controle do dengue no bairro Seminário	119

Figura 8 - Estrutura de implementação das ações de controle do dengue no bairro Jockey Club	144
Figura 9 - Estrutura de implementação das ações de controle do dengue no bairro Jacy	171
Figura 10 - Estrutura de implementação das ações de controle do dengue no bairro Tijuca .	201

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE – Agente de Combate a Endemias
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AGETTRAN – Agência Municipal de Transporte e Trânsito
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCZ – Centro de Controle de Zoonoses
CEI – Centro de Educação Infantil
CEINF – Centro de Educação Infantil
CREA – Conselho Regional de Engenharia e Arquitetura
CRECI – Conselho Regional de Corretores de Imóveis
csQCA – *Crisp-Set Qualitative Comparative Analysis*
DEN – Sorotipos do dengue
DOU – Diário Oficial da União
EBC – Empresa Brasil de Comunicações
EMBRAPA – Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
G1 – Globo.com/G1
IOC – Instituto Oswaldo Cruz
IPTU – Imposto Predial e Territorial Urbano
LIRA – Levantamento de Índice Rápido
MS – Estado de Mato Grosso do Sul
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONG – Organizações Não Governamentais
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PA – Ponto de Apoio
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNCD – Programa Nacional de Combate à Dengue
PPP – Projeto Político Pedagógico
PPP – Parceria Público-Privada
PSF – Programa Saúde da Família
QCA – *Qualitative Comparative Analysis*
SESAU – Secretaria de Saúde de Campo Grande

SESFACS – Serviço Estratégia Saúde da Família e ACS

SIMPAP-MS – Sindicato dos Papiloscopistas e Peritos Oficiais de Mato Grosso do Sul

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família

UCDB – Universidade Católica Dom Bosco

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	17
1.1 Contextualização	17
1.2 Definição do problema	22
1.3 Objetivos de pesquisa	23
1.4 Delimitação do Estudo.....	24
1.5 Justificativa.....	27
1.6 Estrutura da tese.....	32
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	33
2.1 Implementação de políticas públicas	33
2.1.1 Implementação.....	33
2.1.2 Três gerações de estudos	36
2.1.3 Participação social na implementação	38
2.2 Coprodução de serviços públicos	45
2.2.1 Participantes da coprodução	45
2.2.2 Motivações à coprodução dos participantes.....	47
2.2.3 Motivações à coprodução pelo governo	48
2.2.4 Papel do governo na coprodução	51
3. METODOLOGIA.....	55
3.1 Estratégia de investigação	55
3.2 Coleta dos dados	62
3.3 Análise dos dados	68
3.4 Limitações metodológicas	73
4. DESCRIÇÃO DOS CASOS.....	75
4.1 Caso Parati.....	75
4.2 Caso Seminário.....	99

4.3 Caso Jockey Club	127
4.4 Caso Jacy	151
4.5 Caso Tijuca.....	180
5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	210
5.1 Processo de coprodução.....	210
5.1.1 Coprodutores participantes	210
5.1.2 Inputs dos participantes	216
5.1.3 Motivações	232
5.1.4 Nível de coprodução	241
5.1.5 Papel do governo	243
5.1.6 Princípios democráticos	244
5.2 Condições de coprodução	251
5.2.1 Condições técnicas	251
5.2.2 Condições econômicas	253
5.2.3 Condições normativas	254
5.2.4 Condições cognitivas	256
5.2.5 Condições estruturais	258
5.3 Questões contextuais	260
6. CONCLUSÕES	270
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	282
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA USUÁRIOS	299
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA PRODUTORES REGULARES.....	300
APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA GESTOR.....	302
APÊNDICE D – ROTEIRO DE ANÁLISE DOCUMENTAL.....	303
APÊNDICE E – RELATÓRIO COPRODUTORES PARTICIPANTES	304
APÊNDICE F – RELATÓRIO <i>INPUTS</i> DOS PARTICIPANTES	305
APÊNDICE G – RELATÓRIO CLASSIFICAÇÃO <i>INPUTS</i> DOS PARTICIPANTES	306

APÊNDICE H – RELATÓRIO MOTIVAÇÕES DOS PARTICIPANTES	307
APÊNDICE I – RELATÓRIO PRINCÍPIOS DEMOCRÁTICOS	308
APÊNDICE J – RELATÓRIO CONDIÇÕES DE COPRODUÇÃO	309
APÊNDICE K – RELATÓRIO ELEMENTOS CONTEXTUAIS DOS CASOS PESQUISADOS	310

1. INTRODUÇÃO

Pode-se dizer que atualmente é uma tendência dos governos que suas ações sejam orientadas visando propiciar uma maior participação social nas políticas públicas (PEREZ, 2009; SALM; MENEGASSO, 2009; PAES DE PAULA, 2012), entretanto, pouco se entende quanto ao modo como isso pode ser realizado (KING; FELTEY; SUSEL, 1998). Essa tese está voltada à questão do uso de uma orientação mais participativa para a implementação de políticas públicas e o potencial da abordagem de coprodução de serviços públicos nesse sentido. Neste capítulo são apresentadas as considerações introdutórias referentes a presente pesquisa de tese, a incluir: a contextualização do problema, o problema e os objetivos de pesquisa, e a justificativa da relevância do estudo.

1.1 Contextualização

O exercício da administração pública não se limita à gestão de caráter normativo, incluindo também atenção a mudanças organizacionais que afetam a estrutura do Estado e o modo como esse põe suas políticas públicas em prática (BRESSER-PEREIRA, 2008) – a implementação. De acordo com Palumbo e Calista (1990), a etapa de implementação passa a ter destaque no ciclo de políticas quando é reconhecida como a “caixa-preta” para a efetividade das políticas públicas. Fica implícito que para conseguir a efetividade, há a necessidade de desvendar os mistérios desta etapa, nesta caixa preta onde, como apontam Sabatier e Mazmanian (1980), são identificados problemas, estipulados objetivos com mais precisão e estruturado o processo como um todo.

Segundo Barrett (2004), os estudos sobre implementação visam justamente identificar as causas dos problemas observados e indicar soluções para aumentar a probabilidade de execução da política, focando em estratégias de como melhorar a comunicação, a coordenação dos elos da cadeia, o gerenciamento de recursos e o controle dos agentes implementadores. No entanto, já a sua época, O’Toole Júnior (1986) apontava que o conteúdo dos estudos sobre implementação apresentava pouca aplicabilidade, entendendo aplicabilidade como a capacidade de transferir os conhecimentos adquiridos para situações práticas.

O quadro esboçado por O’Toole Júnior (1986) parece não ter sofrido muitas alterações. A literatura mais recente sobre implementação não apresenta qualquer paradigma novo. Ao invés disso, trabalhos mais recentes apenas procuram sintetizar a literatura e propor

novos direcionamentos para a área (SCHOFIELD, 2001). Como afirma Matland (1995), a maioria dos autores, surpreendentemente, “pinta” o mesmo quadro sobre os trabalhos passados e sugerem caminhos similares para o futuro. Dentre os autores da literatura que apresentaram revisões sobre o tema podem ser citados: O’Toole Júnior (1986, 2000), Lester e Goggin (1998), DeLeon (1999), Frey (2000), Silva e Melo (2000), Schofield (2001), DeLeon e DeLeon (2002), Barrett (2004), Hill e Hupe (2005), Saetren (2005) e Najberg e Barbosa (2006).

Esse quadro fica evidenciado mais recentemente em Hill e Hupe (2005), onde os autores afirmam que o objetivo de seu livro não é apresentar nenhuma teoria nova, mas explorar o estado da arte dos estudos sobre implementação e produzir *insights* sobre teoria e pesquisa envolvendo implementação. Enquanto isso, autores que não fizeram revisões mais aprofundadas sobre o tema apresentam contribuições limitadas e pouco explícitas, como Lundin (2007, p. 647), quando afirma que a principal conclusão de seu trabalho foi que “a cooperação interorganizacional é uma estratégia razoável para melhorar a implementação das políticas públicas”.

A revisão do estado da arte levou alguns desses autores a afirmar que os estudos sobre implementação estavam em declínio contínuo. No entanto, Saetren (2005) rejeita essa afirmativa, argumentando que estudos sobre implementação não estão minguando, mas apenas migrando para fora de seus campos-chave originais (Ciência Política e Administração Pública). Para o autor, uma das causas para a suposta “queda” no número de publicações sobre o assunto resulta das alterações nas relações entre Estado e sociedade desde a década de 1990. Saetren (2005) observa ainda, que em estudos mais recentes, o termo ‘implementação’ vem sendo substituído por ‘governança’ e ‘redes de políticas públicas’.

Nesta linha, Najberg e Barbosa (2006) afirmam que redes de políticas públicas são uma abordagem inovadora para tratar de problemas de implementação, enquanto Hill e Hupe (2005) apontam que estudos dos problemas de implementação caminham cada vez mais para estudos de governança. Kissler e Heidemann (2006) observam que redes como forma de governança vêm se consolidando como mecanismos para implementação. Na análise de O’Toole Júnior (2000), os estudos de implementação estão convergindo para três lentes complementares entre si: arranjos institucionais, redes e governança.

Essas lentes vêm sendo utilizadas para enxergar formas de implementação mais democráticas, que contemplam: a desconcentração da gestão, a inserção de novos atores na formulação e implementação das políticas, e a redefinição do relacionamento entre Estado e

sociedade (WILSON, 2000). No Brasil, é possível identificar um conjunto de iniciativas nestes moldes, promovidas por instâncias locais que indicam que o Estado brasileiro esteja em reconstrução, em que se destacam as novas relações entre Estado e sociedade e a redefinição da esfera pública (FARAH, 2001; PAES DE PAULA, 2012).

Segundo Bier *et al.* (2010) e Ribeiro, Andion e Burigo (2015), as características das políticas sociais brasileiras até a década de 1980 não privilegiavam a participação da sociedade civil no processo de formulação, implementação e avaliação de políticas públicas. De acordo com Azevedo e Anastasia (2002), foi apenas com o fim do período militar brasileiro (1964-1984), que a redemocratização do Estado entra na agenda governamental. Para Perez (2009) e Gonçalves, Gonçalves e Weffort (2012), foi com a promulgação da Constituição Federal de 1988 que se criaram espaços políticos decisórios capazes de incluir a sociedade civil.

Segundo Azevedo e Anastasia (2002) e Paes de Paula (2012), a participação popular institucionalizada na Constituição de 1988 incentivou a população a mobilizar-se em torno dos problemas que a afligem. Entende-se que por meio do redesenho das instituições, as preferências dos indivíduos possam ser incluídas na agenda governamental, influenciando na formulação e implementação de políticas públicas.

Essa discussão sobre democratização do Estado se apresenta atualmente sob duas formas centrais, as democracias ‘representativa’ e ‘participativa’ (PEREZ, 2009; ANDRADE; CASTRO; PEREIRA, 2012). De acordo com Santos e Avritzer (2009) e Paes de Paula (2012), na ‘democracia representativa’ os cidadãos exercem o direito de escolher indivíduos que os representem junto ao Estado. No entanto, para Santos e Avritzer (2009), a democracia representativa vive atualmente uma crise de representação, em que cada vez menos a população se sente representada em seus interesses pelos indivíduos que elegeram.

Uma das causas dessa crise de representação exposta por Santos e Avritzer (2009) são as “respostas representativas homogeneizadoras”, isto é, os representantes eleitos democraticamente serem capazes de apresentar apenas uma solução para cada problema enfrentado. Embora utilize terminologia distinta, Secchi (2009) também identificou essa dificuldade no modo de ação do Estado. Segundo o autor, a impessoalidade fundamentada sobre o modelo burocrático enfraquece a atenção disponibilizada às necessidades individuais da população. Atualmente, as questões exigem respostas cada vez mais plurais para as diferentes situações. Este é um limite da democracia representativa: acompanhar as demandas

de identidades específicas, especialmente quando as realidades incluírem cidadãos com características sociais diversas (SANTOS; AVRITZER, 2009).

Bier *et al.* (2010) afirmam ser preciso superar o modelo de democracia representativa, pois essa aliena a capacidade de influência do cidadão aos seus representantes eleitos. Para Santos e Avritzer (2009) e Paes de Paula (2012) é nessa crise de representação que a ‘democracia participativa’ se destaca, propondo que as políticas deveriam contar com a participação plural de atores (muitas vezes marginalizados do processo), que interagem por meio de mecanismos de discussão e deliberação. Para Abers *et al.* (2009) compõem as funções da democracia participativa: promover a inclusão política, estimular processos deliberativos e aumentar o controle da sociedade sobre o Estado.

De forma similar, Fung (2006) estabelece que três dimensões influenciam na participação pública direta: (i) quem participa, se os processos de discussão são abertos a todos ou dependem de convite à participação; (ii) como os participantes trocam informações e tomam decisões, que se refere a capacidade dos cidadãos opinarem nas decisões políticas e não acatá-las simplesmente; (iii) conexão entre discussões e ações, se essas decisões são efetivamente aplicadas na realidade. Sobre esses apontamentos, Silva e Ramos (2001) afirmam que a simples inclusão dos cidadãos é não elemento suficiente para interferir na realidade, mas se mostra igualmente necessário que esses cidadãos tenham conhecimento dos temas discutidos, de modo que consigam influenciar nos espaços de discussão e pressionar o governo em suas questões de interesse.

Observa-se que estas ponderações dizem respeito às questões de formulação de políticas e seu controle pela sociedade. No entanto, alguns estudiosos de implementação de políticas públicas também começam a argumentar a favor destas formas mais democráticas (democracia participativa) de lidar com a entrega de bens e serviços públicos. Por exemplo, Barrett (2004) aponta que um rumo promissor mas negligenciado dos estudos sobre implementação é o da participação social, inserindo esta discussão no contexto da auditoria social e *accountability* democrática. Para Irvin e Stansbury (2004), Paes de Paula (2012) e Klein Júnior *et al.* (2012), a participação social auxilia no entendimento das demandas dos cidadãos, na melhoria da qualidade das políticas públicas, no atendimento da *accountability* e transparência, e na melhoria da confiança no governo.

Seguindo a mesma linha, DeLeon e DeLeon (2002) afirmam que normalmente a entrega de serviços públicos é orientada por uma perspectiva *top-down*¹, contudo, argumentam que orientações mais participativas ou democraticamente orientadas poderiam servir melhor ao interesse público. Os autores deduzem que a perspectiva *top-down* é menos democrática que a perspectiva *bottom-up*², entendendo orientação democrática como aquela em que há envolvimento popular direto ou indireto³.

Neste sentido, os autores afirmam que mais democracia é melhor que menos democracia, assim como formas de ação mais diretas por parte da população deveriam ser preferidas. Justifica-se para isso que, quanto mais distante a implementação estiver do *policy maker*, maior será a chance de esta falhar (DELEON; DELEON, 2002). Segundo Ham e Hill (1993), isso acontece devido à existência de uma cadeia de implementação (uma série de eventos com possibilidades de falha), em que, quanto maior for essa cadeia de eventos, maiores são as possibilidades de ocorrerem (e acumularem) falhas. Para Perez (2009) e Bier *et al.* (2010), o principal ponto para constituição de uma orientação democrática é que a implementação não seja estruturada de cima para baixo, permitindo que todos os envolvidos possam participar.

De acordo com DeLeon (1999) e Hill e Hupe (2005), além da orientação mais democrática, outra orientação recente segue em direção à pesquisas com um teor mais interpretativista. Segundo os autores, ambas as orientações (democrática e metodológica) contrapõem a perspectiva *top-down* de implementação e podem ter um efeito direto sobre a renovação na área de estudos sobre implementação. Para DeLeon (1999), essas orientações oferecem à *policy community* um suporte muito melhor para a entrega de serviços públicos, sendo isso motivo suficiente para uma nova geração de estudos sobre implementação.

DeLeon e DeLeon (2002) consideram a questão da participação como uma “aposta”, pois se algo foi aprendido nas últimas décadas é que não existe “a melhor” solução para todos os casos e situações. Da mesma forma, Paes de Paula (2012 p. 180) afirma que a participação democrática rompe com modelos administrativos prontos, “pois esses não são capazes de

¹ Perspectiva *top-down* (de cima para baixo, tradução livre), é aquela que se desenvolve a partir das decisões políticas, sendo implementadas sem considerar dificuldades que possam afetar o cumprimento dos objetivos (VAN METER; VAN HORN, 1975).

² Na perspectiva *bottom-up* reconhece-se a influência que os implementadores têm nos resultados das políticas (NAJBERG; BARBOSA, 2006). Nesta perspectiva consideram-se as especificidades locais (FREY, 2000) e se inclui no planejamento e execução das políticas os indivíduos diretamente envolvidos (LIPSKY, 1980).

³ Matland (1995) tem um ponto de vista diferente, o autor acredita que a perspectiva *top-down* é mais democrática no sentido de que é resultado da escolha dos representantes eleitos pelo povo.

refletir a complexidade dos processos políticos e sociais”. Assim, seria melhor entender o contexto onde se desenvolvem as políticas do que propor qualquer metateoria genérica. Para Schofield (2001), o mérito das orientações supracitadas é sua capacidade de abranger ambiguidades políticas e irresoluções sem necessariamente considerá-las como “falhas políticas”, como abordagens mais racionalistas pregam.

DeLeon e DeLeon (2002) afirmam existir poucas dúvidas que ainda há muito a ser feito no sentido de desenvolver uma bem articulada e consistente abordagem de implementação envolvendo princípios democráticos. O’Toole Júnior (2000, p. 283) traduz essa inquietação questionando: Por que orientações mais democráticas estão ausentes dos estudos de implementação até agora? Na próxima subseção, será aprofundada a discussão sobre como imprimir uma orientação mais democrática para a implementação de políticas públicas. Da mesma forma, será delineado um direcionamento capaz de concretizar a inclusão dos cidadãos neste processo – o que fundamentará por sua vez, o problema de pesquisa da tese.

1.2 Definição do problema

Como observado na subseção anterior, é notória a dificuldade de articular princípios democráticos na etapa de implementação, embora em outras etapas do ciclo de políticas essa participação democrática seja mais bem praticada, a exemplo do que acontece nas fases de formulação e avaliação (WILSON, 2000). Neste sentido, a elaboração da proposta de pesquisa se iniciou com a procura de um possível aporte teórico que fundamentasse a discussão de como e em que condições poderia ser operacionalizada a participação social na implementação de políticas públicas, procura que culminou na identificação do referencial teórico de ‘coprodução’ de serviços públicos como apresentando grande potencial neste sentido.

Na coprodução como estratégia de ação governamental, se considera os usuários das políticas como elementos ativos do processo de implementação, que fornecem recursos essenciais para que os objetivos das políticas possam ser alcançados (PARKS *et al.*, 1981). Essa participação ativa é tratada por King, Feltey e Susel (1998) como ‘participação autêntica’, pois os usuários dos serviços públicos não são observados como simples “recipientes” onde os serviços são realizados.

Entretanto, por meio da revisão do atual estado da arte da literatura de coprodução, percebe-se que os diversos autores que tratam sobre o assunto focalizam em elementos pontuais e frequentemente distintos, sem a preocupação de traçar uma base conceitual mais robusta e integrada para a abordagem. Uma tentativa de unir os posicionamentos sobre coprodução de múltiplos autores foi o trabalho de Klein Junior *et al.* (2012), que por meio de uma matriz cruzaram o conceito de “beneficiários das relações” proposto por Brudney e England (1983) com os “tipos de produção” propostos por Whitaker (1980). Klein Junior *et al.* (2012) reconhecem a possibilidade de incluir em sua matriz um número maior de conceitos envolvendo coprodução, no entanto não deixam claro quais conceitos seriam estes.

Deste modo, se pretendeu por meio da integração de múltiplos conceitos ou condições de implementação identificadas na literatura fundamentar uma base teórica mais consistente para a abordagem de coprodução, identificando empiricamente como se desenvolveria um processo de implementação que adota esta abordagem e que condições indicariam esta adoção. Assim, a pergunta que orienta a pesquisa é: **Quais as condições em que se desenvolve e como ocorre a dinâmica de implementação de políticas públicas via abordagem de coprodução?**

1.3 Objetivos de pesquisa

Com base na definição do problema de pesquisa descrito na subseção anterior, são apresentados os objetivos de pesquisa.

O objetivo geral da pesquisa foi **propor em bases teórico-empíricas um modelo conceitual de um processo de implementação via coprodução**. Com a finalidade de operacionalizar o objetivo geral destacado, são objetivos específicos:

- Identificar as condições de implementação das ações de controle mecânico do Programa Nacional de Combate à Dengue (PNCD) em Campo Grande – MS via abordagem de coprodução;
- Relacionar as condições de implementação via coprodução e verificar sua influência nos resultados das ações de controle mecânico do PNCD em Campo Grande – MS;
- Identificar os participantes e caracterizar sua participação na dinâmica de implementação das ações de controle mecânico do PNCD em Campo Grande - MS via abordagem de coprodução;

- Descrever a dinâmica de implementação das ações de controle mecânico do PNCD em bairros selecionados de Campo Grande – MS via abordagem de coprodução;
- Comparar dinâmicas de implementação via coprodução em bairros com diferentes incidências de dengue do município de Campo Grande – MS;
- Formular proposições teórico-empíricas que possam contribuir para uma melhor compreensão dos processos de implementação de políticas públicas via coprodução.

1.4 Delimitação do Estudo

Dado o objetivo geral proposto na subseção anterior, cabe estabelecer alguns limites à execução desse propósito, esclarecendo ao leitor o quadro geral onde foi realizada a pesquisa, conforme indica Vergara (2014). As delimitações estabelecidas nessa tese são em relação à política pública e seus objetivos, assim como ao recorte de pesquisa e ao contexto onde foi realizada. A pesquisa esteve restrita ao Programa Nacional de Combate à Dengue (PNCD), mais especificamente sobre as ações de controle mecânico do vetor *Aedes Aegypti* em bairros selecionados do município de Campo Grande, capital do Estado de Mato Grosso do Sul no ano de 2012.

O PNCD é um programa federal de combate ao vírus do dengue que atua conjuntamente aos Estados e municípios para o cumprimento das seguintes metas: (i) reduzir a infestação pelo *Aedes Aegypti*; (ii) reduzir a incidência da dengue; (iii) reduzir a letalidade por febre hemorrágica de dengue, como descrito pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA, 2002 p. 4). Como se percebe nos objetivos do PNCD e é destacado por Penna (2003), o governo federal não considera mais exequível a tarefa de erradicar o *Aedes Aegypti* do território nacional, direcionando seus esforços apenas para ações que visam o controle do vetor.

Neste sentido, Teixeira *et al.* (2002), Tauil (2002) e Guzman, Vázquez e Kouri (2009) afirmam que a única medida disponível para minimizar a incidência do dengue está relacionada com a eliminação de seus vetores, não havendo até o momento outro método para prevenção da doença, como uma vacina por exemplo. Assim sendo, Brasil (2009a) apresenta os métodos disponíveis para o controle do vetor do dengue: o mecânico, o biológico, o legal e o químico.

Tipo de controle	Caracterização do combate
Mecânico	Consiste na destruição de possíveis criadouros do mosquito.
Biológico	Consiste no desenvolvimento de larvicidas para eliminação do vetor ainda em sua fase inicial.
Legal	Consiste na regulamentação de normas de conduta para auxiliar nas ações de controle ao vetor, como por exemplo, a limpeza e manutenção de terrenos baldios pelos proprietários.
Químico	Consiste na utilização de compostos químicos (inseticidas) para o controle do vetor, tanto na fase larvária quanto adulta.

Quadro 1 - Tipos de controle ao vetor do dengue
 Fonte: Baseado em Brasil (2009a).

Entretanto, esses métodos de controle apresentam problemas técnicos ou operacionais em sua execução. Exemplos desses problemas são: (1) no ‘controle legal’, por exemplo, existe a dificuldade de vistoria em imóveis fechados ou que o proprietário se nega a colaborar com a vistoria⁴ (TAUIL, 2002; BAGLINI *et al.*, 2005; BRASIL, 2009a); (2) outro problema advém da utilização de inseticidas (como os fumacê⁵ – controle químico), que além de proporcionarem a resistência dos mosquitos ao veneno no longo prazo (TAUIL, 2002; COELHO, 2012), podem também prejudicar a saúde humana se utilizados em grandes quantidades (PENNA, 2003; BRASIL, 2009a); (3) o ‘controle biológico’ apenas começa a ser utilizado quando se identifica resistência ao veneno (controle químico) por parte dos vetores da doença (BRASIL, 2009a).

Isso posto, percebe-se que o combate mais eficaz perpassa pelo ‘controle mecânico’, o que a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1997, p. 51) e Coelho (2012) chamam de “*environmental management*” (ou gerenciamento do ambiente, tradução livre). Para OMS (1997), o *environmental management* apenas pode ser bem sucedido se acompanhado de ações de ‘educação em saúde’ e ‘divulgação de ações de saúde pública’, se possível executadas por agentes locais de saúde. Chiaravalloti Neto *et al.* (2003) ampliam essa visão, entendendo que essas ações educativas em saúde não podem ser limitadas à simples orientação da população, mas devem incluir a responsabilização desse público na execução das ações. Além disso, se esse controle fosse realizado pelo próprio morador do imóvel, tornaria essa opção de combate como aquela em que decorrem menores custos de implementação.

⁴ Essa dificuldade levou a elaboração de um manual para orientar a ação nesses casos específicos, retratado em Brasil (2006).

⁵ Consiste em carros que pulverizam inseticida nos bairros afetados pela dengue em períodos de epidemia (VILLAS BÔAS; MEDEIROS, s/d).

Devido a essas especificidades do controle mecânico ao vetor (necessidade da participação do morador e estratégia de combate de menor custo – o que é tratado respectivamente por Parks *et al.* [1981], como ‘capacidade técnica’ e ‘viabilidade econômica’), **o marco teórico de coprodução se mostra adequado a essa situação de ‘controle vetorial do dengue’**. Ferreira *et al.* (2009), Lenzi e Coura (2004) e Cáceres-Manrique, Vesga-Gómez e Angulo-Silva (2010) salientam a importância da participação popular nessa dinâmica, onde segundo os autores, é imprescindível para que o combate ao vetor seja bem sucedido.

Para a definição da delimitação espacial da pesquisa, pesaram-se os critérios estabelecidos pela Funasa (2001b, 2002) para definição de “municípios prioritários” em relação ao dengue, que são: a) capitais de estado e sua região metropolitana; b) população superior a 50 mil habitantes; c) ser receptivo a novos sorotipos da doença, como em regiões turísticas, portuárias ou de fronteira por exemplo. No entanto, a maior parte das capitais brasileiras poderia se enquadrar nessa definição de “municípios prioritários”. Assim, a fim de esclarecer a escolha por um contexto de pesquisa, utiliza-se aqui notícia divulgada pelo Diário Oficial da União em 30 de janeiro de 2013 (BRASIL, 2013), quando se reconheceu a situação de emergência no município de Campo Grande (capital do Estado de Mato Grosso do Sul) em relação ao número de notificações de casos de dengue.

A Empresa Brasil de Comunicações (EBC, 2013) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2013) confirmam a posição de Mato Grosso do Sul como o estado em que há maior incidência da doença - cerca de 3.105 casos a cada 100 mil habitantes, segundo Fiocruz (2013). Especificamente no município de Campo Grande, a incidência chegou ao patamar de 4.064 casos para cada grupo de 100 mil habitantes (MATO GROSSO DO SUL, 2013). Apesar desses números, Giovanini Coelho (Coordenador do Programa Nacional de Controle da Dengue) esclarece em entrevista concedida ao Globo.com/G1 (2013a), que o motivo para a alta incidência de notificações em Campo Grande se deve ao fato de estar em circulação um novo sorotipo da doença. Ainda de acordo com o coordenador do PNCD, o município de “*Campo Grande serve de exemplo para outros municípios, pois mesmo enfrentando um quadro epidêmico, consegue dar atendimento à população*”.

Dados presentes em Campo Grande (2012a) reforçam a afirmação do coordenador, onde se constata que no ano de 2012 treze bairros do município de Campo Grande apresentaram ‘incidência zero’ para o dengue. Embora os dados estejam relativamente desatualizados, espera-se que devido a particularidades relacionadas à reprodução do inseto,

situação semelhante venha a ser observada nos anos posteriores. Desta forma, o **corte de pesquisa** foi transversal para os dados de controle vetorial do dengue no município de Campo Grande, referente ao ano de 2012.

1.5 Justificativa

A presente pesquisa de tese justifica-se por razões de natureza teórico-empírica e prática. A **justificativa teórico-empírica** é estruturada em três contribuições que a pesquisa oferece: (i) ampliar a base teórica existente envolvendo o tema de ‘implementação de políticas públicas’; (ii) oferecer subsídios para renovação do tema de implementação, imprimindo-o uma orientação mais democrática; e (iii) ampliar em base empírica a compreensão teórica do tema de ‘coprodução’ na implementação de serviços públicos.

O primeiro ponto desta justificativa diz respeito à carência de estudos recentes envolvendo o tema de ‘implementação de políticas públicas’. Pode-se afirmar que dentro do ciclo de políticas públicas (formulação, implementação e avaliação), a implementação é a etapa mais negligenciada enquanto objeto para o desenvolvimento de estudos e pesquisas científicas (SAETREN, 2005; OLLAIK, 2012). Embora a etapa tenha hoje sua relevância reconhecida para a efetividade na entrega de bens e serviços públicos (PALUMBO; CALISTA, 1990), por muito tempo a implementação foi concebida apenas como o “reflexo” natural das decisões tomadas, conforme observa Barrett (2004) e Ollaik (2012).

O desenvolvimento de um campo de estudos específico para implementação foi tardio, em que muitos autores consideram como seu marco inicial a obra de Pressman e Wildavsky (1973), muito embora seu reconhecimento como fase distinta da de formulação (ou etapa política) já tenha sido citada pelo ex-presidente americano Woodrow Wilson em 1887 (obra revisitada em WILSON, 2005 p. 50). Naquele tempo o ex-presidente já indagava, “Por que teria ela tardado tanto em aparecer? Por que esperou pelo nosso tão preocupado século, para exigir atenção?”.

Apesar da atenção tardia dedicada ao tema, a implementação é considerada uma etapa crítica das políticas públicas onde os agentes implementadores se deparam com: ambiguidade de objetivos, problemas de coordenação interorganizacional, recursos limitados e informação escassa (SILVA; MELO, 2000; NAJBERG; BARBOSA, 2006). Esses problemas levaram Berman (1978) a vincular o termo “*missing link*” (ou elo perdido, tradução livre) à implementação, considerando-a como a etapa responsável pela diferença entre *inputs* e

outputs inseridos no processo, demonstrando que essa relação não é suficientemente bem entendida. Desta forma, Barrett (2004) afirma que mais do que nunca é necessário investir em estudos de implementação, tanto de caráter conceitual quanto empírico, para que se possa entender e explicar a dinâmica dos processos de políticas públicas. Desta forma, o presente estudo contribui em sua parcela para a cumulatividade e fortalecimento do tema de ‘implementação de políticas públicas’. Isso se dá através da compreensão da dinâmica de implementação via abordagem de coprodução, apontada aqui como uma estratégia de ação governamental na qual os esforços dos usuários são considerados essenciais para o cumprimento dos objetivos de política pública.

Cabe ressaltar que, esse cumprimento dos objetivos de política pública por meio da abordagem de coprodução pode ser observado por duas correntes distintas: (1) a primeira fundamentada nos ideais do *New Public Management* (ou numa perspectiva mais governamental), de fazer uso da população para empreender políticas com a menor utilização de recursos; (2) a segunda corrente fundamentada nos ideais do *New Public Service* (ou numa perspectiva centrada na sociedade civil), onde há o maior empoderamento da sociedade civil na articulação e desenvolvimento de ações de política pública.

O segundo ponto que justifica a relevância teórico-empírica da pesquisa envolve a renovação do tema de implementação de políticas públicas. Como visto, Schofield (2001) constatou que publicações mais recentes sobre implementação procuram apenas sintetizar a literatura e propor direcionamentos para a área. Matland (1995) apoia essa afirmativa. Segundo o autor, a maioria das publicações envolvendo implementação “pintam” o mesmo quadro sobre trabalhos passados e sugerem caminhos similares para o futuro. Contudo, alguns estudiosos sobre o tema começam a argumentar a favor de formas mais democráticas (ou participativas) de lidar com a entrega de serviços públicos como um possível direcionamento para diminuir essa estagnação teórica (LESTER; GOGGIN, 1998; BARRETT, 2004; IRVIN; STANSBURY, 2004). De acordo com Klein Júnior *et al.* (2012) e Paes de Paula (2012), esse encaminhamento democrático pode auxiliar no entendimento das demandas dos cidadãos, na melhoria da qualidade das políticas públicas, no atendimento da *accountability* e transparência, e na melhoria da confiança no governo. Desta forma, a orientação mais democrática é considerada como uma tentativa válida de renovar o tema de implementação de políticas públicas (DELEON, 1999; DELEON; DELEON, 2002).

DeLeon e DeLeon (2002) afirmam que orientações mais participativas ou democraticamente orientadas poderiam servir melhor ao interesse público, justificando para

isso que, quanto mais distante a implementação estiver do *policy maker*, maior será a chance de esta falhar. Assim, os autores afirmam existir poucas dúvidas quanto à importância de se desenvolver uma abordagem consistente de implementação envolvendo princípios democráticos. Nesse sentido, este estudo pode oferecer subsídios à compreensão de como poderia ser operacionalizada uma abordagem mais democrática de implementação, utilizando para isso a base teórica de coprodução, na qual foram identificados aspectos que poderiam ser modificados ou corrigidos visando cumprir essa orientação mais democrática.

O último e mais importante ponto da justificativa teórico-empírica diz respeito à ampliação teórico-empírica da abordagem de coprodução. Por meio da revisão da literatura percebeu-se que os diversos autores focalizam em elementos pontuais e frequentemente distintos, sem a preocupação de traçar uma base conceitual mais robusta e integrada para a abordagem, alcançada através dessa pesquisa. Verschuere, Brandsen e Pestoff (2012) compartilham da visão que é necessário compreender sistematicamente os vários aspectos envolvendo coprodução. Nesse sentido, Matland (1995) afirma que a ausência de estruturação teórica dos conceitos é uma das maiores dificuldades da literatura de implementação. Além disso, essa pesquisa contribui mais claramente sobre três pontos à ampliação da base teórico-empírica de coprodução: para o refinamento dos conceitos envolvendo coprodução, para o entendimento de como os elementos de coprodução produzem os resultados desejados (seu desempenho), e ainda a, teorização e levantamento de proposições a partir da comparação de casos múltiplos – todos esses pontos já eram indicados por Verschuere, Brandsen e Pestoff (2012) como propostas para trabalhos futuros. Para Berman (1978), a estruturação de um quadro conceitual pode orientar os estudos individuais em um contexto mais amplo, assim como facilitar comparações transsetoriais.

A **justificativa prática** é fundamentada em três contribuições que a pesquisa oferece: (i) possibilitar a melhoria da dinâmica do processo de implementação da política de combate ao vetor, o que influencia diretamente na incidência relativa de casos e mortes em decorrência da doença, melhorando por consequência, as condições de saúde da população; (ii) esclarecer aos gestores de políticas públicas que dependam da participação popular na etapa de implementação, as potencialidades e dificuldades percebidas durante esse processo; e (iii) oferecer um caso prático do processo de combate vetorial do dengue, visto a ausência de estudos de implementação aplicados a essa política, apesar de sua importância relativa.

O primeiro ponto da justificativa prática diz respeito à possibilidade de melhoria das condições de saúde da população, resultado de uma dinâmica mais eficaz do processo de

o Uruguai. Os autores afirmam que apenas condições climáticas e de altitude impõe limitações à expansão do vetor em países como Canadá, Chile e europeus de maneira geral. De acordo com o Instituto Oswaldo Cruz (s/da), temperaturas inferiores a 20°C interferem na reprodução do mosquito, ocasionando em considerável redução no número de casos. Coincidência ou não, os Estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul foram aqueles que apresentaram menor incidência de casos de dengue no ano de 2011, conforme apresentado por Brasil (2011a).

No entanto, de maneira geral o Brasil é caracterizado por altas temperaturas na maior parte do ano. Soma-se a isso a existência de um padrão cíclico para a contaminação pelo vetor do dengue durante as estações chuvosas (OMS, 1997). No Brasil, essa estação chuvosa ocorre entre os meses de outubro e maio, período considerado por Funasa (1999) e Brasil (2009a) como epidêmico para o dengue. Esses períodos epidêmicos ocorrem principalmente devido à forma de reprodução do mosquito *Aedes Aegypti*, que utiliza de depósitos de água parada formados a partir das chuvas para realizar sua reprodução (BRASIL, 2006a, 2009b; JARDIM; SCHALL, 2009). Assim, essa pesquisa, em iluminar a dinâmica do processo de implementação da política de controle vetorial do dengue, contribui de maneira prática à melhoria das condições de saúde nas áreas que convivem com esse tipo de problema de saúde pública, seja no Brasil ou no mundo de maneira geral.

O segundo ponto da justificativa prática visa fornecer aos gestores públicos uma alternativa de ação para lidar com a entrega de serviços públicos, de forma a incluir a participação popular. A participação popular nas ações de governo não era assunto privilegiado até a promulgação da Constituição Federal de 1988 (BIER *et al.*, 2010; AZEVEDO; ANASTASIA, 2002), quando a partir desse marco despertam iniciativas de criação de novos espaços públicos que propiciassem a inclusão da sociedade civil nas decisões de governo (GONÇALVES; GONÇALVES; WEFFORT, 2012).

Esse tipo de movimento favorável à maior centralidade da sociedade civil nas ações de governo é tratado na literatura como o ‘Novo Serviço Público’ (DENHARDT; DENHARDT, 2000). Denhardt (2012) afirma que os ideais do novo serviço público expressam o interesse renovado pelos valores democráticos. Bier *et al.* (2010) estabelecem que uma forma de operacionalizar os conceitos do novo serviço público seria por meio da ‘coprodução’ de serviços públicos, base teórica dessa pesquisa. Para Denhardt (2012), o novo serviço público enxerga os usuários das políticas de maneira muito mais ativa que outras abordagens.

Essa afirmativa é sustentada por Parks *et al.* (1981), pois na coprodução os usuários assumem um papel ativo na implementação da política. Neste sentido, Bovaird (2007) afirma que o marco de coprodução é um ferramental de ação governamental capaz de promover uma nova dinâmica de mobilização de recursos. Desta forma, essa pesquisa contribui para demonstração prática da dinâmica de implementação de uma política baseada nos princípios do *New Public Service* (Novo Serviço Público), o que poderia facilitar a replicação dos princípios observados a outras políticas, tornando menos abstrata as considerações teóricas encontradas na literatura.

Por fim, a terceira justificativa empírica diz respeito ao caso prático do controle vetorial do dengue em Campo Grande – MS. Como já apontado, o dengue é um problema de saúde pública que infecta mais de 50 milhões de pessoas anualmente no mundo (BRASIL, 2009b). Apesar disso, foram identificados poucos estudos que tratassem do controle vetorial do dengue no Brasil pelo ponto de vista da gestão. Dentre os poucos estudos existentes, envolvendo o controle vetorial do dengue no Brasil estão os de Valla (1998), Claro, Tomassini e Rosa (2004), Penna (2003) e Baglini *et al.* (2005). Tratando especificamente do município de Campo Grande, não foi encontrado qualquer estudo envolvendo a gestão da política de controle vetorial do dengue.

1.6 Estrutura da tese

A tese está estruturada em seis capítulos: 1) essa introdução, em que foi apresentada a contextualização do problema, a pergunta de pesquisa, objetivos geral e específicos e justificativa teórico-empírica que demonstra a relevância do estudo; 2) fundamentação teórica baseada no tema de implementação de políticas públicas, incluindo nessa discussão, estratégias de implementação que contemplem a participação social da população, mais especificamente a coprodução; 3) metodologia, em que são descritos os múltiplos casos de pesquisa e como foram selecionados, os instrumentos de coleta e as técnicas de análise pertinentes à conclusão dos objetivos propostos; 4) descrição dos casos, em que são apresentados os casos que fundamentaram a pesquisa com seus dados; 5) análise e discussão dos dados, onde são analisados e discutidos os resultados de acordo com a literatura base definida, obedecendo as categorias de análise definidas no capítulo de metodologia; 6) conclusões da pesquisa, contribuições, limitações e sugestões para trabalhos futuros.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo será apresentada a fundamentação teórica que sustenta a pesquisa de tese, dividido em duas seções. Na primeira seção serão discutidos alguns conceitos envolvendo o tema de implementação de políticas públicas. Na segunda seção será apresentada a coprodução de serviços públicos como uma estratégia de implementação fundamentada na cooperação entre produtores regulares e usuários dos serviços públicos, termos que estarão definidos mais adiante.

2.1 Implementação de políticas públicas

Esta seção está dividida em três subseções: na primeira são apresentadas algumas considerações iniciais sobre o tema de implementação de políticas públicas; na segunda são descritas as três gerações de estudos envolvendo o tema de implementação, assim como um delineamento para uma quarta geração de estudos; por fim, na terceira, são discutidas as formas disponíveis para cumprir e orientar as tendências que uma quarta geração de estudos envolvendo implementação impõem.

2.1.1 Implementação

Matland (1995) afirma que as políticas públicas são atividades programáticas formuladas em resposta a decisão das autoridades. Para Bucci (2006), as políticas públicas são ações de governo que visam coordenar os meios disponíveis ao Estado e a atores privados para o cumprimento de metas sociais e politicamente relevantes. Nesse sentido, são metas coletivas conscientes. As políticas públicas podem ser entendidas analiticamente por meio do conceito de ciclo de políticas (*policy cycle*, tradução livre) e este ciclo seria dotado de algumas etapas (FREY, 2000). A literatura diverge sobre a quantidade e a definição de quais etapas seriam essas. No entanto, as etapas de formulação, implementação e avaliação são quase sempre citadas (VANMETER; VANHORN, 1975).

Bucci (2006) apresenta estas três etapas do ciclo de políticas públicas: a) na formulação se apresentam as propostas da administração, bem como de outras partes interessadas; b) na implementação são tomadas medidas administrativas, financeiras e legais para a execução das ações; e c) na avaliação são apreciados os efeitos da política implementada, tendo em vista os resultados esperados. O ordenamento consecutivo perfeito

das etapas do ciclo de políticas públicas se trata mais de um tipo ideal, pois dificilmente ocorre na realidade. Segundo Ham e Hill (1993) e Frey (2000), embora esse ordenamento seja imperfeito para explicar os processos na prática, seu quadro de referência se mostra importante enquanto instrumento de análise.

Como a presente pesquisa de tese trata da implementação de políticas públicas, os esforços serão direcionados ao entendimento dessa etapa. Berman (1978) define a implementação como a realização da decisão de autoridade, o estudo de como as decisões levam aos resultados desejados. Sabatier e Mazmanian (1980) afirmam que essa decisão identifica problemas, estipula objetivos e estrutura o processo como um todo. A etapa de implementação passa a ter destaque no ciclo de políticas públicas quando é reconhecida como a “caixa-preta” para sua efetividade (PALUMBO; CALISTA, 1990). De maneira similar, Berman (1978) vincula o termo “*missing link*” (elo perdido, tradução livre) à implementação, considerando-a como a etapa responsável pela diferença entre *inputs* e *outputs* (entradas e saídas do processo, tradução livre), demonstrando como essa relação não é suficientemente bem entendida.

Essa diferença entre entradas e saídas é apontada como um problema aos gestores públicos, que não conseguem prever com exatidão os efeitos das decisões tomadas. Nesse sentido, Lundin (2007) aponta que práticas locais nem sempre estarão de acordo com os documentos oficiais endossados pelos políticos. Como resultado disso, é possível assumir que os estatutos são insuficientes para entender como as decisões políticas influenciam o “mundo real”. Da mesma forma, Barrett (2004) afirma que problemas envolvendo implementação ocorrem quando as ações de políticas públicas não estão de acordo com aquilo que foi planejado.

A visão clássica da implementação identificava a etapa como a simples execução dos objetivos previstos pela etapa de formulação, não entendendo o ciclo de políticas públicas e seus aspectos retroalimentadores como um processo. Segundo os autores essa visão é irreal, pois se observa o funcionamento da administração pública como “um mecanismo operativo perfeito”, no qual o ambiente é caracterizado por: informação perfeita, recursos ilimitados, coordenação perfeita, clareza de objetivos, legitimidade política e consenso em relação à política (SILVA; MELO, 2000; NAJBERG; BARBOSA, 2006).

Outra visão reconhece a etapa da implementação e seus problemas específicos como uma dimensão importante de análise. Observa um padrão distinto em que prevalece a troca, negociação e a barganha, em um processo dialético de ação política (BARRETT, 2004).

Verificam-se nessa visão: ambiguidade de objetivos, problemas de coordenação interorganizacional, recursos limitados e informação escassa (HAM; HILL, 1993; CROSBY, 1996; SILVA; MELO, 2000). Nessa visão, a implementação é entendida como um processo autônomo em que decisões cruciais são tomadas, não apenas implementadas (SILVA; MELO, 2000).

Pressman e Wildavsky (1973) derrubam a premissa de que o processo de implementação seria o reflexo perfeito da etapa de formulação, isto é, que a decisão da autoridade seria automaticamente cumprida. Ham e Hill (1993) inclusive ressaltam a forma com que Pressman e Wildavsky ironizam a diferença observada na relação entre formulação-implementação no título de seu livro "*how great expectations in Washington are dashed in Oakland*" (como grandes expectativas em Washington são frustradas em Oakland, tradução livre). Assim, fica explícita uma dependência intergovernamental (principalmente em nível local), onde elementos contextuais são capazes de prejudicar a implementação das políticas em relação ao que foi planejado (HAM; HILL, 1993).

Apesar disso, a execução apenas pode começar quando a autoridade competente cria condições necessárias à implementação, em que ações legislativas, agentes envolvidos e recursos já deveriam estar acertados. Segundo Crosby (1996), sem uma estrutura mínima é impossível a implementação dos programas governamentais. Bucci (2006) afirma que o conjunto de elementos disponíveis (recursos financeiros, de pessoal, legislativos e administrativos) não é capaz de desencadear a ação em si, pois dependem do interesse por parte do governo - desta forma, se desfaz o mito de uma administração pública inerte.

Barrett (2004) entende as políticas públicas tanto como uma declaração de mudança em determinados comportamentos, quanto um produto negociado durante o processo de implementação. Pressman e Wildavsky (1973) afirmam que na etapa de implementação a própria política se altera, novas variáveis que não foram identificadas entram no processo, e é preciso criar e operacionalizar formas de contornar (o que do ponto de vista dos idealizadores da política se consideram) desvios de rota. Berman (1978) afirma que a realização do plano não é automático nem garantido, pois existem uma série de fatores imprevisíveis aos olhos dos formuladores. Para Hill e Hupe (2005), a política pública a ser implementada é produto dos estágios anteriores do processo, no entanto, seu conteúdo pode ser substancialmente afetado, elaborado ou mesmo negado durante a implementação, assim é importante reconhecer a interação entre os estágios da política pública.

De acordo com Barrett (2004), o papel dos estudos sobre implementação está justamente em identificar as causas dos problemas observados durante implementação e propor sugestões para melhorar a probabilidade de execução de seus objetivos, geralmente focando em estratégias de como melhorar a comunicação, a coordenação dos elos da cadeia, o gerenciamento de recursos e o controle dos agentes implementadores.

Na próxima subseção serão apresentadas as três gerações de estudos sobre implementação, bem como as preocupações dos autores em cada uma dessas gerações.

2.1.2 Três gerações de estudos

A literatura levantada enquadra os estudos sobre implementação em três gerações, cada qual com suas particularidades (DELEON, 1999; SCHOFIELD, 2001; DELEON; DELEON, 2002). O conhecimento das dificuldades de cada uma dessas gerações permite que seja observada a evolução dos problemas que continuam “batendo à porta” de pesquisadores e analistas envolvidos com a implementação de políticas públicas.

A primeira geração de estudos se concentrou basicamente sobre os problemas encontrados na fase de implementação, e se os resultados estavam de acordo com as decisões políticas – oferecendo pontos de precaução com o mínimo de prescrição. Pressman e Wildavsky (1973) foram os primeiros a se debruçar sobre as dificuldades da implementação e seus esforços foram direcionados à perspectiva *top-down* (de cima para baixo, tradução livre) de implementação. De acordo com Van Meter e Van Horn (1975), perspectiva *top-down* é aquela que se desenvolve a partir das decisões políticas, sendo implementada sem considerar dificuldades que possam afetar o cumprimento dos objetivos.

Na primeira geração não foram produzidos modelos preditivos, como os pesquisadores mais recentemente começam a entender a questão (DELEON, 1999; SCHOFIELD, 2001). As suposições apresentadas consideravam as etapas de formulação e implementação como racionais e lineares (SILVA; MELO, 2000; SCHOFIELD, 2001). Acreditavam ainda, que as etapas de formulação e implementação eram distintas e separadas entre política e administração (SCHOFIELD, 2001; DELEON; DELEON, 2002). Outra crítica decorrente é a de que, a primeira geração foi baseada principalmente em estudos de caso observados nas agências em que se inseriam os pesquisadores e raramente se preocupavam com generalizações (DELEON, 1999; DELEON; DELEON, 2002).

A literatura da segunda geração é conscientemente mais analítica que sua predecessora, quando os pesquisadores tentaram desenvolver modelos analíticos para prever os resultados políticos, mas acima de tudo, se concentraram sobre as variáveis que influenciam positivamente ou negativamente a implementação (SCHOFIELD, 2001; DELEON; DELEON, 2002). Passaram a desenvolver teorias a partir dos estudos de caso acumulados, muitos dos quais ofereciam hipóteses a serem testadas. Esta geração também passa a considerar o contexto (ambiente) e o marco legal como importantes dimensões de análise (DELEON, 1999). Essa consideração do ambiente onde será implementada a política é condizente com a perspectiva *bottom-up* (de baixo para cima, tradução livre) de implementação.

A perspectiva *bottom-up* é aquela na qual se considera a influência dos implementadores locais (*street-level bureaucrats*, tradução livre) nos resultados das políticas (LIPSKY, 1980). Neste sentido, Bonafont (2004) afirma que definir planos de ação para explorar políticas mais eficazes sem considerar o contexto é um trabalho inútil e inaplicável na prática. Uma política pública não se desenvolve livre de restrições, mas sim estabelece restrições e oportunidades para colocar em prática ações concretas. Segundo Schofield (2001), assim como na primeira geração, os estudos de segunda geração são novamente criticados por sua abordagem – baseadas em estudos de caso, sem, no entanto, se sujeitar à validação e replicação.

Já a terceira geração é considerada mais científica que as gerações anteriores, considerando inclusive a convergência das perspectivas *top-down* e *bottom-up* de implementação (OLIVEIRA, 2006). Baseia-se fortemente em uma abordagem intergovernamental, nos incentivos e limitações envolvendo governos federais, estaduais e locais. Notam também que a comunicação entre essas esferas é muitas vezes distorcida ou mal interpretada (DELEON, 1999). Pesquisas desta geração focam no dinamismo do processo de implementação, envolvendo múltiplos locais e observações, e muitas vezes envolvem estudos longitudinais (SCHOFIELD, 2001). Se for aceita a definição de implementação, na qual a política se torna ação – então o foco passa a ser o processo, e não mais os resultados (BRINKERHOFF, 1996; DELEON, 1999). Entram nessa conta vários efeitos dinâmicos que motivam a ação, como: tomada de decisão, barganha, negociação, conflito, entre outros. Embora nestas três gerações se destaque a importância dos atores, muito pouco da literatura sobre o tema foi direcionado para o estudo das metas e prioridades que influenciam no comportamento desses atores (SCHOFIELD, 2001).

E quanto a uma quarta geração de estudos? DeLeon e DeLeon (2002) propõem que uma quarta geração de estudos estaria vinculada a um *framework* (quadro conceitual, tradução livre) baseado na inserção de valores democráticos na etapa de implementação. Segundo os autores, se uma lição foi aprendida ao longo do tempo, é a de que é melhor entender as condições em que se desenvolvem as políticas do que simplesmente propor qualquer metateoria genérica.

Neste sentido, na próxima subseção serão discutidas formas de imprimir uma orientação mais democrática à implementação de políticas públicas, bem como dos mecanismos disponíveis para operacionalizar a participação social nessa dinâmica.

2.1.3 Participação social na implementação

Brinkerhoff (1996, 1999) sugere que a participação social é um elemento-chave na implementação das políticas. Conforme exposto por Brinkerhoff (1996), Azevedo e Anastasia (2002) e Paes de Paula (2012), para ocorrer a participação social na implementação são necessários canais adequados que permitam a inclusão dos cidadãos, o que Perez (2009) define como ‘institutos de participação popular’. Contudo, foi constatado na revisão de literatura que os estudos e discussões sobre participação social nos processos de políticas públicas se concentram principalmente nas fases de formulação e de avaliação. Como aponta Wilson (2000), a participação se mostra mais “amadurecida” na formulação e controle social das políticas, principalmente em decorrência do surgimento de conselhos formados juntamente com a sociedade civil.

Os conselhos são institutos de participação em que são representados os interesses de seus membros e que, de acordo com Jacobi (2005) são capazes de promover um “salto” na qualidade e equidade das decisões públicas. Nessa linha, Midlej e Silva (2013) aponta que a ocupação de espaços institucionalizados (como os conselhos) é uma maneira da sociedade intervir nas decisões públicas. Da mesma forma, Gonçalves, Gonçalves e Weffort (2012) afirmam que a participação popular nos conselhos é uma forma de influenciar democraticamente no desempenho e na efetividade das políticas públicas. Segundo Avritzer (2006) e Gonçalves *et al.* (2013), os participantes dos conselhos têm a função de deliberar com o poder público sobre as políticas em questão, exercer controle direto e regular as ações do governo.

Os conselhos são um exemplo de ‘instituto de participação popular’, mas também existem outros frequentemente utilizados para operacionalizar a participação social no Brasil, como: audiências públicas, consultas públicas, fóruns temáticos, comissões, comitês, concessões, convênios, parcerias, referendos, Parcerias Público-Privadas (PPP), delegação de competências a ONGs e experiências de orçamento participativo (PEREZ, 2009; VIOLIN, 2010; PAES DE PAULA, 2012).

Embora Wilson (2000) afirme que a participação social esteja mais amadurecida nas fases de formulação e avaliação das políticas, Perez (2009 p. 225) aponta institutos de participação popular na implementação, como: “as comissões de usuários, a atuação de organizações sociais ou entidades de utilidade pública, e até mesmo a recente expansão da concessão de serviços públicos”. Segundo Violin (2010), esses institutos de participação se referem a um novo modelo de Estado, não mais fundamentado na ideia do governo enquanto único executor das atividades públicas.

Nesse sentido, se procura compreender por meio dessa pesquisa de tese, como se daria outra forma de participação social na implementação, ajustada a esse novo modelo de Estado. Essa outra forma de participação social na implementação é definida por Whitaker (1980), Parks *et al.* (1981), Ostrom (1996) e Alford (1998) como **coprodução** (*co-production*) – em que produtores regulares e usuários trabalham cooperativamente para a provisão de serviços públicos.

De acordo com Alford (1998), essa forma de participação requer uma noção mais complexa de cidadania, não baseada apenas em votar, exercer direitos ou tomar parte em deliberações públicas, mas também em auxiliar na produção dos serviços públicos. Segundo Arnstein (1969), a participação cidadã no governo é teoricamente a “pedra fundamental” da democracia, uma vez que essa participação se torna uma forma de empoderamento de grupos muitas vezes marginalizados do processo político, mas que podem influenciar realmente em seus resultados.

Dentre as formas de participação na implementação, como já apontado, nessa pesquisa foi adotada a literatura de coprodução como base teórica. Essa escolha foi motivada pela percepção de uma diferença fundamental em relação ao fornecimento de serviços públicos via ONGs ou concessões, pois na coprodução o usuário representa um papel ativo, não sendo apenas um “recipiente” onde as políticas são aplicadas (WHITAKER, 1980; OSTROM, 1996; ALFORD, 1998; BOVAIRD, 2007), se enquadrando dentro daquilo que King, Feltey e Susel (1998 p. 320) definem como “participação autêntica”. Para os autores, a

participação será autêntica na medida em que os cidadãos forem capazes de atuar diretamente sobre a situação problema, o que requer uma redefinição no relacionamento entre administradores e cidadãos (KING; FELTEY; SUSEL, 1998).

Nesse sentido, DeLeon e DeLeon (2002) afirmam que a implementação será democraticamente orientada quando houver o envolvimento popular direto ou indireto, contudo, sugerem que formas mais diretas de implementação deveriam ser preferidas. Segundo DeLeon (1999), uma orientação democrática fornece um suporte muito melhor para a entrega de serviços públicos. Percebe-se que, devido ao papel ativo do usuário⁶ e sua capacidade de atuar diretamente sobre a situação problema (participação autêntica), a coprodução pode estar mais alinhada do que outras abordagens (relacionadas à transferência de funções estatais para a sociedade), no que se refere a uma alternativa para a renovação dos estudos sobre implementação.

Vale a pena lembrar que, embora tanto a perspectiva *top-down* quanto *bottom-up* apresentadas possam envolver participação social, segundo DeLeon e DeLeon (2002) a perspectiva *top-down* é menos democraticamente orientada do que a perspectiva *bottom-up*. Quanto mais *top-down* é uma política pública, gradativamente há um afastamento dos cidadãos em relação à situação problema que enfrentam. Embora concordem com DeLeon e DeLeon, Ham e Hill (1993 p. 151) consideram que na perspectiva *bottom-up* inclusive, há possibilidade dos *street-level bureaucrats* (burocratas de rua, tradução livre) interferirem negativamente na implementação, quando “o resultado pode facilmente ser não a responsabilidade para o público, mas a dominação política por funcionários e profissionais”.

Isso vai ao encontro do que King, Feltey e Susel (1998) afirmam, onde ‘administradores’ e ‘processos administrativos’ se intrometem entre o ‘cidadão’ e a ‘situação problema’ (Figura 2), diminuindo a capacidade de estes cidadãos agirem ativamente sobre as questões de seu interesse. Segundo os autores, quanto maior o afastamento entre cidadãos e situação problema, menos autêntica será a participação.

⁶ Vale a pena ressaltar que Ostrom (1996) critica a utilização do termo ‘clientes’, pois indica passividade por parte dos indivíduos. Embora se esteja utilizando o termo ‘usuários’, esse ainda não se mostra totalmente satisfatório, por motivos que serão apontados mais adiante.

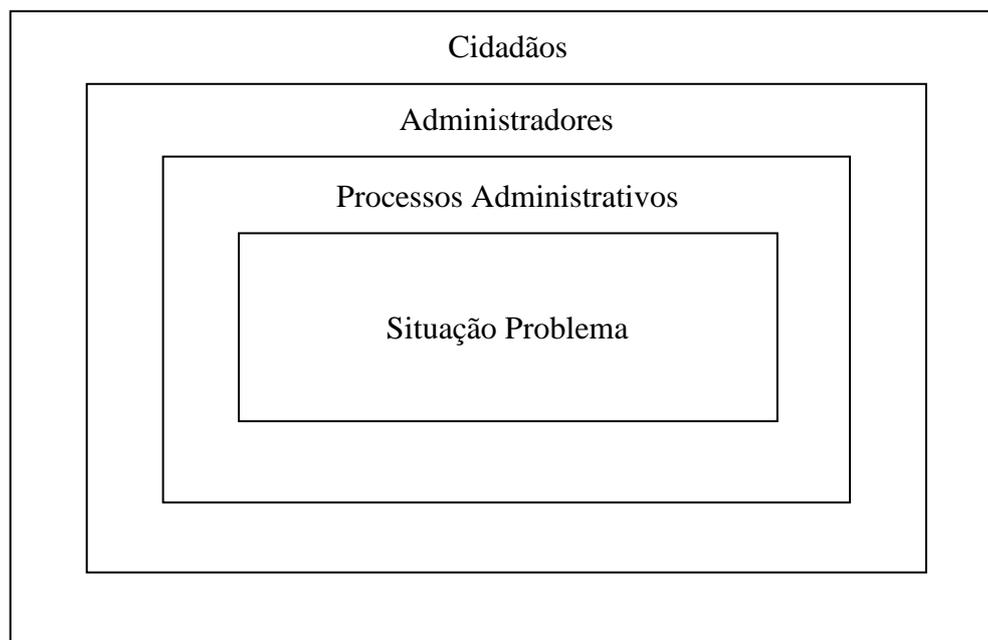


Figura 2 - Contexto de participação convencional

Fonte: Traduzido de King, Feltey e Susel (1998).

A chamada para renovação nos estudos de implementação representa uma tentativa para solucionar “velhos problemas”, que segundo Barrett (2004), afetam a probabilidade de sucesso na entrega dos serviços públicos. Sobre essa renovação, Denhardt e Denhardt (2000) e Paes de Paula (2012) afirmam que atualmente a administração pública vive um momento de revolução, em que ao invés de controlar burocracias e entregar serviços, os governos estão adotando posturas mais “administrativas” ou gerenciais – provenientes do movimento do *New Public Management*. Contudo, os autores consideram tanto a perspectiva ‘burocrática’ quanto a ‘administrativa’ como falhas, pois não conseguem servir e empoderar os cidadãos da mesma forma com que gerenciam e implementam políticas – uma dificuldade que Paes de Paula (2012) definiu como “sociopolítica”.

Em outras palavras, os autores argumentam que a ênfase não deveria ser colocada sobre gerenciar (administrativa) ou remar (burocrática) o “barco governamental”, mas em construir instituições públicas marcadas pela integridade e responsividade. Denhardt e Denhardt (2000) denominam como *New Public Service* (Novo Serviço Público) essa nova alternativa de modo de ação que insere o cidadão no centro da política. Para Bier *et al.* (2010 p. 586), “o modelo do novo serviço público está estreitamente vinculado ao conceito de coprodução de bens e serviços públicos, entendido como uma estratégia para a sua implementação”. Ribeiro, Andion e Burigo (2015) indicam que dependendo do posicionamento adotado pelo governo, esse pode observar a coprodução apenas pelo ponto de

vista administrativo, no entanto, segundo os autores, há a necessidade de se repensar a coprodução enquanto uma tentativa de empoderar e envolver os indivíduos nos rumos de política pública.

Nesse sentido, embora se aponte a coprodução como uma alternativa viável para a inclusão dos usuários nos processos de políticas públicas, nem sempre essa inclusão se mostrará democrática ou voltada a um novo modelo de Estado fundamentado nos ideais do *New Public Service*. Cabe ressaltar que coprodução é um conceito amplo e passível de ser utilizado também de acordo com os princípios do *New Public Management*, se orientado por ideais como eficiência, a exemplo do disposto por Ribeiro, Andion e Burigo (2015).

Fica claro que no *New Public Management* há uma orientação governista, de encontrar os melhores meios disponíveis para o cumprimento dos objetivos de políticas públicas. Já no *New Public Service* há uma orientação voltada ao movimento articulado da sociedade civil sobre os processos de políticas públicas, visando uma maior autonomia e empoderamento da sociedade dentro da esfera pública.

É evidente, em tratar sobre estudos de participação envolvendo uma sociedade ativa, que esses estudos estejam restritos a poucos locais distribuídos em território nacional, onde uma herança histórica-cultural comum forma o tecido social onde as relações se desenvolvem em prol do bem público. Nesses locais, os estudos já partem da **premissa** de uma sociedade politicamente articulada (SALM; MENEGASSO, 2009). É a outra parcela de território (desprovida dessa trajetória social favorável) que inspirou o interesse no tema desta pesquisa, entendendo-se a conveniência de verificar em bases empíricas, as condições que propiciam a coprodução e um envolvimento mais ativo dos cidadãos nos assuntos públicos.

Aliás, Midlej e Silva (2013) indica que a adoção de um viés mais participativo irá requerer a construção de uma nova forma de administração pública, modificando sua estrutura e o relacionamento com agentes e administrados. Bovaird (2007) argumenta que concepções tradicionais sobre planejamento e gerenciamento de serviços públicos estão desatualizadas, necessitando serem revistas de forma que incluam a coprodução⁷ como mecanismo integrador e incentivador para a mobilização de recursos.

Segundo Alford (1998), a abordagem de coprodução desafia o entendimento tradicional de como as agências de governo executam a entrega de serviços. Coprodução

⁷ De acordo com Bovaird (2007), o potencial da abordagem de coprodução ainda continua sendo muito subestimado.

significa reconceber o papel do governo, não apenas em fornecer serviços e aplicar sanções legais, mas também em influenciar os usuários a se engajar nas atividades. Tanto Alford (1998) quanto Denhardt (2012) argumentam que o crescente apelo a ideias como ‘capital social’ e ‘comunitarismo’ indica que as pessoas estão procurando novas formas de repensar o papel do governo.

Em suma, três tipos de orientações gerais para a ação do Estado puderam ser observados na revisão da literatura: (i) o ‘burocrático’, em que o governo utiliza sua estrutura para efetuar a entrega de serviços; (ii) o ‘gerencial’, em que o governo adota uma postura mais administrativa (*New Public Management*); e (iii) o ‘societal’⁸, em que o governo coloca o cidadão no centro da política, significando que por meio de sua participação ativa, de forma realmente democrática, realiza a cogestão e coprodução os bens e serviços públicos de seu interesse (*New Public Service*).

Mas será que dentre estes tipos haveria um mais adequado quando se trata da implementação de políticas públicas? A revisão da literatura sugere que não. Barrett (2004) é bastante feliz em utilizar o termo “estratégia” ao tratar das abordagens que lidam com os problemas de implementação, pois é disso que se trata – estratégia. Nesta linha, Secchi (2009) constata que nunca um único modelo de ação está atuante nas organizações, o que se observa normalmente é a predominância por um deles, mas todos estão presentes em maior ou menor grau. Desta forma, é preciso conhecer as condições em que se desenrolam as políticas e as características do problema que se está enfrentando, para que assim, se possa buscar dentro das alternativas disponíveis o melhor caminho para solucionar essas dificuldades.

Os caminhos mais conhecidos para solução de problemas na literatura de implementação, se associam às já mencionadas perspectivas *top-down* e *bottom-up* (HAM; HILL, 1993). Essa literatura até recentemente, tem se dedicado em discutir quais destas duas perspectivas é a melhor para entender a produção e entrega de serviços públicos. No entanto, O’Toole Júnior (2000) considera essa discussão estéril, pois é reconhecida a importância de ambas as perspectivas para uma adequada compreensão disso.

Cada perspectiva em suas especificidades apresenta seu valor (MATLAND, 1995). Suas diferenças básicas são que, enquanto uma, a *top-down*, privilegia a hierarquia e a autoridade, a outra, a *bottom-up*, privilegia a flexibilidade e autonomia; enquanto na primeira

⁸ O termo ‘administração pública societal’ é cunhado por Paes de Paula (2012) para designar as iniciativas voltadas ao fortalecimento dos espaços públicos e à inclusão democrática dos cidadãos nessa dinâmica.

a ênfase é dada às decisões dos formuladores da política do governo central, na segunda focam as decisões tomadas pelos implementadores nos níveis subnacionais, dentre outras particularidades (MATLAND, 1995; BARRETT, 2004). Nesta tese considera-se que, da mesma forma que é infértil a discussão entre as perspectivas *top-down* e *bottom-up*, discutir qual a melhor dentre as formas de implementação envolvendo participação da sociedade também se mostra pouco produtivo.

Importante salientar que a coprodução não é, enquanto uma possível representante da orientação “societal”, a solução para todos os problemas envolvendo a implementação de políticas públicas. O ponto relevante a ser discutido nesta tese é a possibilidade de estabelecimento de uma base teórica mais consistente para a abordagem de coprodução, visando sua inclusão enquanto uma estratégia viável para implementação de políticas públicas sob condições específicas.

Exemplos de políticas onde a abordagem de coprodução poderia se encaixar são: (i) construção de moradias, em que os beneficiários participariam ativamente da construção de suas residências (KLEIN JUNIOR *et al.*, 2012); (ii) ações de conscientização quanto ao uso de preservativos ou cinto de segurança, o que Jardim e Schall (2009) tratam como “proficiência de comportamentos”; (iii) coleta seletiva, tendo em vista que a separação dos materiais à montante pelos consumidores facilitaria o processo de reaproveitamento dos resíduos; (iv) combate ao dengue, onde cada morador poderia evitar o acúmulo de água parada em sua residência, que é o principal método para evitar a reprodução do vetor (objeto dessa pesquisa).

Entretanto, como será demonstrado na próxima seção envolvendo o marco teórico de coprodução, percebe-se que os diversos autores que tratam da coprodução de serviços públicos focalizam em elementos pontuais e frequentemente distintos, sem a preocupação de tentar traçar uma base conceitual mais robusta e integrada para a abordagem – que poderia torná-la aplicável e replicável em situações práticas. Entende-se que essa sustentação teórica mais robusta e integrada poderia ser facilitada através da compreensão da dinâmica do processo de implementação via coprodução, onde seriam integrados a esse processo os múltiplos conceitos identificados na literatura.

2.2 Coprodução de serviços públicos

Nos últimos anos têm ocorrido uma radical reinterpretação sobre o modo com que políticas são formadas e entregues aos usuários. A elaboração não é mais tratada como um processo puramente *top-down*, mas produto da negociação entre os participantes dos sistemas políticos. Da mesma forma, na implementação os serviços não são mais entregues unicamente por profissionais e *staff* de agências governamentais, mas coproduzidos por usuários e comunidades (BOVAIRD, 2007; VERSCHUERE; BRANDSEN; PESTOFF, 2012). Exemplo de coprodução é o do sistema brasileiro de distribuição de água, onde o governo forneceu as linhas de transmissão para as quadras residenciais e os usuários foram os responsáveis pela ligação e manutenção das linhas até suas residências, o que reduziu os custos de implementação em 25 por cento (OSTROM, 1996).

Para apresentar esta seção, a mesma está dividida em quatro subseções: na primeira são apresentados os diferentes tipos de participantes das ações de coprodução; na segunda são apresentadas as motivações dos participantes das ações de coprodução; na terceira são apresentadas as motivações (condições) para o governo se engajar em ações de coprodução; por fim, na quarta são apresentados os diferentes papéis que o governo pode atuar na relação de coprodução.

2.2.1 Participantes da coprodução

Antes de iniciar a discussão sobre coprodução em si, faz-se necessário tratar de uma dificuldade sentida durante a elaboração desta pesquisa de tese: como conceituar e denominar os eventuais coprodutores presentes no processo de implementação. Parks *et al.* (1981) apontam que conforme a sociedade vai se tornando cada vez mais complexa, a divisão de trabalho se mostra algo comum. Desta forma, para os autores, aqueles indivíduos ou organizações que atuam dentro de sua função societal na entrega de serviços públicos serão considerados ‘produtores regulares’ dos serviços que oferecem, enquanto os ‘usuários’ serão considerados aqueles indivíduos ou organizações que consomem esses serviços.

Segundo Ostrom (1996), todos os bens e serviços públicos são potencialmente produzidos por produtores regulares e por aqueles frequentemente tratados como usuários. De acordo com a autora, a posição de produtores regulares é normalmente ocupada por agências governamentais. No entanto, a revisão da literatura revela que não há um único termo definido para tratar de quem ocupa a posição de usuários. Dependendo do autor, ‘usuários’

podem ser tratados como clientes, consumidores regulares, coparticipes ou cidadãos. Adiciona-se a essa confusão de termos, a presença de voluntários que também podem atuar na entrega de serviços públicos.

Alford (2002) lança algumas observações que ajudam a distinguir melhor alguns destes conceitos, principalmente entre clientes, cidadãos e voluntários. Para o autor, clientes são aqueles que recebem *private value* pelos serviços prestados por agências, fornecendo *inputs* complementarmente aos esforços de produtores regulares. Por outro lado, voluntários não recebem qualquer benefício dos serviços, fornecendo *inputs* de forma voluntária por meio de organizações (ALFORD, 2002). Assim, pode-se afirmar que tanto voluntários quanto clientes são coparticipes (pois fornecem *inputs*), mas enquanto os primeiros agem de forma desinteressada, os últimos buscam seu autointeresse.

Na literatura observa-se ainda, o uso indistinto dos termos ‘clientes’, ‘consumidores’ e ‘usuários’ para tratar dos indivíduos autointeressados que recebem os serviços, sem que seja dada maior atenção às possíveis diferenças em seus significados. Um exemplo são os termos ‘clientes’ e ‘consumidores’, frequentemente utilizados na iniciativa privada para indicar os indivíduos que compram e consomem produtos e serviços das empresas, o que pode vir a causar certa confusão ou desconforto no setor público. Em se tratar de coparticipação, há problemas também com usar o termo “usuário”, que na prática tampouco transmite a ideia da ação de coparticipação. Muito ao contrário, pelo termo se subentende uma postura mais passiva por parte dos indivíduos.

Outra categoria de indivíduos frequentemente confundida com a de ‘usuários’ é a de ‘cidadãos’, que diferentemente dos primeiros, fazem parte do coletivo e expressam suas aspirações por meio do voto ou outros mecanismos de participação política, que compõem o processo democrático (ALFORD, 2002). A figura dos cidadãos segundo o autor parece estar mais vinculada à influência destes indivíduos sobre o processo de elaboração das políticas do que propriamente em sua execução prática.

Como, então, chamar esses indivíduos? Entende-se que termos mais adequados a esses indivíduos seriam ‘produtores-usuários’, ‘produtores sociais’ ou ‘produtores não-regulares’. No momento, não foi possível chegar a alguma conclusão definitiva sobre isso, assim, será utilizado o termo ‘produtores-usuários’ nesta tese para descrever essa categoria de indivíduos. No entanto ficam evidentes as dificuldades semânticas com as nomenclaturas atuais, e aponta-se a necessidade e a perspectiva de que, os resultados da pesquisa auxiliem na definição de termos mais adequados a esses conceitos.

Essas definições são necessárias para esclarecer de quem exatamente está se tratando, assim como do que motiva cada um destes participantes à ação, sendo esse último tópico, alvo de discussão na próxima subseção.

2.2.2 Motivações à coprodução dos participantes

Alford (2002) afirma que dentre as categorias usuários, cidadãos e voluntários, a que menos gerou estudos sobre motivações à ação foi a categoria de ‘usuários’. O autor afirma que pouco se sabe sobre o que motiva esses indivíduos, e propõe assim, cinco grupos de motivadores para os usuários: sanções, recompensas materiais, recompensas intrínsecas, incentivos solidários e valores expressivos. Para o autor, sanções e recompensas materiais são inefetivas em provocar o requisito de contribuição dos usuários, por outro lado, usuários são melhor motivados por incentivos não materiais.

Jakobsen (2013) apresenta uma visão alternativa para explicar o que leva os usuários a se engajarem em atividades de coprodução. Segundo o autor, os usuários tendem a coproduzir pelo menos enquanto forem altamente dependentes do serviço público que a atividade de coprodução os fornece. Assim, identificar os serviços de que os usuários são dependentes constitui-se como importante tarefa para que estes aceitem participar da dinâmica de implementação. Segundo Jakobsen (2013), futuras pesquisas deveriam se aprofundar na compreensão dos mecanismos psicológicos que expliquem a coprodução pelos usuários.

Embora não fosse o objetivo de Brudney e England (1983) mapear as motivações dos usuários envolvidos em atividades de coprodução, os autores foram capazes de identificar três tipos de coprodução relacionados com a natureza de seus benefícios: coprodução individual, coprodução grupal e coprodução coletiva. Na coprodução individual, o usuário participa da produção do bem ou serviço que usufrui; na grupal, o conjunto de indivíduos melhora a qualidade dos serviços prestados àquele grupo; e na coletiva, os benefícios são usufruídos por toda a comunidade, a partir da cooperação contínua entre usuários e produtores regulares.

Por sua parte, Ostrom (1996) afirma ser fundamental que tanto produtores regulares e usuários se sintam motivados a trabalharem efetivamente em atividades de coprodução. Mas, conforme exposto, observa-se que nem sempre os incentivos existentes são capazes de motivar os usuários. Alford (2002) afirma que além de fornecer serviços e aplicar sanções legais, é dever das agências encorajar os usuários a se engajarem nas atividades de coprodução.

Mas, o que encoraja o governo a se engajar em atividades de coprodução com os produtores-usuários? Da mesma forma, em quais as condições o governo acredita ser interessante coproduzir o serviço público? Na próxima subseção serão abordadas algumas condições (motivações ao governo) para a escolha da implementação via abordagem de coprodução.

2.2.3 Motivações à coprodução pelo governo

Embora nenhuma obra anterior tenha tratado do assunto desta maneira, nesta pesquisa de tese as motivações à coprodução pelo governo são conceituadas como ‘condições’, que orientam sua escolha pela implementação via abordagem de coprodução, a saber: condição normativa, condição técnica e condição econômica. Embora não tenha tratado como ‘condições’, Parks *et al.* (1981 p. 1002) reconhecem que a “coprodução, se ocorrer, ocorre como resultado de influências tecnológicas⁹, econômicas e institucionais”.

O que se trata aqui como condições normativas é apresentado por Bifulco e Ladd (2006) como “arranjos institucionais”¹⁰, isto é, sistemas de regras que fornecem oportunidades e incentivos para a participação dos usuários. Para Lam (1996), esses sistemas de regras devem estabelecer quais são os incentivos e as atribuições individuais dos participantes, assim como regular o abuso de autoridade nos relacionamentos. Ainda, Lam (1996) afirma que algumas dessas regras são formais, no sentido que são criadas e executadas pela autoridade governamental enquanto outras são consideradas informais, pois são mantidas por ações particulares dos indivíduos.

No entanto, Ostrom (1996) alerta que projetar arranjos institucionais (condições normativas) de forma que induzam estratégias coprodutivas é muito mais difícil que demonstrar simplesmente sua existência teórica. Parks *et al.* (1981) esclarecem em que situações os arranjos institucionais podem afetar negativamente a probabilidade de coprodução, quando: (1) barram ou limitam o uso de *inputs* em particular; (2) falham em fornecer incentivos suficientes para a utilização de *inputs* específicos; (3) obrigam a utilização

⁹ Dado ao sentido estabelecido em seu texto, Parks *et al.* (1981) tratam influências ‘tecnológicas’ e ‘técnicas’ como sinônimos.

¹⁰ Não se deve confundir os arranjos institucionais enquanto sistemas de regras, com os arranjos institucionais apresentados por O’Toole Júnior (2000) no início desta pesquisa de tese. Os arranjos institucionais citados por O’Toole Júnior se referem às diferentes combinações de atores que se organizam visando a implementação das políticas.

de *inputs* em particular; (4) suscitam comportamentos coprodutivos que são economicamente inviáveis.

Essa questão à utilização de *inputs* em particular e de como esses devem ser economicamente viáveis ao governo, aliás, indica como as condições normativas estão relacionadas às condições técnicas e econômicas. Assim, além dos arranjos institucionais (condições normativas), existem algumas “considerações institucionais” (condições técnicas e econômicas) que incidem sobre os esforços produtivos de produtores regulares e usuários (PARKS *et al.*, 1981). Enquanto os arranjos institucionais se referem aos sistemas de regras que estabelecem as oportunidades e incentivos à coprodução, as considerações institucionais determinam se o *mix* (mistura ou equilíbrio, tradução livre) de esforços é apropriado, isto é, se apresentam ‘capacidade técnica’ (condição técnica) e ‘viabilidade econômica’ (condição econômica) que possibilitam a relação de coprodução (PARKS *et al.*, 1981).

Embora a literatura sobre coprodução mantenha separado esses termos (arranjos e considerações institucionais), fica evidente que algumas vezes os sistemas de regras podem tornar uma relação de coprodução economicamente inviável, enquanto outras vezes, os sistemas de regras precisam se adaptar aos recursos técnicos disponíveis para a produção de serviços (principalmente quando se trata do setor público). Observa-se, contudo, que tanto os arranjos quanto as considerações institucionais tratados na literatura são essenciais para incentivar o estabelecimento e manutenção de relacionamentos coprodutivos. Desta maneira, se justifica a abordagem dada na tese, em relação às condições técnicas, econômicas e normativas para o estabelecimento de ações de implementação via coprodução.

As condições técnicas, tratadas por Parks *et al.* (1981) como ‘capacidade técnica’, existem quando a quantidade de *outputs* obtidos na relação de coprodução é uma função dos *inputs* de produtores regulares e usuários. No caso da condição econômica, apresentada pelos autores como ‘viabilidade econômica’, se refere à medida de eficiência na relação de coprodução entre produtores regulares e produtores-usuários. Isso é, que dentre as alternativas de ação para o governo implementar uma política, a coprodução com os produtores-usuários se configure como a mais barata (mais eficiente) dessas alternativas.

O exemplo apresentado por Ostrom (1996) sobre o sistema brasileiro de distribuição de água, mencionado no início desta seção de coprodução, é um exemplo em que estão presentes condições técnicas e econômicas favoráveis. O *mix* de esforços mais viável para o fornecimento do serviço foi aquele em que estavam presentes *inputs* advindos de produtores e

usuários (capacidade técnica), que proporcionaram a redução dos custos de produção em 25 por cento (viabilidade econômica).

No que se refere às condições técnicas (capacidade técnica), elas existem quando: (1) os *inputs* de produtores e usuários são substitutos entre si; e (2) os *inputs* são interdependentes, onde sem a presença de ambos (produtores e usuários), nenhum *output* pode ser obtido (PARKS *et al.*, 1981). De acordo com Ostrom (1996), quando os *inputs* são substituíveis, nenhum potencial para coprodução existe; no entanto, quando *inputs* são complementares, melhores *outputs* podem ser produzidos. Segundo Alford (1998, 2002), na coprodução os *inputs* devem ser complementares, onde há uma relação de interdependência entre produtores regulares e produtores-usuários, em que os propósitos do primeiro não podem ser atingidos sem que os últimos contribuam com seu tempo e esforço.

Contudo, a coprodução não pode ser em qualquer caso garantida, mesmo que os *outputs* sejam complementarmente produzidos pelos *inputs* de produtores regulares e produtores-usuários (condição técnica). Neste caso, a ‘viabilidade econômica’ (condição econômica) se apresenta como um elemento fundamental a ser considerado. A condição econômica será cumprida quando o *output* da ação de coprodução for resultado da alocação mínima de recursos, isso é, que dentre as alternativas de ação para o governo, a coprodução com usuários se mostrar como a opção em que haverá a menor necessidade de *inputs* governamentais.

Parks *et al.* (1981) e Ostrom (1996) indicam duas situações em que a condição econômica não consegue ser cumprida, não permitindo assim, a coprodução: (1) os produtores regulares podem sentir que os custos de oportunidade são baixos e desejar fornecer os serviços com seus próprios recursos; ou (2) os usuários podem sentir que os custos de oportunidade excedem os salários dos produtores regulares e desejar que estes forneçam todos os serviços isoladamente (PARKS *et al.*, 1981; OSTROM, 1996).

No entanto, Lam (1996) enfatiza que organizações locais atuando isoladamente não é a solução para todos os problemas. A administração de assuntos públicos muitas vezes envolve complexas tarefas com que os cidadãos em geral não têm capacidade ou recursos para lidar. Da mesma forma, o fornecimento de serviços apenas por agências governamentais vêm sendo seriamente desafiado.

Nesta linha será apresentado o assunto da próxima subseção, do posicionamento adotado pelo governo para apoiar e incentivar iniciativas coprodutivas.

2.2.4 Papel do governo na coprodução

Conforme exposto, o ponto fundamental da coprodução é sua capacidade de incluir os usuários na produção de diversos serviços públicos por meio de sua participação direta, onde produzem a transformação desejada conjuntamente com os agentes públicos (WHITAKER, 1980; MARSCHALL, 2004; BOVAIRD, 2007). Isso não é de qualquer forma uma tarefa fácil. Segundo Klein Júnior *et al.* (2012) é um desafio incluir os usuários na implementação de políticas públicas como coparticipes.

Para Ostrom (1996), coprodução implica que usuários podem ter um papel ativo na produção de bens e serviços públicos. Segundo Whitaker (1980), Alford (1998, 2002) e Marschall (2004), alguns serviços públicos necessitam do envolvimento ativo do público geral para sua execução, especialmente dos beneficiários diretos. Nesta perspectiva de coprodução, Alford (1998) acrescenta que os usuários não são tratados apenas como “recipientes” onde as políticas são executadas, tal qual ocorre normalmente em outras abordagens de implementação.

Se reconhecida pelo governo a necessidade de coprodução pelos usuários, então a função dos agentes governamentais será mais voltada para a indução dos usuários para a coprodução (ALFORD, 1998). A indução é normalmente realizada pelo governo, que encoraja a participação dos usuários das seguintes formas: a) como líder, apresentando ideias e promovendo as atividades; b) como árbitro, regulando a relação de reciprocidade entre produtores e usuários; c) como financiador, fornecendo recursos financeiros para os projetos (LAM, 1996).

De acordo com Alford (1998), para encorajar usuários a contribuir com seu tempo e esforços, administradores e seu *staff* não devem exercer autoridade direta, mas sim influência indireta. Coprodução sugere um entendimento mais amplo do papel do governo, não apenas de produtor, regulador ou provedor de subsídios, mas também um catalisador dos esforços de indivíduos e grupos (ALFORD, 1998).

Os agentes governamentais podem encorajar, ilustrar técnicas e fornecer orientações, mas não conseguem sozinhos realizar a mudança. Assim, ao invés desses agentes apresentarem o “produto final” aos usuários, ambas as partes produzem juntas a transformação desejada (WHITAKER, 1980). Para King, Feltey e Susel (1998), os usuários precisam ser incluídos logo no princípio do processo, pois a apresentação de uma agenda

pronta de ações normalmente não funciona bem com esses indivíduos. Nesse sentido, Ostrom (1996) afirma que o ponto-chave para o sucesso da implementação do sistema de distribuição de água brasileiro foi a inserção dos moradores ainda na fase de planejamento das ações que seriam realizadas.

Os autores criticam a forma com que é normalmente realizada a interação entre usuários e produtores de serviços, pois a comunicação aparenta ser mais uma forma de convencer a população do que um meio de estabelecer diálogo entre as partes (OSTROM, 1996; KING; FELTEY; SUSEL, 1998). Neste caso, a coprodução não influencia apenas na implementação, mas também na formulação da agenda que originam as políticas. Pensar na abordagem de coprodução para a implementação de políticas públicas, aliás, deixa muito evidente como a divisão da política em fases é artificial, como alerta Frey (2000) e Ham e Hill (1993).

Em sua obra, Bovaird (2007) sugere que esse relacionamento entre profissionais e usuários para atividades de coprodução seja desenvolvido de forma que ambas as partes assumam riscos. Por assumir riscos, entende-se que os usuários precisam confiar nas sugestões e no suporte dos profissionais, assim como os profissionais precisam estar preparados para confiar nas decisões e comportamentos dos usuários, ao invés de ditar decisões e comportamentos (BOVAIRD, 2007).

Para Whitaker (1980), três formas de coprodução podem surgir desta relação envolvendo produtores e usuários: (1) usuários pedindo auxílio a produtores, em que o entendimento das demandas leva a reformulação dos procedimentos administrativos (*e.g.* indivíduos que procuram atendimento médico em postos de saúde); (2) usuários fornecendo assistência aos produtores, que embora não sejam os beneficiários diretos, também influenciam na execução das políticas (*e.g.* pais auxiliando complementarmente na educação dos filhos); (3) usuários e produtores que interagem para se ajustarem às expectativas mútuas e estabelecer comum entendimento do problema e as atribuições de cada participante, onde esses ajustamentos pretendem modificar o comportamento dos indivíduos (*e.g.* professores e alunos entrando em comum entendimento sobre expectativas com relação aos conteúdos que consideram importantes, para talvez assim melhorar o interesse da turma).

Com relação à primeira forma de coprodução, é preciso tomar algumas precauções, pois da forma como é colocado, subentende-se que qualquer atividade desenvolvida pelo setor público se configuraria como coprodução. Na verdade, o que Whitaker (1980) estabelece é que, se as atividades requeridas pelo demandante (no caso o usuário) estiverem fora dos

procedimentos burocráticos formais estabelecidos pela administração, e se o surgimento dessa demanda resultar na alteração dos processos estabelecidos, então poderá ser considerada como uma forma de coprodução.

Embora os tipos de coprodução apresentados aparentem ser triviais, Ostrom (1996) afirma que a produção do serviço público é dificultada sem a participação ativa de quem supostamente deveria recebê-lo. Para a autora, se estudantes não estiverem engajados em sua própria educação apoiada por seus pais, há pouco que os professores possam realmente fazer. Da mesma forma, se a população não reportar eventos suspeitos, policiais não podem evitar crimes.

As formas de relacionamento descritas não se resumem necessariamente a um único produtor (no caso, o governo) e usuários, mas envolvem normalmente segundo Bovaird (2007), múltiplos relacionamentos entre usuários e *stakeholders*. Importante ressaltar que Bovaird não define claramente quem seriam esses *stakeholders*, no entanto, indícios seguem em direção ao conjunto de produtores regulares engajados nas atividades de coprodução. Para o autor, tanto as atividades de coprodução podem conter um número elevado de usuários, quanto um usuário pode estar engajado em atividades de coprodução com vários produtores (*e.g.* um paciente de acidente de carro pode coproduzir com médicos, fisioterapeutas, nutricionistas *etc.*).

Outro exemplo poderia vir do combate a endemias, como do mosquito do dengue, onde vários usuários aceitariam a função de controlar o acúmulo de água parada em suas residências. Estes usuários estariam diretamente ligados à uma série de produtores regulares que teriam funções de acordo com suas especialidades, como conscientização para campanhas de mobilização popular ou aplicação de veneno para a prevenção da procriação do mosquito, entre outras. Ostrom (1996) trata esses múltiplos espaços de participação como ‘policêntricos’ (desconcentrados de um único agente), que oferecem aos usuários a oportunidade de participar de mais de um espaço de decisão. Ostrom afirma ainda, que cada espaço do sistema policêntrico tem a capacidade de aplicar regras em áreas específicas da política.

Para Bovaird (2007), coprodução não é de qualquer forma uma panaceia. Segundo o autor, problemas surgem, incluindo: conflitos de valores entre os participantes, incentivos incompatíveis para diferentes coprodutores, divisões obscuras de responsabilidades, presença de *free-riders*, e exaustão de usuários e comunidades. Bier *et al.* (2010) consideram natural existirem diferenças de interesses entre os participantes durante a produção de serviços públicos. De acordo com Bovaird (2007), estes problemas têm potencial para minar os

benefícios da coprodução, entretanto mecanismos de governança podem ajudar com estes problemas. Embora o autor não deixe claro quais mecanismos de governança seriam estes, a função destes mecanismos seria não permitir a diminuição da *accountability* pública, ou que se obscureçam os limites entre público e privado.

Ainda que apresente todas essas dificuldades, a ideia de usuários como coprodutores tem recebido interesse contínuo pela literatura (PARKS *et al.*, 1981), embora ainda seja ferramenta subutilizada e subestimada em muitas políticas públicas (BOVAIRD, 2007; MARSCHALL, 2004). Talvez a relevância do referencial sobre coprodução esteja principalmente **em tornar tangível a participação social na implementação**, participação essa que poderia resultar em benefícios individuais e coletivos para a população (MARSCHALL, 2004).

No próximo capítulo serão apresentados os procedimentos metodológicos utilizados visando a operacionalizar o objetivo geral da pesquisa.

3. METODOLOGIA

Para operacionalizar o objetivo geral da pesquisa de tese de “**propor em bases teórico-empíricas um modelo conceitual de um processo de implementação via coprodução**”, é preciso, inicialmente, indicar os procedimentos metodológicos necessários ao cumprimento de tal objetivo. A pesquisa, de acordo com seu objetivo geral estabelecido, apresenta duas finalidades: de caráter **exploratório** e **descritivo**. O caráter descritivo é elucidado, como o próprio termo indica, pela **compreensão da dinâmica de implementação de políticas públicas via abordagem de coprodução**. Segundo Gil (2009), a pesquisa descritiva é aquela cujo objetivo visa descrever a realidade sobre determinado fenômeno ou população em estudo.

O caráter exploratório se justifica pelo fato de a coprodução ser um conceito ainda subestimado e pouco utilizado para a implementação das políticas (MARSCHALL, 2004; BOVAIRD, 2007), e que, dentre as tentativas para seu melhor aproveitamento, nenhuma foi capaz de apresentar uma análise geral e sistematizada sobre o assunto. Gerring (2004) afirma que estudos de caso apresentam uma vantagem natural para estudos de natureza exploratória. De acordo com Creswell (2010), quando se trata de assuntos relativamente novos ou pouco estudados, se indica a pesquisa exploratória como meio para conhecer melhor o objeto de estudo, bem como suas variáveis particulares.

Assim, nesse capítulo estão presentes: a estratégia de investigação que orientou a pesquisa, os instrumentos de coleta de dados utilizados, as técnicas para a análise dos dados coletados e algumas limitações metodológicas pertinentes.

3.1 Estratégia de investigação

A estratégia de investigação adotada foi o **estudo de casos múltiplos** através de uma lógica **indutiva**. Eisenhardt (1989) indica a utilização de estudos de caso de maneira indutiva para a construção de novas teorias, principalmente em áreas em desenvolvimento. A mecânica do método é orientada para a obtenção de considerações generalizáveis para constituição de modelos teóricos, a partir da replicação dos resultados encontrados nos múltiplos casos estudados, em uma análise transcaso (*cross-case*) (YIN, 2010).

Gerring (2004) define os estudos de caso como a pesquisa em profundidade de uma unidade em particular, mas capaz de elucidar as características de um conjunto maior de fenômenos. Os estudos de caso se tornam uma estratégia de investigação apropriada quando o

objetivo de pesquisa prevê captar a complexidade de múltiplos elementos da realidade (GRAHAM, 2010). Para Yin (2010), os estudos de caso serão apropriados quando os objetivos de pesquisa forem orientados no sentido de entender algum fenômeno social em profundidade, permitindo a compreensão de importantes condições contextuais.

De acordo com Gerring (2004) e Yin (2010), os estudos de caso múltiplos seguem a estrutura metodológica do estudo de caso único, mas apresentam vantagens e desvantagens em relação ao primeiro. As evidências decorrentes de estudos de caso múltiplos são consideradas mais vigorosas, e por isso a pesquisa é considerada mais robusta. Por outro lado, a condução de um estudo de casos múltiplos pode ir além dos recursos financeiros e de tempo que um pesquisador independente possui (YIN, 2010).

A teorização das condições e do processo de implementação via coprodução foi fundamentada na estrutura metodológica de construção de teorias a partir de ‘estudos de caso’ proposta por Eisenhardt (1989), que sintetiza o trabalho de Miles e Huberman (1984), conforme descrito no Quadro 2.

Passos	Atividades	Razões
Começando	- Definição da questão de pesquisa; - Possivelmente constructos <i>a priori</i> ;	- Focar esforços; - Prover melhor fundamentação dos constructos;
Selecionando os casos	- Nem teoria nem hipóteses; - População especificada; - Amostragem teórica, não aleatória;	- Retém flexibilidade teórica; - Limitar variações estranhas e melhorar a validade externa;
Elaborando instrumentos e protocolos	- Múltiplos métodos de coleta; - Combinação de dados qualitativos e quantitativos;	- Focar esforços em casos teoricamente úteis. Ex. aqueles que replicam ou estendem a teoria; - Fortalece a fundamentação teórica pela triangulação das evidências; - Visão sinérgica da evidência; - Fomenta perspectivas divergentes e fortalece a fundamentação;
Entrando no campo	- Sobreposição na coleta e análise dos dados; - Métodos de coleta oportunos e flexíveis;	- Acelera a análise e revela ajustes necessários à coleta dos dados; - Permite aos pesquisadores tirar proveito de temas novos e características únicas dos casos;
Analisando os dados	- Análise do caso; - Busca por padrão transcaso;	- Ganhar familiaridade com os casos e gerar teoria preliminar; - Forçar os pesquisadores a observar além das impressões iniciais e ver as evidências por múltiplas lentes;
Formulando hipóteses	- Tabulação da evidência para cada constructo; - Replicação lógica entre os casos; - Procura de evidências do "Por que" dos relacionamentos;	- Melhorar a definição dos constructos, validade e mensurabilidade; - Confirma, estende e aguça a teoria; - Proporciona validade interna;
Envolvendo a literatura	- Comparação com literatura conflitante; - Comparação com literatura similar;	- Proporciona validade interna, aumenta o nível teórico e aguça a definição dos constructos; - Aguça a generalização, melhora a definição dos constructos e aumenta o nível teórico;
Alcançando o fechamento	- Saturação teórica se possível.	- Processo termina quando melhorias marginais se tornam pequenas.

Quadro 2 - Processo de construção de teorias a partir de estudos de caso

Fonte: Traduzido de Eisenhardt (1989).

Seguindo a estrutura metodológica definida no Quadro 2, são apresentados nessa subseção os casos selecionados e sua respectiva justificativa. Com relação à seleção dos casos, foram utilizadas as orientações de **amostragem teórica** sugeridas por Eisenhardt (1989) e Flick (2009). Segundo os autores, a amostragem teórica procura não uma representatividade estatística, mas selecionar casos relevantes para o desenvolvimento dos conceitos e que sejam capazes de demonstrar a teoria empregada. Nesta linha, Sartori e Morlino (1994) e George e Bennett (2005) afirmam que a seleção dos casos é um dos aspectos mais desafiadores das pesquisas envolvendo estudos de caso.

Para fins de seleção dos casos da pesquisa, Funasa (2002) estabelece que as iniciativas para controle do dengue devem incluir as múltiplas esferas de governo (federal, estadual e municipal) para a execução das ações. Assim, qualquer pesquisa envolvendo o Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) deveria contemplar essas múltiplas esferas governamentais. Desta forma, quais dentre os estados e municípios brasileiros poderiam ser considerados relevantes pelo ponto de vista teórico e, capazes de atender aos objetivos estabelecidos pelo estudo?

Com a finalidade de guiar a escolha por um município (e conseqüentemente seu estado) que pudesse contribuir com a execução dos objetivos de pesquisa, foram utilizados os critérios determinados para estabelecimento de “municípios prioritários” definidos pelo Plano de Intensificação das Ações de Controle da Dengue e pelo Programa Nacional de Controle da Dengue (respectivamente Funasa, 2001b; 2002) que são: a) capitais de estado; b) municípios com mais de 50.000 habitantes; c) municípios receptivos a novos sorotipos da doença (como regiões de fronteira, portos, núcleos turísticos *etc.*).

Com base nesses critérios, preliminarmente foram diagnosticados os estados brasileiros que atendiam a esses elementos. Nessa linha, a Figura 3 apresenta a distribuição dos sorotipos do dengue existentes em território nacional para o ano de 2002. Com base nos critérios definidos por Funasa (2001b, 2002), a maioria das capitais dos estados que compõem o litoral brasileiro poderiam se enquadrar como municípios prioritários, além dessas, igualmente as capitais dos estados de Roraima, Pará, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul.

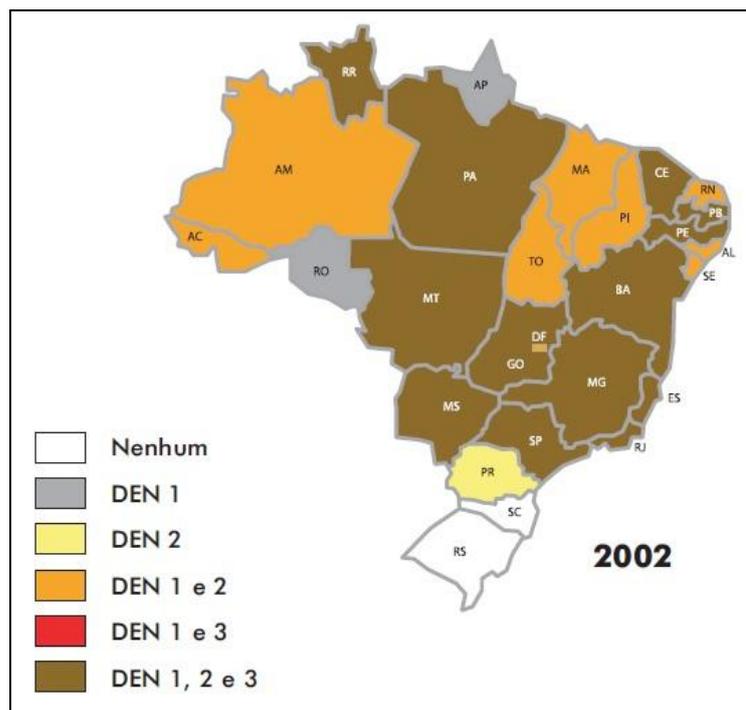


Figura 3 - Sorotipos circulantes no Brasil em 2002
Fonte: Funasa (2002).

Para esclarecer a questão da escolha por um município, assim como justificar essa escolha, utilizou-se notícia divulgada no Diário Oficial da União (DOU) em 30 de janeiro de 2013 (BRASIL, 2013), onde se reconheceu a situação de emergência¹¹ no município de Campo Grande (capital do Estado de Mato Grosso do Sul) em relação aos casos de dengue notificados. De acordo com Mato Grosso do Sul (2013), a incidência de dengue em Campo Grande chegou a 4.064 casos para cada grupo de 100 mil habitantes, com, segundo Globo.com/G1 (2013a), seis mortes confirmadas pela doença e, ainda, oito mortes sob investigação.

A Empresa Brasil de Comunicações (EBC, 2013) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2013) confirmam a posição do Estado de Mato Grosso do Sul como aquele em que há a maior incidência da doença em nível nacional para o ano de 2013. Neste sentido, a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, 2013) na Tabela 1 apresenta os estados brasileiros que se encontram em situação de emergência com relação ao dengue em decorrência do número de casos notificados até o mês de março de 2013: Rondônia (539,1), Acre (678,5), Tocantins (681,2), Minas Gerais (766,7), Espírito Santo (936,3), Rio de Janeiro (426,7), Paraná (523,3), Mato Grosso do Sul (3.105), Mato Grosso (819,3) e Goiás (1.366,9).

Tabela 1 - Estados brasileiros em situação de emergência para o dengue em 2013

UF	Incidência por 100 mil habitantes	
	2012	2013
Mato Grosso do Sul	80,2	3.105
Mato Grosso	360,3	819,3
Goiás	125,7	1.366,9
Rondônia	65,4	539,1
Acre	144,6	678,5
Amazonas	71,9	304,9
Tocantins	432	681,2
Minas Gerais	43,8	766,7
Espírito Santo	78	936,3
Rio de Janeiro	347,6	426,7
Paraná	14	523,3

Fonte: Baseado em Fiocruz (2013).

Embora o Estado de Mato Grosso do Sul apresente o maior número de casos de dengue por habitante em território nacional, segundo Giovanini Coelho (Coordenador do Programa Nacional de Controle da Dengue) em entrevista concedida ao Globo.com/G1 (2013a), esclarece que o motivo para a alta incidência de notificações se deve ao fato de estar em circulação um novo sorotipo da doença (DEN 4 – inexistente no Brasil em 2002, conforme mostrou a Figura 3). A ocorrência recente no país do ‘sorotipo 4’ também foi apresentada pela EBC (2013) para justificar o aumento no número de casos no Brasil de maneira geral. Para visualizar o impacto desse novo sorotipo sobre a população basta observar o número de notificações, enquanto nas primeiras semanas de 2012 foram registrados 70.489 casos, em 2013 foram registrados 204.650 no período (EBC, 2013; OPAS, 2013).

Ainda para Giovanini Coelho (em Globo.com/G1, 2013a), o município de “Campo Grande serve de exemplo para outros municípios, pois mesmo enfrentando um quadro epidêmico, consegue dar atendimento à população”. Isso posto, **definiu-se que a pesquisa fosse realizada no município de Campo Grande - MS**, tendo em vista que a situação presente no município se mostra capaz de atender aos objetivos propostos pelo estudo. Além disso, espera-se que os resultados desse trabalho científico sejam capazes de auxiliar na

¹¹ Considera-se situação de emergência quando há incidência maior do que 300 casos para cada 100 mil habitantes.

implementação das políticas públicas em andamento, produzindo efeitos positivos sobre as condições de saúde da população.

O município de Campo Grande é constituído por 75 bairros, distribuídos em sete microrregiões (CAMPO GRANDE, 2012b). No que se refere à incidência de dengue, conforme demonstra a Figura 4, cada bairro convive com uma realidade distinta. É possível observar desde bairros com incidência de dengue superior a 113 notificações a cada grupo de 100.000 habitantes (muito alta), até bairros com ‘incidência zero’ (CAMPO GRANDE, 2012a¹²).

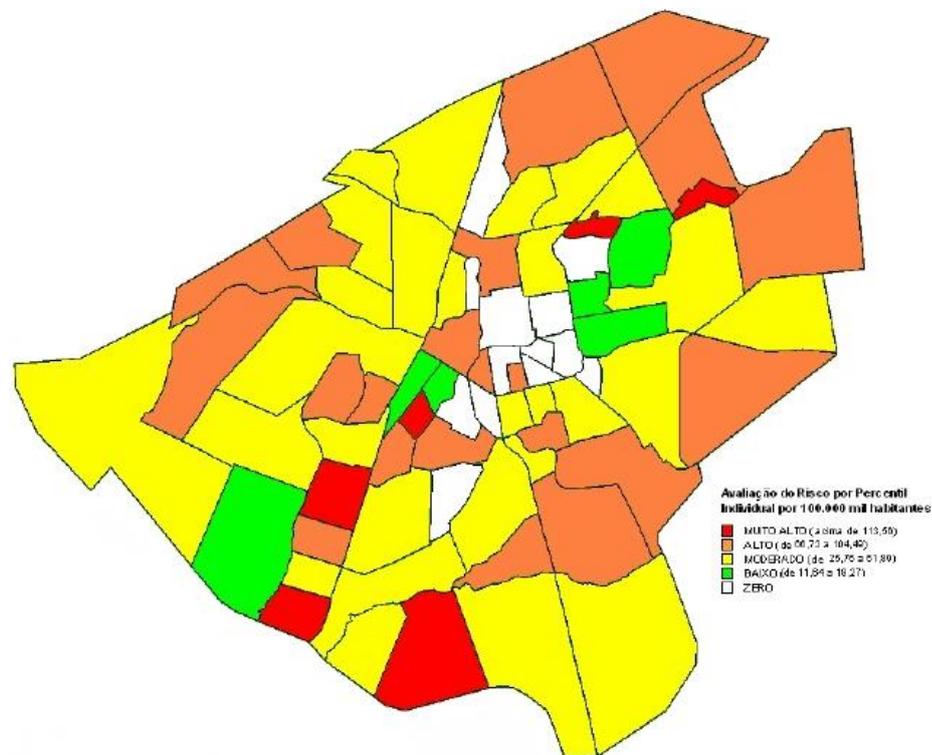


Figura 4 - Distribuição de casos por incidência acumulada, da 3ª à 6ª semana de 2012
Fonte: Campo Grande (2012a).

Constitui-se um paradoxo a observação da Figura 4 – pois, como pode haver bairros com incidência ‘muito alta’ e ‘zero’ interagindo em espaço relativamente pequeno? Parte da justificativa para explicar esse paradoxo provém exatamente da natureza do mosquito, ou, em outras palavras, da ‘área de vida’ que o *Aedes Aegypti* é capaz de cobrir durante sua vida. De acordo com Funasa (2001a), é pequena a capacidade de dispersão do inseto através do voo, poucas vezes ultrapassando a distância de 100 metros de seu nascedouro. Segundo a OMS

(1997), como o alcance de voo do *Aedes Aegypti* é relativamente curto, é necessário manter o monitoramento das áreas consideradas “de risco”. Neste sentido, a prefeitura municipal de Campo Grande utiliza a identificação das áreas de maior incidência (como demonstrado na Figura 4) para priorizar o combate ao vetor onde for mais necessário (CAMPO GRANDE, 2012a).

Dados essas especificidades, **adotaram-se como os casos de pesquisa os bairros que apresentaram incidência ‘muito alta’ e ‘zero’ em relação à incidência de dengue no município de Campo Grande em 2012.** George e Bennett (2005) suportam essa escolha metodológica, onde segundo os autores, um caso crucial é aquele em que a teoria possa ser fortemente suportada ou possa ser fortemente impugnada. O desenvolvimento teórico das considerações envolvendo a abordagem de coprodução está vinculado à replicação da pesquisa bairro a bairro, abstraindo as generalizações que se mostrarem pertinentes. Flick (2009) apoia essa decisão de pesquisa, afirmando que a generalização dos achados depende mais da qualidade das decisões relativas à escolha dos casos do que ao número de casos estudados.

Contudo, o montante de bairros segundo os critérios definidos somaria 19 bairros do município (seis com ‘incidência muito alta’ e 13 com ‘incidência zero’), o que ultrapassaria os recursos de tempo e financeiros disponíveis para a realização dessa pesquisa de tese. Além disso, observa-se uma prevalência dos bairros com incidência zero em torno do centro do município, enquanto aqueles com maior incidência se localizam em regiões mais periféricas (vide Figura 4). Visto que essa constatação poderia de alguma forma prejudicar as análises posteriores, optou-se por dentro da pré-seleção dos 19 bairros eleger aqueles que variassem menos em relação à questão locacional.

Desta forma, visando atender ao objetivo geral de pesquisa, foram selecionados os seguintes bairros para comporem a amostra teórica: (i) aqueles que tiveram ‘incidência zero’, mas que se encontram localizados em áreas mais periféricas (bairros Parati, Seminário e Jockey Club); e (ii) aqueles que tiveram ‘incidência muito alta’, mas se localizam em áreas mais centrais (bairros Jacy e Tijuca).

¹² Vale a pena salientar que o documento sobre a incidência de dengue em Campo Grande (CAMPO GRANDE, 2012a) é o mais recente disponível no site da prefeitura do município.

3.2 Coleta dos dados

No que se refere ao alcance temporal da pesquisa, optou-se por adotar um **corte transversal** para o ano de 2013 envolvendo o combate ao *Aedes Aegypti* em Campo Grande – MS. Justifica-se esse recorte temporal, pois, foi no ano de 2013 que o referido município apresentou o maior índice de dengue em nível nacional, demonstrando que a doença ainda é um problema de saúde pública presente em vários países do mundo (BHATT *et al.*, 2013). Sartori e Morlino (1994) apontam que a seleção dos casos deve acompanhar o alcance temporal da pesquisa, pois a realidade interessante de ser analisada em cada caso ocorre em um dado tempo específico.

Contudo, embora a pesquisa tenha sido realizada por uma situação de calamidade observada no ano de 2013, os dados mais recentes da distribuição da incidência do dengue bairro por bairro em Campo Grande é referente ao ano de 2012 (CAMPO GRANDE, 2012a). Justifica-se a adoção dos casos de incidência ‘zero’ e ‘muito alta’ observados para o ano de 2012, pois a prefeitura de Campo Grande não publica os resultados das incidências do dengue bairro a bairro de maneira ágil. Exemplo disso, é que os dados referentes à incidência do dengue em 2012 foram publicados apenas um ano depois no *site* da secretaria de saúde do município. Da mesma forma, os dados referentes a 2013 ainda não foram publicados no *site* da secretaria de saúde do município (CAMPO GRANDE, s/d).

Outro motivo que justifica o período de coleta dos dados apontado, foi a dificuldade em obter autorização da secretaria de saúde do município de Campo Grande para entrevistar os agentes públicos envolvidos na dinâmica de implementação do controle do dengue. Para solucionar essa dificuldade foi necessário encaminhar ofícios (e revisá-los) à secretaria explicando os objetivos da pesquisa, processo que demorou cerca de seis meses até a sua aprovação. Para minimizar essa dificuldade, a pesquisa inicialmente foi realizada com os atores privados e moradores. Entende-se que essa dinâmica de pesquisa não alterou de qualquer forma o conteúdo dos dados que serão apresentados.

Quanto à natureza das fontes de evidência, na pesquisa os dados obtidos foram essencialmente **qualitativos**. Flick (2009) defende que a escolha pelas fontes de evidência deve estar vinculada ao problema de pesquisa que se enfrenta. Segundo o autor, dados qualitativos são mais indicados quando se pretende estudar um problema pela perspectiva de seu processo. Desta forma, os objetos de pesquisa não são reduzidos a simples variáveis, mas entendidos na complexidade do contexto que se inserem (FLICK, 2009). Como nesta pesquisa se visa compreender a dinâmica de implementação de políticas públicas via abordagem de

coprodução, os dados qualitativos forneceram subsídios mais adequados para o cumprimento dos objetivos de pesquisa.

Na pesquisa foram combinados dados primários e secundários como fontes de evidência, a fim de que o objetivo do estudo fosse alcançado. Neste sentido, Eisenhardt (1989) afirma ser normal estudos de caso combinarem diferentes métodos de coleta como: documentos, entrevistas, questionários e observações – para obter evidências de natureza qualitativa, quantitativa ou ambas. Segundo a autora, recorrer a múltiplos métodos de coleta de dados permite triangulação e fortalece substancialmente os constructos e hipóteses construídas. Flick (2009) afirma que a triangulação permite superar as limitações metodológicas inerentes a utilização de um único método de coleta, o que fornece segundo Ikeda (2009) maior validade científica à pesquisa. Nesta pesquisa, a triangulação foi articulada através: de entrevistas envolvendo os diferentes tipos de participantes (que poderiam apresentar visões divergentes acerca do fenômeno), assim como, da pesquisa documental inerente às ações de políticas públicas envolvendo o combate vetorial do dengue em Campo Grande – MS.

Fundamentalmente, os dados secundários foram baseados em pesquisa bibliográfica e documental. Para a pesquisa bibliográfica foram realizadas pesquisas em livros e artigos científicos, que segundo Demo (2012), Vergara (2014) e Creswell (2010) permitem que se tenha acesso às informações necessárias ao estudo. A pesquisa bibliográfica dos artigos científicos foi realizada em bases de dados nacionais e internacionais, onde foram pesquisados termos que pudessem ajudar a esclarecer o problema de pesquisa, como: ‘implementação’, ‘participação social’, ‘participação popular’, ‘coprodução’, ‘dengue’, entre outros.

Além da pesquisa bibliográfica, complementam os dados secundários dessa tese aqueles obtidos por meio de pesquisa documental (Apêndice D). Na pesquisa documental, as principais fontes pesquisadas foram referentes: (i) ao *Aedes Aegypti* e seu impacto enquanto problema de saúde pública; (ii) as políticas de combate ao dengue e métodos de controle ao vetor disponíveis; e, (iii) as ações de políticas públicas envolvendo o controle vetorial do dengue nas esferas municipal, estadual e federal. Esses dados foram obtidos principalmente nos *sites* do Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Organização Mundial da Saúde e Prefeitura Municipal de Campo Grande.

Com relação aos instrumentos de coleta dos dados primários, foram aplicados **roteiros de entrevista contendo perguntas abertas** (Apêndices A, B e C) fundamentados na literatura de coprodução aos diferentes tipos de participantes, por meio de entrevista. Como a

pesquisa é voltada à coprodução de serviços públicos, utiliza-se como subsídio para esclarecer quem serão os participantes a afirmação de Parks *et al.* (1981) e Alford (1998). Segundo os autores, a atividade de coprodução é fundamentada sobre o relacionamento entre ‘produtores regulares’ e ‘produtores-usuários’ dos serviços. Parks *et al.* (1981) explicam que conforme as sociedades vão se tornando mais complexas, a divisão de trabalho se torna comum. Desta forma, aqueles indivíduos ou organizações que atuam dentro de sua função societal são considerados ‘produtores regulares’ dos serviços que oferecem, enquanto os tratados como ‘produtores-usuários’ são os indivíduos que consomem esses serviços (PARKS *et al.*, 1981).

O grupo de participantes ‘produtores-usuários’ (Apêndice A) é representado nessa pesquisa pelos moradores que consomem os serviços de controle vetorial do dengue nos bairros pesquisados. Para alcançar esses moradores, foram realizadas as seguintes etapas: (i) com auxílio do *google maps*, se obteve o mapa de cada bairro selecionado e respectivas ruas que os compõem; (ii) foi criado um banco de dados com os nomes das ruas de cada bairro; (iii) foi realizado sorteio das ruas onde seriam entrevistados os produtores-usuários da política pública por meio da ferramenta ‘ALEATÓRIOENTRE’ (*software* Microsoft Excel 2007), que seleciona aleatoriamente números dentro do intervalo especificado, sendo que cada número correspondia a uma rua dos bairros em questão¹³; (iv) uma vez na rua sorteada, aleatoriamente era escolhida uma casa para realização da pesquisa com seus moradores.

No que se refere ao grupo de participantes ‘produtores regulares’ (Apêndice B), não foi possível *a priori* identificar totalmente o grupo de produtores regulares envolvidos nas atividades de coprodução. Um produtor regular identificado nas atividades de coprodução foram os Agentes de Combate as Endemias (ACE). Segundo Brasil (2006), o agente de endemias tem dentre suas atribuições atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde. Além dos ACE, outro produtor regular identificado são os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que segundo Baglini *et al.* (2005), desde 2002¹⁴ passaram a colaborar com os ACE na orientação da prevenção e controle do dengue enquanto realizam visitas às residências.

Segundo Brasil (2001), Fernandes e Silva (2002) e Costa (2011), as ações realizadas pelos ACS devem ser acompanhadas e orientadas por uma enfermeira lotada na unidade de

¹³ Optou-se por sortear as ruas sem repetição, isto é, se selecionada uma vez, a rua seria excluída do sorteio seguinte. Essa decisão aumentou a possibilidade de melhor distribuição espacial da pesquisa nos bairros selecionados.

¹⁴ Importante ressaltar que os ACS atuam em atividades de promoção da saúde individuais e coletivas, nos domicílios ou comunidade desde a década de 1990 (BRASIL, 2001).

saúde, que atua no papel de instrutora/supervisora, bem como realiza atividades de capacitação com os agentes comunitários de acordo com as necessidades da comunidade. Da mesma forma, os ACE contam com um supervisor responsável por coordenar e acompanhar as atividades a campo (FUNASA, 2001a). Diferentemente das enfermeiras, que pouco acompanham ações em campo dos ACS (FERNANDES e SILVA, 2002), os supervisores dos ACE representam um papel ativo na dinâmica de implementação – sendo essa a justificativa para não precisar entrevistar os agentes de endemias, apenas o supervisor. De fato, com o andamento da pesquisa foi possível observar que o supervisor ACE é um agente de campo, exemplo é que, em um dos bairros pesquisados apenas o supervisor e mais um agente eram responsáveis pelo controle de endemias.

Como já foi observado, os ACS e enfermeiras ficam lotados em Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) presentes na região dos bairros onde atuam. Trata-se por UBSF as unidades básicas de saúde que contêm equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), se diferenciando da UBS convencional pela presença de alguns parâmetros técnicos. Cada equipe do PSF é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar em enfermagem e de quatro a seis ACS, que atendem um território definido de cerca de 1000 famílias (BRASIL, 2011c).

Segundo Brasil (2011c), as equipes PSF têm responsabilidade sanitária de seu território, onde há o vínculo e o acompanhamento de cada família por um ACS. Além disso, a partir de 2010, o governo federal estabeleceu um incentivo financeiro às prefeituras que incluam nas equipes de saúde da família, os Agentes de Combate a Endemias (ACE). Essa integração tem o objetivo de ampliar as ações de vigilância em saúde e aponta rumo a uma reorganização de papéis e responsabilidades entre ACS e ACE (BRASIL, 2010).

A estratégia de construção de unidades básicas faz parte da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), em que essas unidades funcionam como “porta de entrada” para a prestação de serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). As unidades básicas prestam serviços de saúde básicos e gratuitos nas mais diversas áreas, como: clínica geral, enfermagem, ginecologia, pediatria e odontologia – e ainda oferecem coleta de exames, encaminhamentos médicos e fornecimento de medicamentos (BRASIL, 2006b).

Através das UBS e UBSF há a descentralização das decisões para níveis locais, mais próximos da população atendida. Neste sentido, os gerentes dessas unidades detêm uma responsabilidade perante os usuários dos serviços, equipes de trabalho da unidade e

administração central do município (ALVES; PENNA; BRITO, 2004). Devido aos motivos expostos, foram incluídas entrevistas realizadas junto as gerentes das UBS e UBSF presentes nos bairros selecionados. Em consonância com essa decisão metodológica, com o andamento da pesquisa foi diagnosticado que uma instância de decisão importante para a implementação de políticas de saúde são os conselhos locais de saúde, onde um de seus membros obrigatórios é o gerente da unidade de saúde – assim, se mostrou duplamente importante entrevistar esses participantes.

Adicionalmente aos atores públicos implementadores da política, Brasil (2009b) menciona outros parceiros dos serviços de combate ao dengue, como: igrejas, associações comunitárias e conselhos de saúde. Da mesma forma, Baglini *et al.* (2005) estabelecem que a participação de grupos, associações de bairro e escolas poderia ser um aliado às ações de controle ao vetor. Porém, na pesquisa de campo se mostrou uma dificuldade identificar quais escolas, igrejas ou outras organizações estavam efetivamente participando da implementação da política. Assim, a fim de superar essa dificuldade foi aplicada a técnica de *snowball*¹⁵ (VAN METER, 1990) junto às gerentes UBS/UBSF, enfermeiras ACS, supervisores ACE e presidentes de associações de moradores – entendendo que o posicionamento mais estratégico desses indivíduos poderia esclarecer quais eram as organizações participantes do processo de implementação em nível local. Assim, a relação dos coprodutores participantes da pesquisa em cada bairro selecionado está descrita no Quadro 3.

¹⁵ Consiste em uma técnica para identificação de participantes para a pesquisa, em que os próprios participantes indicam outros sujeitos dentro dos critérios de seleção especificados (VAN METER, 1990).

Bairro	Coprodutores participantes
Parati	Supervisor ACE Parati I; Supervisor ACE Parati II; ACS Parati; Enfermeira ACS Parati; Gerente UBSF Nova Esperança (Conselho Local de Saúde); Associação de Moradores Parati I; Sindicato dos Papiloscopistas e Peritos Oficiais de Mato Grosso do Sul (SIMPAP-MS).
Seminário	Supervisor ACE Seminário; ACS Seminário; Enfermeira ACS Seminário; Gerente UBSF Jardim Seminário (Conselho Local de Saúde); Associação de Moradores Seminário; Creche da Universidade Católica Dom Bosco.
Jockey Club	Supervisor ACE Jockey Club; ACS Jockey Club; Enfermeira ACS Jockey Club; Gerente UBS Jockey Club (Conselho Local de Saúde); Igreja São Geraldo Magela; Escola Municipal Padre José Valentin; Escola Estadual Amando de Oliveira.
Jacy	Supervisor ACE Jacy; ACS Jacy; Enfermeiro ACS Jacy; Gerente UBS Dona Neta (Conselho Local de Saúde); Associação de Moradores Jacy; Igreja São Marcos; Ceinf São Francisco de Assis; Escola Municipal Harry Amorim Costa; Escola Municipal João Nepomuceno; Escola Municipal Brígida Ferraz Foz.
Tijuca	Supervisor ACE Tijuca I; Supervisor ACE Tijuca II; ACS Tijuca I; ACS Tijuca II; Enfermeira Tijuca I; Enfermeira Tijuca II; Gerente UBSF Jardim Antártica (Conselho Local de Saúde); Associação de Moradores Tijuca I; Associação de Moradores Tijuca II; Comunidade Católica São Paulo Apóstolo; Escola Estadual Blanche dos Santos Pereira; Escola Estadual Aracy Eudociak; Supermercado Trazzi.

Quadro 3 - Coprodutores participantes da pesquisa
 Fonte: Elaborado pelo autor (2015).

Além das entrevistas com produtores regulares e produtores-usuários, foi realizada uma entrevista adicional com o ‘Coordenador de Combate ao dengue do Município de Campo Grande – MS’ (Apêndice C), responsável por coordenar a estrutura de combate ao dengue do município. Essa última entrevista foi necessária para esclarecer pontos duvidosos e confirmar as informações obtidas a campo.

Como já observado, as entrevistas com os participantes foram realizadas pelo próprio pesquisador entre os meses de agosto de 2013 e março de 2014. As primeiras entrevistas com cada tipo de participante foram dotadas de um caráter experimental, em outras palavras, um pré-teste necessário para constatar se os instrumentos de coleta estavam adequados ou se precisariam de revisão (como indica Eisenhardt, 1989). Após a realização do pré-teste, foi observado que os instrumentos de coleta de dados dos produtores regulares e produtores-usuários precisariam passar por reformulação, de modo a facilitar na coleta (ajuste esse que foi realizado).

Com relação à quantidade de entrevistas a serem realizadas com cada um destes tipos de participantes, não havia um número pré-definido. Conforme os dados foram sendo coletados, gradualmente foi se tentando alcançar o ponto de saturação teórica exposto por Miles e Huberman (1984). Segundo Eisenhardt (1989) e Flick (2009), o ponto de saturação é atingido quando não surgirem elementos adicionais a partir da realização de novas entrevistas.

Para o grupo ‘produtores-usuários’, embora o ponto de saturação tivesse sido alcançado com menos entrevistas, para fins de padronização foram realizadas oito entrevistas em cada bairro (40 entrevistas com produtores-usuários). Para o grupo de ‘produtores regulares’, foi necessária a realização de 43 entrevistas (vide Quadro 3). Além disso, como já apontado, foi realizada uma entrevista com o coordenador de combate ao dengue do município. Assim, ao todo foram realizadas 84 entrevistas.

As entrevistas foram apoiadas por recursos de gravação, a fim de garantir a completude dos dados oferecidos pelos participantes. Para o grupo de participante ‘produtores-usuários’ foram gerados 300 minutos de gravação, o que indica um tempo médio de sete minutos e meio por entrevista. Para o grupo de participante ‘produtores regulares’ foram gerados 1.740 minutos de gravação, o que indica um tempo médio de 40 minutos e meio por entrevista. Já a entrevista com o coordenador do combate ao dengue no município teve duração de 65 minutos. Somado o tempo de gravação das entrevistas com todos os participantes, o resultado foi de aproximadamente 35 horas de áudio.

Além dos procedimentos já indicados para a coleta de dados, cabe ressaltar que ao longo do processo de coleta foram realizadas algumas observações diretas realizadas pelo próprio pesquisador durante suas visitas aos respectivos bairros para a realização das entrevistas. Essas observações se mostraram pertinentes, pois talvez as situações problemáticas destacadas passassem despercebidas nos relatos dos entrevistados. Essas observações, ainda que tenham ocorrido de maneira não sistemática, se mostraram úteis para a compreensão da dinâmica de implementação via coprodução em cada bairro estudado.

3.3 Análise dos dados

A dinâmica para a análise dos dados da pesquisa foi a seguinte. Um dos casos foi analisado individualmente de modo que se familiarizasse com os dados obtidos, o que permitiu esboçar preliminarmente a teoria de fundo (MILES; HUBERMAN, 1984). Isso feito, foram replicadas as pesquisas para os outros casos selecionados, de forma que indutivamente, conforme explicado por Eisenhardt (1989), se pudesse abstrair generalizações teóricas. Em seu livro Yin (2010) demonstra uma situação similar, onde por meio de uma análise *cross-cases* de múltiplos casos foi possível identificar conclusões generalizáveis sobre a teoria. Da mesma forma, George e Bennett (2005) recomendam a comparação *cross-cases* para o desenvolvimento de teorias.

A generalização dos achados da pesquisa foi analítica. Segundo Yin (2010), na **generalização analítica** se desenvolve uma teoria como padrão, a qual é comparada aos resultados dos outros casos múltiplos. De acordo com o autor, se dois ou mais casos confirmarem a teoria, esta pode ser considerada como “replicada”. Neste sentido, Yin (2010), Creswell (2010) e Eisenhardt (1989) afirmam que a replicação é uma condição essencial quando se trata da generalização envolvendo casos múltiplos.

No entanto, segundo Flick (2009) a era das grandes teorias chegou ao fim, sendo substituídas por modelos e abordagens para problemas mais bem definidos. Nesta linha, percebe-se que gradualmente a ciência social caminha no sentido de explicações mais específicas e aplicadas do que explicações amplas e abstratas, como as *middle-range theories* (teorias de médio alcance, tradução livre) citadas por George e Bennett (2005), que propiciam segundo os autores, *contingent generalizations* (generalizações limitadas ou restritas, tradução livre) acerca da teoria. Bourgeois (1979) afirma que os pesquisadores podem falhar de duas formas ao investir seus esforços em uma *middle-range theory*. De acordo com o autor, por um lado podem operar em um nível tão alto de abstração que não será possível comparar estudos empíricos, e por outro, praticando o empirismo sem uma teoria pode gerar como resultado final de pesquisa a simples descrição dos fatos observados.

Essas foram as considerações norteadoras para a análise dos dados da pesquisa. Com relação à operacionalização prática dessas considerações, como já observado, as entrevistas foram apoiadas por recursos de gravação. As gravações das entrevistas foram transcritas por um profissional contratado, a fim de ganhar tempo durante a análise dos dados. Os dados transcritos foram transferidos ao *software* Atlas-ti 7 (ATLAS-TI 7, 2013), especializado em análise de dados qualitativos. Yin (2010) contempla a utilização de *softwares* como o Atlas-ti para auxiliar na análise dos dados. Segundo o autor, esses programas de computador dão apoio ao processo de codificação e categorização de grandes quantidades de texto narrativo, como aqueles coletados a partir de entrevistas contendo questões abertas.

As categorias de análise dos dados foram orientadas pelo objetivo geral de pesquisa e pela literatura envolvendo o tema de coprodução, conforme indica Sartori e Morlino (1994). Seguindo os objetivos de pesquisa definidos no capítulo introdutório, duas categorias de análise foram elencadas: (i) as condições de implementação via coprodução, e (ii) o processo de implementação via coprodução. Essas categorias podem ser observadas como os conjuntos de elementos que contribuem à escolha da estratégia de coprodução e ao caráter da dinâmica de implementação via coprodução, respectivamente.

Nesta linha, Eisenhardt (1989) afirma que a etapa de análise é mais importante dentro da lógica de construção de teorias, no entanto se mostra como a parte mais difícil do processo. Aplicada a essa pesquisa de tese, no Quadro 4 são apresentadas as categorias de análise e a descrição dos conjuntos de elementos que as compõem. Pondera-se que, após a análise dos dados, as evidências empíricas sugeriram a inclusão de dois elementos (não identificados *a priori* na revisão da literatura) dentro da categoria ‘condições de coprodução’, a saber: ‘condições cognitivas’ e ‘condições estruturais’.

Categorias de análise	Subcategorias e descritores
Condições de coprodução	Condições técnicas: os <i>inputs</i> dos coprodutores são substitutos ou complementares entre si;
	Condições econômicas: a coprodução se mostra como o arranjo de implementação mais viável (menor custo);
	Condições normativas: sistemas de regras formais e/ou informais que permitem ou reprimem o surgimento e manutenção de relacionamentos coprodutivos;
	Condições cognitivas: relevância do problema objeto da política ao interesse próprio dos usuários, suficiente a induzi-los a contribuir com seu tempo e esforço para as ações de coprodução;
	Condições estruturais: se a estrutura de serviços públicos básicos é suficiente para que a coprodução seja a resposta adequada ao problema enfrentado.
Processo de coprodução	Coprodutores participantes do processo;
	<i>Inputs</i> que cada coprodutor acrescenta ou poderia acrescentar à relação de coprodução;
	Motivações para os coprodutores se engajarem nas ações de implementação;
	Nível em que ocorre a coprodução (individual, grupal ou coletivo);
	Papel do governo atual ou pretendido na relação (líder, árbitro, financiador e/ou promotor de esforços);
	Princípios democráticos da coprodução, isto é, se os produtores-usuários influenciam nas ações públicas em implementação;

Quadro 4 - Categorias de análise da pesquisa e descrição de seus respectivos elementos

Fonte: Elaborado pelo autor baseado na literatura (2013).

Utilizando as categorias de análise elencadas no Quadro 4, os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo. A análise de conteúdo é uma técnica que visa entender o que está sendo dito sobre determinado assunto (VERGARA, 2012). Para Bardin (1977), a análise de conteúdo utiliza de procedimentos sistemáticos de análise para viabilizar a percepção das comunicações dos textos estudados. De acordo com Krippendorff (2013), a análise de conteúdo procura analisar os dados de um contexto específico a partir da visão de seus participantes.

Neste sentido, com o intuito de compreender as visões dos participantes através das entrevistas realizadas, foi adotado o seguinte procedimento de análise: (i) para cada elemento presente no Quadro 4, foram definidas uma série de perguntas fundamentadas, visando extrair o máximo de dados possíveis; (ii) após transcritas as entrevistas, com o auxílio do *software* Atlas-ti 7 foram atribuídos rótulos aos trechos relacionados a cada elemento do Quadro 4, como por exemplo, ‘condições técnicas’; (iii) com o auxílio do *software* Atlas-ti 7, esse procedimento de rotulação foi replicado às transcrições de todos os participantes de um dado caso estudado, o que permitiu triangular os dados obtidos; (iv) depois de rotulados, para cada elemento foi gerado um relatório condensado dos dados, utilizando para isso a ferramenta ‘*codes-quotation list*’ do Atlas-ti 7; e (v) com o relatório condensado dos dados referentes a cada elemento foram observadas similaridades e dissimilaridades, que indicaram ou apontaram as características do controle vetorial do dengue em cada caso estudado.

Por fim, foi realizada a **análise comparativa de casos cruzados** (*cross-cases*), utilizando como base para essa tarefa os trabalhos de Ragin (1987), Miles e Huberman (1984) e Sartori e Morlino (1994), em que por meio do exercício de comparação foram observadas similaridades que os casos selecionados compartilham entre si, para abstrair dessa forma, considerações teóricas gerais. De acordo com Sartori e Morlino (1994) e Schneider e Schmitt (1998), a comparação possibilita a identificação de regularidades, deslocamentos e transformações dos fenômenos, o que permite a construção de teorias em ciências sociais.

De modo a operacionalizar a análise comparativa de casos cruzados, foi utilizado o método *Crisp-Set Qualitative Comparative Analysis (csQCA)*, apoiado pelo *software* Tosmana (CRONQVIST, 2011). O método *csQCA* permite comparar as configurações de combinações de características relevantes dos casos estudados, simplificando de maneira lógica a estrutura de dados complexos e verificando padrões a partir de múltiplas causas conjuntas (RAGIN, 1987, 1999; KOGUT; RAGIN, 2006; MARX; DUSA, 2011). Sartori e Morlino (1994) tratam a definição dessas características comuns observadas entre os casos como “parametrização”, um critério sem o qual não seria possível comparar dados qualitativos.

O método *csQCA* faz uso de álgebra booleana para realização de análise comparativa baseada na presença ou ausência (variáveis dicotômicas) de características relevantes, que ocasionam um determinado resultado à variável dependente (RAGIN, 1987; RIHOUX; DE MEUR, 2009; FISS, 2011; MARX; DUSA, 2011; GURGEL; VASCONCELOS, 2012). Isso quer dizer que, de acordo com a comparação das configurações das características

dicotômicas identificadas nos casos, há a possibilidade de determinar quais dessas características são necessárias ou suficientes para explicar o fenômeno estudado.

Goertz (2006) e Legewie (2013) utilizam a teoria dos conjuntos para explicar as relações de ‘necessidade’ e ‘suficiência’ (*necessity* e *sufficiency* respectivamente, tradução livre). Uma característica necessária ocorre quando Y não for possível sem a presença de X. Já uma característica é suficiente quando todos os casos com a presença de X compartilham a ocorrência de Y. Isso quer dizer que, uma característica suficiente pode isoladamente explicar um dado resultado, enquanto uma característica necessária auxilia na explicação do resultado se combinada com outras características. De acordo com Goertz (2006), essa questão de condições necessárias ou suficientes ocupa um papel central em estudos qualitativos comparativos.

Para Marx e Dusa (2011), análises *csQCA* são indicadas para pesquisas envolvendo entre cinco e 100 casos. Assim, na presente pesquisa de tese, fundamentada em cinco casos, há robustez metodológica para a utilização de *csQCA* enquanto técnica para análise comparativa dos dados. Como já observado, os cinco casos de pesquisa são os bairros que ‘incidência zero’ (Parati, Seminário e Jockey Club) e ‘incidência muito alta’ (Jacy e Tijuca) em relação ao controle vetorial do dengue.

Ragin (1999), Rihoux e De Meur (2009) e Gurgel e Vasconcelos (2012) estabelecem que, para a análise qualitativa comparativa *Crisp-set* é requerida a conversão dos dados qualitativos em dados dicotômicos (0;1). Se, foi observada a ausência de uma dada característica, é atribuído o valor zero (0). Se, foi observada a presença de uma dada característica, é atribuído o valor um (1). Além disso, Rihoux e De Meur (2009) e Skaaning (2011) apontam a necessidade de critérios rigorosos para a inclusão das características que comporão a análise *csQCA*. Nesse sentido, segundo os autores, espera-se que no estágio de realização da análise *csQCA*, o pesquisador tenha suficiente conhecimento dos casos estudados e da literatura que envolve o tema, de modo a reconhecer as variáveis relevantes a serem incluídas na análise (RIHOUX; DE MEUR, 2009).

Ragin (1999) e Rihoux e De Meur (2009) indicam as etapas para a realização de uma análise *csQCA*: (1) construção da tabela contendo os dados dicotômicos (0;1) para as variáveis consideradas relevantes pelo pesquisador; (2) construção da tabela verdade, na qual a combinação dos dados dicotômicos das variáveis estão associadas a um resultado; (3) solucionar configurações contraditórias, que permite aprofundar o conhecimento acerca das características e evita que configurações iguais levem a resultados diferentes; (4) minimização

booleana, que monta a equação lógica das configurações de características; (5) inclusão da ‘lógica dos casos restantes’, na qual se utiliza das características dos casos não utilizados visando produzir uma configuração mais parcimoniosa; (6) Interpretação, constitui a etapa final e crucial da análise, em que o pesquisador direciona sua atenção para os elementos ou mecanismos que produzem um resultado de interesse.

Esses procedimentos foram adotados para realização das análises *csQCA* nessa pesquisa de tese, onde os relatórios referentes a cada análise podem ser encontrados nos Apêndices E, F, G, H, I, J e K. De acordo com o entendimento do pesquisador, algumas análises foram realizadas de maneira isolada apenas para um elemento do Quadro 4, a exemplo da análise *csQCA* para as ‘motivações dos participantes’ (Apêndice H). Em outras situações, houve o entendimento de que seria mais apropriado tratar dos elementos de maneira conjunta, a exemplo da análise *csQCA* para as ‘condições de coprodução’ (Apêndice J).

3.4 Limitações metodológicas

Como já observado, a presente pesquisa de tese se utiliza de múltiplos casos como estratégia de investigação, sendo que a replicação desses casos forneceu os insumos necessários para a generalização dos achados. No entanto, esse método de pesquisa requer cuidados especiais para que a qualidade da pesquisa possa ser garantida, onde entram nessa conta: validade do constructo, validade interna, validade externa e confiabilidade (YIN, 2010).

A validade do constructo se refere às medidas de caráter subjetivo que podem afetar a análise dos dados pelo pesquisador. Segundo Eisenhardt (1989), Schwartz-Shea (2006), Ikeda (2009), Yin (2010) e Skaaning (2011), uma tática utilizada para manter a validade do constructo é baseada na coleta de múltiplas fontes de evidência, em outras palavras, na triangulação dos dados. Nessa pesquisa, essas múltiplas fontes de evidência foram fundamentadas por roteiros de entrevista aplicados a diferentes tipos de participantes do processo de implementação, assim como pela análise documental (Apêndices A, B, C e D) – que proporcionaram dessa forma, a validade do constructo.

A validade interna está vinculada as explicações resultantes da pesquisa, a saber: as explicações decorrentes da teoria são as únicas existentes? No objeto de pesquisa de tese se deixou aberta a gama de explicações possíveis, entendendo que existem vários meios para se alcançar determinado fim (Equifinalidade). Nesse sentido, é indicada a utilização de *csQCA*

como método de análise dos dados, pois o método não limita a capacidade de inclusão de outras explicações para o fenômeno estudado. Em *csQCA*, os resultados apontados como influenciando a variável dependente, estão fundamentados sobre os dados observados nos casos pesquisados e sobre a literatura do tema (RIHOUX; DE MEUR, 2009; RIHOUX; RAGIN, 2009). Além disso, em decorrência da baixa sistematização e replicação dos conceitos identificados na literatura de coprodução, entende-se que seja mesmo aconselhável proceder dessa forma.

A validade externa se refere à capacidade de generalização dos achados, isto é, se os resultados encontrados podem ser aplicados a outros casos. Essa capacidade de generalização dos estudos de caso é criticada por muitos autores, que entendem como pobres e limitados seus achados (YIN, 2010). No entanto, nessa pesquisa defende-se a generalização analítica dos achados, generalizando um conjunto específico de resultados dentro de uma teoria mais ampla, seguindo a lógica de uma *middle-range theory* (GEORGE; BENNETT, 2005).

Com relação à confiabilidade, esta se refere à capacidade de um caso repetir seus resultados de pesquisa se replicado por outro pesquisador, demonstrando a não existência de eventuais parcialidades no estudo (YIN, 2010). Uma tática para superar essa deficiência é apresentar aos leitores a documentação dos protocolos de estudos de caso de maneira detalhada, isto é, os esquemas de obtenção dos dados da pesquisa (disponíveis nos Apêndices A, B, C e D).

Compartilha-se aqui da opinião de Yin (2010), que os estudos de caso podem ser um caminho metodológico rigoroso a ser traçado, sendo que sua qualidade envolve desde a revisão aprofundada da literatura, até a observância dos critérios de qualidade relatados nesta subseção. Nesta linha, Yanow (2006) estabelece que embora não sejam objetivas, pesquisas interpretativas são rigorosas, na medida em que constroem seus argumentos logicamente apoiadas por evidências que convencem a audiência. Assim, a presente pesquisa de tese procurou cumprir as exigências metodológicas cabíveis, a fim de reduzir ao máximo possíveis distorções no decorrer do estudo, seguindo desta forma, procedimentos sistemáticos e rigorosos de análise.

4. DESCRIÇÃO DOS CASOS

Neste capítulo é apresentada a descrição geral dos casos que apresentaram ‘incidência zero’ (Parati, Seminário e Jockey Club) e ‘incidência muito alta’ (Jacy e Tijuca) para o dengue no ano de 2012 (CAMPO GRANDE, 2012a).

4.1 Caso Parati

O Jardim Parati foi um dos bairros que apresentou em 2012 ‘incidência zero’ para casos de dengue no município de Campo Grande – MS (CAMPO GRANDE, 2012a). O bairro Parati localiza-se na região centro-sul de Campo Grande denominada ‘Anhanduízinho’ e conta com uma população de 5.314 habitantes (CAMPO GRANDE, 2011). A Figura 5 indica a localização espacial da região do ‘Anhanduízinho’ no município de Campo Grande.

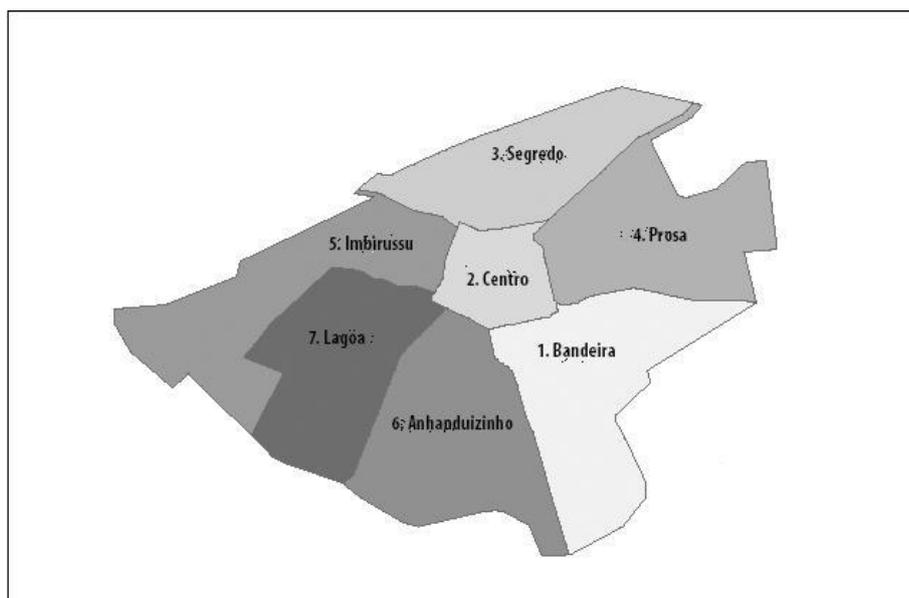


Figura 5 - Microrregiões de Campo Grande - MS
Fonte: Adaptado de Furlan (2010).

Para facilitar a descrição do caso do controle vetorial do dengue no bairro Parati, foi obtido junto a um dos supervisores dos Agentes de Controle de Endemias (ACE) um relatório que apresenta o perfil de ocupação do bairro. Os dados do relatório indicam que no bairro existem 1.358 imóveis residenciais, 23 comerciais, 47 terrenos baldios, zero pontos

estratégicos¹⁶ (borracharias, reciclagem, cemitérios, *etc.*) e 12 outros (igrejas, centros espírita, escolas, *etc.*) – totalizando 1.440 imóveis no bairro.

Além do perfil de ocupação, questionou-se os moradores do bairro sobre a qualidade e regularidade na prestação de serviços públicos básicos como água, esgoto, energia e coleta de lixo. De acordo com os moradores entrevistados, no geral as residências em que moram são atendidas regularmente por esses serviços públicos. Isso pode ser observado na fala do Morador 1 (2013), “*Ah sim, pelo menos nos dias marcados eles vêm, então a gente não têm o que reclamar*” (falando sobre a coleta de lixo). Embora no geral os moradores se mostrem suficientemente bem atendidos em relação a esses serviços, um morador indica que a água de sua residência provém de poço, e, outros dois moradores afirmaram que suas casas não são atendidas por rede de esgoto.

Na implementação da política de controle do dengue no bairro Parati, observa-se que as ações são realizadas tanto por agentes públicos quanto privados, sendo que há uma prevalência notória de agentes públicos direcionada ao problema. Os profissionais de linha de frente ou “implementadores de rua” que interagem diretamente com os moradores em relação ao combate ao dengue no bairro Parati são os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os Agentes de Controle de Endemias (ACE).

A motivação expressa para esses agentes públicos e seus supervisores atuarem no processo de implementação do controle vetorial do dengue é por as ações de combate fazerem parte das atribuições de seu cargo (Coordenador Campo Grande, 2013)¹⁷. Nesse sentido, a Supervisora ACE Parati I (2014) afirma, “*motivação a gente não tem nenhuma, faz porque tem que fazer. Se eu falar isso (que são motivados para o trabalho), os agentes vão brigar comigo porque não é verdade*”.

Trabalho ACS

Os agentes comunitários de saúde atuam no nível de atenção básica em saúde, em que observam problemas de saúde do idoso, saúde da mulher, saúde da criança *etc.*, - e nesse ínterim também tratarão com os moradores sobre o problema do dengue (Enfermeira, 2014; Agente Comunitário de Saúde, 2014; Coordenador Campo Grande, 2013).¹⁸ “*O agente*

¹⁶ Pontos estratégicos são considerados locais vulneráveis à proliferação do vetor, devido ao acúmulo de materiais que servem como criadouros (ANVISA, 2008).

¹⁷ O Coordenador do combate ao dengue no município é o chefe do Serviço de Controle de Vetores do Centro de Controle de Zoonoses (Alcides Ferreira).

¹⁸ Brasil (1997) confirma a atuação dos ACS nessa seara, prestando assistência à criança, ao adolescente, à mulher, ao trabalhador, ao adulto e ao idoso.

comunitário de saúde é aquele que vai de casa a casa pra ver carteirinha de vacina, hipertenso, a saúde do idoso, da mulher, essa questão. E ele tem que fazer a parte educativa da dengue” (Coordenador Campo Grande, 2013). *“Os ACS são o elo de ligação entre a população e a unidade”* (Enfermeira, 2014). *“O ACS é a ponte que liga o morador à unidade de saúde”* (Agente Comunitário de Saúde, 2014).

As ações de combate ao dengue realizadas pelos ACS envolvem orientações às famílias sobre como evitar a reprodução do mosquito, algum controle mecânico¹⁹ mais simples e preenchimento do *checklist* do dengue. Os moradores do bairro confirmam o papel dos ACS na prestação de orientações sobre o combate e vistoria dos imóveis. Segundo o Morador 6 (2013), *“eles olham o quintal, dentro de casa, perguntam se não teve ninguém doente. Faz um monte de pergunta sobre a saúde e aí eles tá sempre orientando a gente”*.

De acordo com os moradores (2013), as visitas dos ACS para acompanhamento das ações e prestação de orientações é mensal. Além das orientações regulares junto aos moradores, os ACS participam de mutirões (normalmente durante o período epidêmico) determinados pela Secretaria de Saúde (SESAU) do município, que consistem num esforço específico para orientação e vistoria de imóveis unicamente em relação ao problema do dengue.

Além de orientações e controles mecânicos mais simples, os ACS preenchem um *checklist* da visita ao imóvel em relação ao dengue, que serve para gerar um relatório quantitativo de focos identificados e orientar os pontos que devem ser vistoriados pelo agente (Enfermeira, 2014). *“Ao final do mês a gente faz um fechamento, então em cima das informações colhidas por nós e pelos agentes de endemias, a Sesaú consegue saber quais regiões precisam do fumacê, de limpeza das áreas com caminhões de patrôla [...] então em cima das informações que a gente repassa, que eles (prefeitura) têm condições de saber a melhor forma de combate em cada região”* (Agente Comunitário de Saúde, 2014).

Os ACS do Parati ficam lotados na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) ‘Nova Esperança’, onde contam com a supervisão de uma enfermeira que direciona as microáreas de atuação de cada um e dá orientações sobre o trabalho a ser executado²⁰. Observa-se que para realizar a cobertura total da área do bairro seriam necessários dez ACS,

¹⁹ Eliminação, remoção ou vedação de depósitos com água que possam se tornar possíveis criadouros do mosquito do dengue (FUNASA, 2001a).

²⁰ O enfermeiro (a) tem a função de atuar como instrutor / orientador das atividades a serem realizadas pelos ACS (SAKATA, 2009).

no entanto apenas sete estão trabalhando no momento, sendo que uma área já está descoberta (área sem ACS orientando famílias) há mais de dois anos – por conta de atestado médico prolongado (o que não permite abrir concurso para a vaga).

As outras duas áreas sem cobertura estão relacionadas à ACS que pediram exoneração, então não há ACS específicos trabalhando nessas áreas. Para cobrir essas áreas descobertas, a enfermeira está remanejando os ACS disponíveis, no entanto reclama que para isso tem que deixar outras áreas descobertas. Da mesma forma, por conta dessas três microáreas descobertas, o Supervisor ACE Parati II (2014) afirmou ter disponibilizado um ACE exclusivamente para realização de vistoria nessas microáreas.

Dificuldades trabalho ACS

Existem algumas dificuldades que poderiam justificar a rotatividade observada nos ACS do Parati, dentre essas: (1) excesso de peso nas mochilas caso estejam carregando todo o material preconizado; (2) o desgaste do trabalho sob sol quente, sem a utilização de protetor solar e com o uniforme desgastado; (3) falta de materiais para a execução do trabalho; (4) o Ponto de Apoio (PA) atual é a UBSF, que está a uma distância considerável do bairro²¹; (5) a baixa remuneração paga aos ACS, que recebem um complemento por produtividade do SUS e um incentivo do governo do estado²².

“Pelo simples fato que eles trabalham debaixo de sol já considera um trabalho desgastante, porque eles andam. Daqui (UBSF) pro Parati, não é tão pertinho assim. Eles saem daqui para ir pro outro bairro e andar na área deles, então é um desgaste bastante grande. Tenho agente com problema de joelho, problema muscular, problema ortopédico por conta desse desgaste. Ainda leva a mochila, que se for levar todo o material que é preconizado, a mochila fica pesada. Tudo isso aí vai gerando um desconforto. Eles recebem uniforme, mas a maioria deles, se você for observar, já está velhinho e puído. Eles não recebem protetor solar. O salário é um salário baixo. Isso gera uma série de dificuldades” (Enfermeira, 2014).

“A primeira coisa que pega é a questão salarial, nosso salário é baixo. Nosso salário é complementado por uma produtividade SUS e um incentivo que vem do governo do estado.

²¹ Segundo um dos participantes (2014), desde que trabalha na UBSF Nova Esperança dizem que o centro comunitário será o ponto de apoio aos ACS do bairro Parati, mas até o momento continua sendo a unidade básica.

²² Atualmente a média salarial dos ACS é de R\$ 700,00 reais, somados R\$ 128,00 reais repassados pelo governo do estado de Mato Grosso do Sul (RESENDE, 2013).

Mas na hora de você se aposentar ou se licenciar você acaba perdendo isso. Então como compromete a sua renda, mesmo não tendo condições de você trabalhar, você tem que continuar trabalhando. Isso é uma coisa que realmente desmotiva” (Agente Comunitário de Saúde, 2014).

“Outra dificuldade que a gente enfrenta é em relação a recursos, falta de materiais. A falta de material muitas vezes nos impede de realizar um bom trabalho. Quando eu falo material é tudo, mochila, uniforme. Às vezes quando a gente começa um mutirão é falta de sacola” (Agente Comunitário de Saúde, 2014). Afirmação de um dos agentes públicos (2014) reforça a fala do ACS, *“vejo os agentes desmotivados, onde alguns trabalham um pouquinho e ficam bastante tempo de atestado”*.

No que se refere às dificuldades encontradas pelos ACS para o controle do dengue, identificou-se: (i) moradores que não deixam os ACS entrarem em suas casas para realizarem vistoria e prestar orientações (Agente Comunitário de Saúde, 2014; Coordenador Campo Grande, 2013); (ii) apesar das orientações, alguns moradores não realizam as tarefas de limpeza ou controle indicadas pelos agentes (Enfermeira, 2014; Coordenador Campo Grande, 2013); (iii) imóveis fechados sem morador (Coordenador Campo Grande, 2013); (iv) falta de entendimento das atribuições do agente em relação ao combate (Enfermeira, 2014); (v) conflito de horários entre ACS e moradores, que estão trabalhando no período de visita dos agentes (Enfermeira, 2014).

“Algumas pessoas tem certa resistência em receber o agente comunitário e o agente de endemias. Ele acredita que não há necessidade, que ele cuida do quintal dele e por isso não aceita a nossa visita” (Agente Comunitário de Saúde, 2014). Da mesma forma, existem aqueles moradores que embora recebam o agente, não realizam as ações indicadas. *“A gente tem uma parcela da população que, por mais que você oriente, eles não se conscientizam”* (Enfermeira, 2014). Outra dificuldade é a falta de entendimento das atribuições do ACS. *“O morador quer que a gente cate o lixo, vê a gente fazer as coisas e não se movimenta...eles ficam muito acomodados”* (Relato da Enfermeira sobre uma reclamação repassada por um ACS, 2014).

Além disso, a Enfermeira (2014) afirma que existe dificuldade em encontrar moradores na residência no momento da visita do agente. *“O que acontece é que no Parati tem muito funcionário público, que cumpre horário como a gente, então quando o ACS vai para a visita não encontra ninguém”*. Para contornar essa dificuldade, a Enfermeira (2014)

afirma que com a melhoria do relacionamento com a população, os ACS passam a conhecer a rotina dos moradores bem como o melhor horário para encontrá-los em suas residências.

“A gente tem um vínculo muito próximo ao morador, e só o fato de você ouvi-lo já faz com que o problema seja resolvido. Eu sempre falo que o ACS é o psicólogo do morador, é o assistente social, é o pai e mãe dele...então é interessante esse trabalho que nós desenvolvemos” (Agente Comunitário de Saúde, 2014). Caso não seja possível encontrar o morador na residência, é combinado um horário alternativo. Nessa situação, o ACS é liberado do serviço durante um período da semana, realizando a reposição em um sábado a fim de *“recuperar a residência visitada”* (Enfermeira, 2014).

De acordo com a Enfermeira (2014) e a Supervisora ACE Parati I (2014), os focos de dengue ou possibilidades de focos são normalmente encontrados sempre nas mesmas residências, onde é quase certa a presença de focos quando há a visita dos ACS ou ACE. Para a Supervisora ACE Parati I (2014), normalmente os moradores que recebem bem os agentes são aqueles que não têm problema nenhum em casa, mas quando os moradores não querem receber os agentes é porque existem problemas.

Situação bairro Parati

Apesar das dificuldades identificadas, o problema do dengue no bairro Parati parece estar controlado, pois no geral a população é bem colaborativa e os agentes bem aceitos nas residências. Segundo a Enfermeira (2014), *“essa estória de que o morador não recebe ou recebe mal o agente, isso é minoria”*. Afirmação essa reforçada pelo ACS (2014), *“essa coisa de que o morador não aceita a visita é eventual, vamos dizer que de 100 casas que se visita pode ocorrer em uma”*. Segundo Associação de Moradores Parati (2013), *“os agentes fazem um bom trabalho aqui, que eles estão passando direto nas casas. Aqui é muito difícil encontrar foco porque esses agentes trabalham bem”*.

Essa situação do dengue estar controlado no bairro Parati pode ser observada através do número de casos identificados junto aos moradores. Dentre os oito moradores participantes da pesquisa, apenas em duas ocorrências houve identificação positiva de dengue em algum morador da residência. Questionados se consideram o dengue um problema de saúde pública no bairro, os moradores (2013) afirmaram que ‘não’ consideram o dengue como um problema de saúde pública. Como afirmou o Morador 6 (2013), *“nunca fiquei sabendo que alguém teve dengue, passou muito mal e até morreu. No meu bairro não. Faz tempo que eu moro aqui já”*.

O Coordenador Campo Grande (2013) explica que o número de incidência do dengue nos bairros é feita por amostragem, assim às vezes pode estar tudo bem em uma casa, mas a do lado ter focos. Explica também que a ausência de foco, não quer dizer ausência de possibilidades de foco. Como a larva do mosquito sobrevive mais de um ano nos recipientes, quando começa o período de chuvas, pode ser que aquele bairro que não tinha focos, aumente em número de casos identificados. *“Então é tudo relativo. É uma amostragem, então às vezes ele dá incidência zero e às vezes não tem caso...mas daqui a pouco começa a chover, começa a aparecer os casos, começa a aumentar a incidência. Então isso é relativo”* (Coordenador Campo Grande, 2013).

Trabalho ACE

Em situações problemáticas como as citadas onde, por exemplo, os moradores têm focos de dengue em sua residência mas não desejam cooperar com o combate, então são chamados os ACE que visitam o imóvel para tentar persuadir o morador a colaborar com o combate. *“Quando eles (Agente Comunitário de Saúde) têm problemas ou dificuldades, quando eles não têm acesso...me comunicam que eu faço essas visitas extras. Quando chego no imóvel eu estabeleço prazos pro morador estar arrumando, e vou te falar que o trabalho está sendo bom, vou te falar que pelo menos 70% estão me ouvindo e fazendo a limpeza e manutenção do quintal. Eu peço pra quando o ACS tiver recusa, pra passar pra mim...que eu vou lá tentar quebrar essa recusa”* (Supervisor ACE Parati II, 2014).

Importante salientar que existe ‘integração’ entre Agentes Comunitários de Saúde (Agente Comunitário de Saúde) e Agentes de Combate a Endemias (ACE). Como já observado, aos ACS cabem orientações e visitas domiciliares às famílias, enquanto os ACE vistoriam e combatem o dengue em terrenos baldios, comércios e outros (igrejas, escolas, cemitérios, etc.) – todos os locais que ACS não cobrem (Supervisor ACE Parati II, 2014). *“O serviço nosso é realizado através dos ACS que fazem as visitas domiciliares e temos uma ACE que faz controle das endemias nas áreas descobertas e na área, por exemplo, terrenos baldios, comércios, igrejas, borracharias. Ou seja, todos aqueles locais onde os ACS não entram”* (Supervisor ACE Parati II, 2014).

Sobre a integração entre ACS e ACE, o Coordenador (2013) explica que *“o Ministério da Saúde, em 2010 para 2011, saiu uma portaria²³ pedindo a integração do agente de controle de endemias dentro do Programa de Saúde da Família. Então nós temos já 18 áreas*

de abrangência em Campo Grande onde tem o agente de controle de endemias dentro da estratégia de saúde da família. Então ali eles já tão trabalhando junto e incentivando mais o agente comunitário a dentro das residências ele tá vendo a questão dos depósitos, questão de orientação” (Coordenador Campo Grande, 2013).

Os ACE se dedicam especificamente à: (1) imóveis fechados sem morador; (2) controle mecânico de possíveis focos do mosquito; (3) comércios, terrenos baldios e outros, em que procuram observar possíveis criadouros para o mosquito do dengue e leishmaniose²⁴; (4) utilização de métodos de combate indisponíveis aos ACS, como os larvicidas; (5) realização do Levantamento de Índice Rápido (Lira), pesquisa para conhecimento da situação de cada bairro e direcionar ações de acordo com o caso.

O Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) tem uma equipe de chaveiro que atua especificamente na abertura de imóveis fechados (Supervisor ACE Parati II, 2014; Coordenador Campo Grande, 2013). *“Tem imóvel particular que tá fechado. O que tá pra aluguel e venda que tá na imobiliária, nós temos uma parceria com o sindicato dos imobiliários. Vai uma equipe nossa, pega a chave e trabalha isso lá...vai lá olhar, ver se tá tudo ok, vedar vaso sanitário, ralo. Então as casas pra aluguel e venda, a gente já tem um trabalho implantado”* (Coordenador Campo Grande, 2013). No entanto, a Enfermeira (2014) afirma que no bairro Parati são poucos imóveis nessa situação (fechados).

Aos ACE é permitida a utilização de métodos de combate diferenciados dos ACS, como os larvicidas, por exemplo. *“Vou falar por mim, que eu sou contra tratamento (larvicida), eu faço tratamento naquilo que é impossível eliminar, que é impossível tratar. Porque o correto é você eliminar, o trabalho mecânico mesmo. Você faz um tratamento em último caso, se não for possível eliminar, então vamos tratar”*²⁵ (Supervisor ACE Parati II, 2014).

Já o Levantamento de Índice Rápido (Lira) é uma pesquisa realizada pelos ACE, que serve ao CCZ para adoção de ações de acordo com cada situação de cada bairro, como a utilização dos fumacês. Para o levantamento se sorteiam alguns quarteirões dentro de um determinado bairro, para pesquisar o número de focos existentes nas casas amostradas

²³ Portaria n. 1.007, de 4 de maio de 2010, define critérios para a incorporação dos agentes de combate às endemias nas equipes de saúde da família (BRASIL, 2010).

²⁴ Doença relacionada ao dengue, devido a ambas estarem presentes quando não há higiene adequada do ambiente (SÃO PAULO, 2007).

²⁵ Esses locais são, por exemplo, ralos onde se acumulam água ou tambores que os moradores coletam água da chuva para aguar plantas (Supervisor ACE Parati I, 2014).

(Supervisora ACE Parati I, 2014). Um problema que pôde ser observado foi que, o relatório é realizado no horário de expediente dos agentes, e que, na situação de haver alguns imóveis fechados, talvez os imóveis mais críticos não sejam pesquisados (o que talvez influencie no real conhecimento do número de focos). No caso do Parati existem poucos imóveis fechados, mas talvez para outros bairros isso se mostre um problema mais relevante.

“O negócio do fumacê já é mais próprio do CCZ, mas quando eu vejo um fumacê eu me entristeço. Porque a população reclama que não passa mais o fumacê, não passa mais aquele veneno em casa. Eu falo, ‘levante as mãos pro céu e agradeça a Deus que está tudo bem’. O fumacê quer dizer que estava com dengue na região, o fumacê serve pra pegar o mosquito. O mosquito não tem como nós agentes combatermos, é impossível, só no fumacê. Então o nosso serviço é fazer com que não aconteça o mosquito. É você ir na ninhada do mosquito, retirar ele dali e não deixar ele voar. Então, quando acontece o fumacê, é que a coisa já está grave ou tendo algum problema” (Supervisor ACE Parati II, 2014).

Motivações da participação da população

Questionados sobre o que leva a população a colaborar e participar das ações de combate, os agentes públicos e privados afirmam que os moradores são motivados quando há relatos de casos e mortes por dengue na região, onde pensam que hoje a pessoa que morre pode ser alguém distante mas da próxima vez pode ser um amigo ou parente (Enfermeira, 2014; Associação de Moradores Parati, 2013; Simpap-MS, 2014; Coordenador Campo Grande, 2013). Nesse sentido, a Gerente (2014) e os Supervisores ACE Parati I e II (2014) relatam que atualmente os moradores da região estão assustados, em função das epidemias que o município de Campo Grande sofreu recentemente.

“Eu acho que buscamos ajudar o combate porque pode acontecer dentro de nossas casas” (Simpap-MS, 2014). *“Essa população ela não tem se engajado ainda. Só no período da epidemia quando ela vê que o parente tá doente, um filho, um irmão, sei lá, alguém da família pegou dengue. Aí ele começa a fazer, começa a ligar, começa a denunciar o vizinho, denunciar não sei quem. Mas a hora que acalma, a dengue é isso... ela vem explode, depois ela baixa...a população esquece. A gente não conseguiu ainda, já tentou todos os formatos (de combate), até agora não é toda a população como um todo que se engaja”* (Coordenador Campo Grande, 2013).

“Acho que não existe uma pessoa em Campo Grande que não teve dengue ou um familiar que teve dengue, então sentiu na pele ou viu de perto alguém sofrendo [...] se a

peessoa não se sensibilizar presenciando a doença de perto, não tenho ideia do que possa fazer essa pessoa se sensibilizar”. “Medo de morrer, ninguém quer ficar doente. Se você não limpar o seu quintal, corre o risco de pegar a dengue...a dengue teve a 1, 2, 3 e 4 aí cada vez mais perigosa. E outra, não dá pra ficar doente, depender do posto de saúde, hospital público. Se você ficar internado mais de uma semana, você corre risco de pegar infecção né” (Associação de Moradores Parati, 2013).

“Por causa dessas epidemias, pessoal fica um pouco assustado, tem muita morte por causa da dengue” (Supervisora ACE Parati I, 2014). *“E a população de um modo geral também colabora até mesmo porque, eles veem quando começa a ter as epidemias...que começa a soltar na mídia. Morreu fulano, morreu ciclano, morreu beltrano, morreu tantas pessoas de dengue...onde já, pelo menos, a população se assusta”* (Supervisor ACE Parati II, 2014).

De fato, as narrativas dos agentes públicos e privados coincidem com as afirmações dos moradores. Para os moradores, a principal motivação para realização do controle do dengue é evitar a doença em sua família e vizinhança, como observado na afirmação do Morador 1 (2013), *“Ah, a gente não quer ser contaminado, nem contaminar outras pessoas [...] então eu acho que se todo mundo fizer (o combate), eu acho que não vai mais ter esse tipo de doença, vírus”*. Segundo os moradores entrevistados, não há situação que os faça desanimar da realização do combate, como afirma o Morador 3 (2013), *“só de pensar que de repente você vai precisar ir pra posto de saúde, rapidinho motivação não falta”*.

O que incentivaria a participação da população

Os participantes da pesquisa deram algumas opiniões sobre o que incentivaria uma maior participação da população nas ações de combate. Foram mencionadas: (i) as ações de mobilização não deveriam começar apenas no final do ano, mas ser um esforço contínuo do governo (Agente Comunitário de Saúde, 2014; Simpap-MS, 2014; Supervisores ACE Parati I e II, 2014); (ii) a prefeitura deveria mandar alguns caminhões durante o ano para retirar entulho que os moradores acumulam nas residências (Agente Comunitário de Saúde, 2014; Supervisores ACE Parati I e II, 2014); (iii) poderia haver mais fiscalização e orientação no dia-a-dia pelos agentes (Gerente, 2014; Enfermeira, 2014; Moradores 1 e 6, 2013); (iv) poderia haver maior envolvimento com as escolas e Ceinfs (Supervisor ACE Parati II, 2014; Simpap-MS, 2014; Morador 1, 2013); (v) poderia multar quem não realiza ações de combate ao dengue na residência (Supervisores ACE Parati I e II, 2014; Moradores 4, 5 e 7, 2013); (vi) poderia ser dado um desconto nos serviços públicos e tributos que a população paga, caso

colaborassem com o combate (Morador 3, 2013); (vii) a prefeitura poderia fazer a limpeza dos terrenos baldios e cobrar o valor no IPTU do proprietário (Agente Comunitário de Saúde, 2014; Supervisor ACE Parati II, 2014).

Segundo o Agente Comunitário de Saúde (2014), Simpap-MS (2014) e Supervisores ACE Parati I e II (2014), as campanhas de conscientização deveriam ser realizadas ininterruptamente. *“Essas campanhas deveriam ser mais divulgadas, porque chega a época de chuvas e a dengue ta aí de volta, por isso temos que massificar o ano todo, para criar uma cultura de cuidados”* (Simpap-MS, 2014). Outro estímulo seria a retirada de entulhos presentes nas residências (Agente Comunitário de Saúde, 2014; Supervisores ACE Parati I e II, 2014). *“Precisaria de muito mais gente, estruturar melhor, caminhão pra tirar as coisas, aí é mais difícil”* (Supervisora ACE Parati I, 2014).

Na opinião do Morador 1 (2013), há necessidade de uma presença mais ativa dos agentes nas residências. *“Eu acredito que seria mais cobrança neh. Porque a gente só se lembra na hora, virou as costas já esqueceu”*. Da mesma forma, para o Agente Comunitário de Saúde (2014), *“não basta você orientar o morador, se ele não se sentir policiado, acaba se esquecendo”*²⁶. Outros participantes entendem que essa presença mais ativa poderia ser estendida às escolas e Ceinfs presentes no município (Supervisor ACE Parati II, 2014; Simpap-MS, 2014; Morador 1, 2013).

A Enfermeira (2014) afirma que a unidade de saúde poderia estar se envolvendo com as escolas para tratar sobre o dengue. Atuando no passado por oito anos como professora, a Enfermeira (2014) afirma que tratar sobre o tema em sala de aula é algo cobrado pela secretaria de educação, onde os professores inserem o assunto dentro das disciplinas que trabalham. Atuar em parceria com escolas da região foi também uma proposta indicada pelo Supervisor ACE Parati II (2014).

“Eu gostaria de ter como parceiros escolas, Ceinfs. Porque o CCZ tem um trabalho tão bonito com maquetes, com as larvas em cada estágio. A gente leva algum material de microscópio, é um trabalho muito bonito. Surte bastante efeito, principalmente quando se trabalha com as crianças, até na própria residência. Às vezes é mais útil você conversar com a criança da residência do que você conversar com os pais. Porque parece que quando você fala com a criança, ela já abre a mente, já quer fazer, não quer deixar do jeito que tava. Por

²⁶ Inclusive, um dos participantes (2014) aponta que problema similar ocorreu na própria UBSF, que, quando aberto o forro foi verificado que não havia cobertura sobre a caixa d'água.

isso que quando você faz um trabalho nas escolas e Ceinfs, o resultado é muito mais eficaz” (Supervisor ACE Parati II, 2014). Nesse sentido, a presidente do Simpap-MS (2014) afirma *“que é necessário criar um mecanismo para chamar a atenção, inclusive nas escolas. Estimular mais as crianças, porque a criança estimulada leva isto para casa. Um exemplo são meus netos, o que eles ouvem na escola com relação a dengue... a doenças, eles levam para casa ‘mãe, não pode fazer isso!’”*.

Outra forma de estimular a população a se engajar nas ações de combate seria através de multas aplicadas aos moradores (Supervisores ACE Parati I e II, 2014; Moradores 4, 5 e 7, 2013). *“Hoje em conversa com minhas agentes, elas questionaram sobre a possibilidade de colocar uma multa para aqueles casos reincidentes, acho que seria uma boa ideia. Mas o problema é que normalmente as casas que têm mais focos são daquelas pessoas mais humildes. E o governo depende do voto deles também, então acho que não vão fazer isso”* (Supervisora ACE Parati I, 2014). *“Quintal sujo, tem que dar multa. Pra eles tomarem mais cuidado”* (Morador 4, 2013).

Além de multas, outro incentivo seria através de desconto nos serviços públicos consumidos pela população. *“Um incentivo talvez seria...o esgoto vem muito caro. Quem trabalha da forma correta poderia ter um abatimento, seria um incentivo”* (Morador 3, 2013). Nesse sentido, outra forma de incentivar seria limpar os terrenos em situação irregular e cobrar o valor do serviço no IPTU do proprietário. *“Notificação pra que esse proprietário limpasse o seu terreno, mantesse seu terreno limpinho. Caso contrário, desse um prazo, se ele não resolveu, a prefeitura vai lá e limpa, “mete (cobra o valor) no IPTU dele”. Acha algum meio que força essa pessoa a limpar o seu terreno”* (Supervisor ACE Parati II, 2014).

De acordo com o Coordenador (2013), já foram realizadas várias tentativas de mobilizar a população para as ações de combate, no entanto, nenhuma se mostrou satisfatoriamente eficaz. *“Ao longo dos tempos, a gente foi mudando a forma de...mas nenhuma mostrou ainda um resultado satisfatório mesmo...que você possa “vamos emplacar essa, que vai emplacar”. Atinge uma parte da população, a grande maioria não se mobiliza, não se incomoda”* (Coordenador Campo Grande, 2013).

Coprodução em nível individual, grupal ou coletivo

Os moradores do bairro Parati se mostram individualistas frente à situação do dengue, onde não apresentam a mesma disponibilidade para cuidar de sua residência e do bairro (Agente Comunitário de Saúde, 2014; Enfermeira, 2014; Supervisores ACE Parati I e II,

2014; Associação de Moradores Parati, 2013; Simpap-MS, 2014; Coordenador Campo Grande, 2013). *“Eu cuido da minha casa, praças são de responsabilidade dos órgãos públicos”* (Relato do ACS baseado na afirmação de um morador, 2014). *“Eu não vejo disponibilidade dos vizinhos em realizar um trabalho conjunto... é bem individualista, cada um cuida do seu. E a gente considera que quando cada um cuida do seu, a gente já fica feliz”* (Enfermeira, 2014).

“Tem gente que acha que o poder público é que tem que fazer isso na nossa casa. Quem participa no bairro é um número muito pequeno, um número muito pequeno. Aí é o ponto, que se a gente conseguisse que essa população tivesse uma participação maior. E falo isso porque assim, a gente faz eventos em alguns bairros, em algumas regiões ou na área central e você vê que a participação é muito pouca. A população é assim, enquanto você não oferecer nada pra ele, ele não tem interesse...ele quer algo que ele tenha algo em troca, ele quer ganhar alguma coisa. E nesse momento o que você tá proporcionando, na verdade é conhecimento. Mas parece que não é interesse da grande maioria e aí você consegue muita pouca adesão” (Coordenador Campo Grande, 2013).

Com relação a ações de combate ao dengue na comunidade, metade dos moradores participantes (2013) afirmou ver ações em andamento sendo executadas pelos agentes públicos, mas apenas um morador participou de ações de combate comunitárias. A ação comunitária que o Morador 1 participou consistiu na limpeza e coleta de materiais dispostos irregularmente na rua em que morava. Os moradores (2013) que não participaram de ações comunitárias de combate justificaram sua ‘não participação’ por: (i) ausência de agentes articuladores no bairro para promover essas ações (3 ocorrências) e falta de tempo para participar das ações (3 ocorrências). O morador (2013) restante não conseguiu atribuir motivo algum para a não participação.

Nesse sentido o Morador 7 (2013) indica, *“participo em casa, porque eles vêm orientar a gente. Agora participar assim em outros lugares, não. Não tem como a gente participar se a gente trabalha. Se tivesse, mas não tem como...”*. Já para o Morador 4 (2013), *“olha, eu to morando aqui há dois anos praticamente e eu nunca ouvi anúncio de nada falando de fazer algum trabalho comunitário com todo mundo junto. Porque se tivesse alguma ação, alguma coisa, eu seria uma das primeiras pessoas que estaria junto trabalhando”*.

Os participantes explicam que embora a maior parte dos moradores não colabore com o combate em ações mais amplas na comunidade, eles ficam atentos a conduta de vizinhos ou

outros moradores (Agente Comunitário de Saúde, 2014; Supervisora ACE Parati I, 2014). *“As pessoas costumam quase sempre apontar falhas que eles veem no dia-a-dia, o terreno baldio que não está limpo, o vizinho que não está cuidando bem do seu quintal. Para essas pessoas, o governo municipal, estadual, federal tem culpa, menos ele”* (Supervisor ACE Parati II, 2014).

A Associação de Moradores Parati (2013) afirma que é difícil observar um relacionamento entre os moradores do bairro. *“Aqui o pessoal é cada um por si mesmo, é bem complicado. Então tem ruas que os vizinhos mal dão bom dia e tchau. Isso quando acontece o bom dia, às vezes nem isso”* (Associação de Moradores Parati, 2013). E continua, *“aqui é difícil vizinho ter convivência com outros vizinhos [...] aqui dentro do Parati, ninguém participa com nada, cada um tem sua vida. Pessoal que tem um pouco mais de dinheiro, vai no shopping ou no centro, então nada envolve aqui. Eventos fazer aqui é muito difícil. Então por ser um bairro pequeno, ninguém participa de nada não. É complicado”* (Associação de Moradores Parati, 2013).

Motivações: setor público ou condições econômicas

A motivação do setor público em realizar ações de controle do dengue juntamente a população é devido à prevenção ser uma opção mais barata economicamente do que a despesa com tratamento de pacientes (Gerente, 2014; Agente Comunitário de Saúde, 2014; Supervisor ACE Parati II, 2014). *“Se tem uma epidemia, o cofre público começa a se esvaziar, porque ele tem que atender aquela população. E às vezes deixa de aproveitar o dinheiro que seria gasto em outra coisa, pra gastar o dinheiro em algo que poderia ser evitado. Quando você trabalha o preventivo, lá na frente ele te dará lucro”* (Supervisor ACE Parati II, 2014).

Na opinião da Associação de Moradores Parati (2013) e Simpap-MS (2014), não apenas o gasto com tratamento é reduzido, mas o próprio gasto com o combate também. *“Isso custa menos dinheiro, porque se depender tudo do governo, eles têm que movimentar muito pessoal e acaba envolvendo muito dinheiro. Seria muito mais dinheiro do bolso do governo, isso que eles não querem. Então pelo menos nisso, meio ironicamente, eles querem a participação da população”* (Associação de Moradores Parati, 2013). *“Eu acredito que justamente por este motivo, da pouca quantidade de agentes (que a prefeitura tem disponível)”* (Simpap-MS, 2014).

Com um olhar mais crítico, um dos participantes (2014) afirma não ter certeza se há de fato interesse do poder público em fazer com que a população participe, argumentando que, se

forem observadas as últimas epidemias que o município viveu recentemente (2007, 2010 e 2012), houve adição de recursos no município para controle da epidemia e a contratação de licitações em caráter emergencial. Isso, além de impedir a participação da sociedade, inibe o controle social, o que abre brechas para corrupção. Da mesma forma, esse foi um apontamento de outro participante (2014), que afirma que em situações emergenciais são disponibilizados uma maior quantidade de recursos do ministério da saúde.

Para a Supervisora ACE Parati I, a motivação do governo é *“porque a dengue é uma doença grave, que leva a óbito. Apesar da população achar que não, apenas um mosquitinho pode levar a óbito. “Aquilo não dá nada não”* (Relato Supervisora ACE Parati I baseado na fala de um morador, 2014). *Com tantos casos de óbito e a população ainda pensa assim. A gente vê muito isso, principalmente em periferia, parece que a pessoa não se importa, se vai morrer ou não vai, se vai ficar internada ou não vai...parece que gosta de ficar na fila do posto”*. Já para o Coordenador Campo Grande (2013), o governo precisa da ajuda da população, devido a sua incapacidade de atuar sozinho no combate ao dengue.

Condições técnicas

Nesse sentido, entende-se que o combate não poderia ser realizado sem a participação da população (Gerente, 2014; Agente Comunitário de Saúde, 2014; Supervisora ACE Parati I, 2014; Coordenador Campo Grande, 2013). Considera-se que o governo tem sua parcela de contribuição, mas se a população evitasse deixar lixo e recipientes com água a céu aberto, melhoraria muito a situação do dengue no bairro.

“Cada um tem que fazer a sua parte, o governo tem que fazer a sua parte, a prefeitura também, mas se a população abraçar essa causa e deixar de fazer essas coisas ajudaria muito” (Gerente, 2014). Segundo a Enfermeira (2014), o combate deve ser um trabalho em conjunto de todos, em que o governo tem que dar o apoio e as condições para que as ações aconteçam e aconteçam com qualidade. *“Não é possível a gente realizar o combate sozinho, porque nossa visita domiciliar é realizada uma vez por mês. Se for um período chuvoso e os moradores não realizarem as ações que foram orientadas, dentro de duas semanas eu vou encontrar um foco de dengue ali”* (Agente Comunitário de Saúde, 2014).

“Pra resolver o problema da dengue só com a população mesmo, se eles quiserem. Porque se cada morador limpar o seu quintal e o entorno já ajuda, já resolveria o problema. A população é o ponto-chave, eles que tinham que se empenhar, sem a ajuda deles não tem como” (Supervisora ACE Parati I, 2014). *“Porque só o poder público indo lá diariamente não*

tem resolvido isso, já é histórico, a gente tem estudo sobre isso. Então é preciso que a população se engaje, se ela não se engajar, você sozinho você vai apagar o fogo” (Coordenador Campo Grande, 2013).

De fato, os moradores (2013) entrevistados afirmaram auxiliar no combate ao dengue realizando limpeza e evitando deixar acumular água em estruturas presentes em suas residências. *“Bom, aqui a gente não tá é deixando a água ficar parada. Tomando os cuidados que eles (agentes) mesmos ensinam pra gente”* (Morador 1, 2013). *“Limpeza neh. Não deixando acumular água, não deixando acumular sujeira”* (Morador 3, 2013). No entanto, os moradores (2013) não conseguiram identificar outras formas de participação além daquelas que já executam, o que poderia ser um indicativo da necessidade (e dependência) das orientações realizadas pelos agentes públicos.

Diferenças do Parati em relação a outros bairros

É possível observar diferenças entre os moradores do Parati em relação à população de outros bairros da região. O perfil dos moradores do Parati é de pessoas concursadas, com nível de escolaridade superior aos moradores do ‘bairro Nova Esperança’ (que também é atendido pela UBSF). Além disso, as condições financeiras dos moradores do Parati são superiores a dos moradores do bairro Nova Esperança (Gerente, 2014; Enfermeira, 2014; Agente Comunitário de Saúde, 2014; Supervisor ACE Parati II, 2014).

Embora se perceba um nível de instrução diferente entre a população dos dois bairros, não há falta de informação em relação ao combate (Gerente, 2014; Enfermeira, 2014; Supervisora ACE Parati I, 2014). Neste sentido, a Enfermeira (2014) afirma que *“todo mundo sabe o que é dengue e todo mundo sabe como evitar, mas ainda existe muita resistência”*. Ainda, a Supervisora ACE Parati I (2014) afirma, *“eu acho que hoje em dia tem muita informação, a televisão tá batendo muito em cima disso, tem muita publicidade. Então a pessoa só não faz se não quiser, porque todo mundo sabe o que tem que fazer pra combater a dengue. Aquele que não faz é porque não quer mesmo”*.

Outro elemento que diferencia os bairros é que, boa parte dos moradores do Parati tem plano de saúde, enquanto os moradores do Nova Esperança são mais dependentes da unidade de saúde. *“Se você observar bem, as ruas (do Parati) são asfaltadas, têm rede de esgoto, praticamente 99% das casas são de materiais de alvenaria. Se for ver, uns 70% da população do bairro é formado por funcionários públicos que estão estabilizados, que vivem bem – o que possibilita ter melhores condições de vida. Por terem uma condição financeira melhor,*

os moradores procuram atendimento médico junto a seus planos de saúde, sendo que a grande parcela da população atendida na UBSF é proveniente dos outros bairros da região – que é o pessoal mais carente, que realmente precisa do serviço de atendimento do SUS. Não que o pessoal do Parati não procure, mas a procura é pequena em função do que poderia ser ofertado” (Agente Comunitário de Saúde, 2014).

“Dos bairros que eu trabalho, o Parati é o melhor. Dos bairros que eu trabalho o que tem menor índice de infestação é o Parati. Toda sexta-feira tem uma reunião na unidade de saúde com os ACS e ACE sobre os casos, para a gente fazer relatório e repassar ao CCZ. Nessa reunião a gente percebe que o Parati sempre tem menos focos, é bem menor. Quando te expliquei a situação da patrôla (utilização de caminhões para retirada de lixo dos terrenos), inclusive eu achei que no Parati nem teria necessidade de passar a patrôla” (Supervisor ACE Parati II, 2014).

Parceiros na implementação

Com relação aos parceiros atuantes na dinâmica de combate, um dos parceiros identificados foi o conselho local de saúde (Gerente, 2014; Enfermeira, 2014; Agente Comunitário de Saúde, 2014). Segundo o ACS (2014), o conselho é constituído por trabalhadores da unidade de saúde, gestores e comunidade. O conselho de saúde atua no sentido de atender solicitações da UBSF junto ao governo, cobrando algum posicionamento mais efetivo por parte da prefeitura (Enfermeira, 2014; Gerente, 2014).

Alguns membros do conselho local são líderes comunitários, que facilitam o trabalho dos ACS na relação com os moradores. Apesar de o conselho contar com a participação de alguns líderes comunitários, a Gerente (2014) afirma que nenhum conselheiro é morador do bairro Parati. Segundo ela, se tentou entrar em contato com o presidente da associação de moradores do bairro para que esse fizesse parte do conselho, no entanto o presidente não demonstrou interesse em participar.

Nesse sentido, o presidente da associação de moradores (2013) afirma, *“eles fizeram um conselho pra ver se começava a construir um posto de saúde, já era até pra tá pronto. O ex-presidente falou pra mim ir lá fazer parte, mas não procurei muito. Aí encontrei a agente de saúde, ela falou que queria meu telefone, passar pra eles, pra quando tivesse uma reunião me chamar. Passei meu telefone, mas não me ligaram não. Mas eu não fui atrás. Porque eu já tenho tanto compromisso, tanta coisa. Aí eu falei não...se precisar de mim pra alguma*

coisa, eu vou ajudar, mas também eu não vou correr atrás pra fazer parte disso” (Associação de Moradores Parati, 2013).

Apesar dessa não participação no conselho local, a associação foi identificada como parceira das ações de combate. A associação cede seu espaço físico para os ACE o utilizarem como Ponto de Apoio (PA), onde eles fazem suas reuniões e guardam materiais de expediente (Associação de Moradores Parati, 2013; Supervisora ACE Parati I²⁷, 2014). Em relação sobre o que motivou a participação da associação, o presidente afirma que *“tem lugar que é bem complicado pra eles trabalharem, entrarem nas casas, ir atrás dessa limpeza. Então eu acho que tem que ter apoio mesmo, por isso é importante, se não já era pra ter um monte de foco”* (Associação de Moradores Parati, 2013).

De acordo com o Supervisor ACE Parati II (2014), *“seria importante que os presidentes de bairro trabalhassem conjuntamente com os agentes, pra agendar um horário em que os agentes pudessem passar* (no caso daqueles moradores que trabalham a maior parte do dia). *Inclusive a associação de moradores do Parati foi alvo de denúncia, eu fui lá e vi que a situação é crítica. Como alguns ACE utilizam a associação como PA, eu fui lá e instruí eles pra que resolvessem a situação”*.

Outro parceiro identificado pela Gerente foi o Sindicato dos Papiloscopistas e Peritos Oficiais de Mato Grosso do Sul (SIMPAP-MS), que fornece o espaço de sua sede para execução de ações e eventos da unidade de saúde. Segundo a presidente do Simpap-MS (2014), o sindicato não atua diretamente na ação mas apoiando quem está participando do movimento. *“É um suporte mesmo, até porque o sindicato funciona hoje com três pessoas aqui dentro. Como é um sindicato pequeno, o que podemos estar oferecendo no momento é o espaço”* (Simpap-MS, 2014). Em relação sobre o que motivou a participação do sindicato, a presidente afirma *“acredito que, por sermos uma entidade, temos que estar vindo de encontro aos anseios da comunidade. Esta região já teve um grande número de focos, hoje tem bem menos. Já que estamos aqui na comunidade precisamos participar um pouco”* (Simpap-MS, 2014).

Além disso, o Agente Comunitário de Saúde (2014) afirma que os comércios da região permitem que sejam anexados cartazes com os informes sobre o dengue em seus

²⁷ Cabe salientar que existem duas equipes de Agentes de Combate a Endemias no bairro Parati. Apenas a equipe do Supervisor ACE II está integrada à UBSF e aos agentes comunitários de saúde, utilizando assim como PA a própria unidade de saúde. Já a equipe da Supervisora ACE I não está integrada à unidade de saúde do bairro, utilizando dessa forma, a associação de moradores do bairro como ponto de apoio para seus agentes.

estabelecimentos. Apesar da ajuda fornecida por algumas organizações do bairro, no geral o que se observa é a falta de apoio (Enfermeira, 2014; Agente Comunitário de Saúde, 2014). “*Nós nunca procuramos, nem nunca fomos procurados nesse sentido*” (Agente Comunitário de Saúde, 2014). “*Eu não sei de parceiros no Parati. Se existe, foi direto pelo CCZ*” (Supervisor ACE Parati II, 2014).

Processo de implementação

Para começar a esclarecer o processo de implementação via abordagem de coprodução, na Figura 6 é apresentada a estrutura de implementação de controle do dengue do bairro Parati.

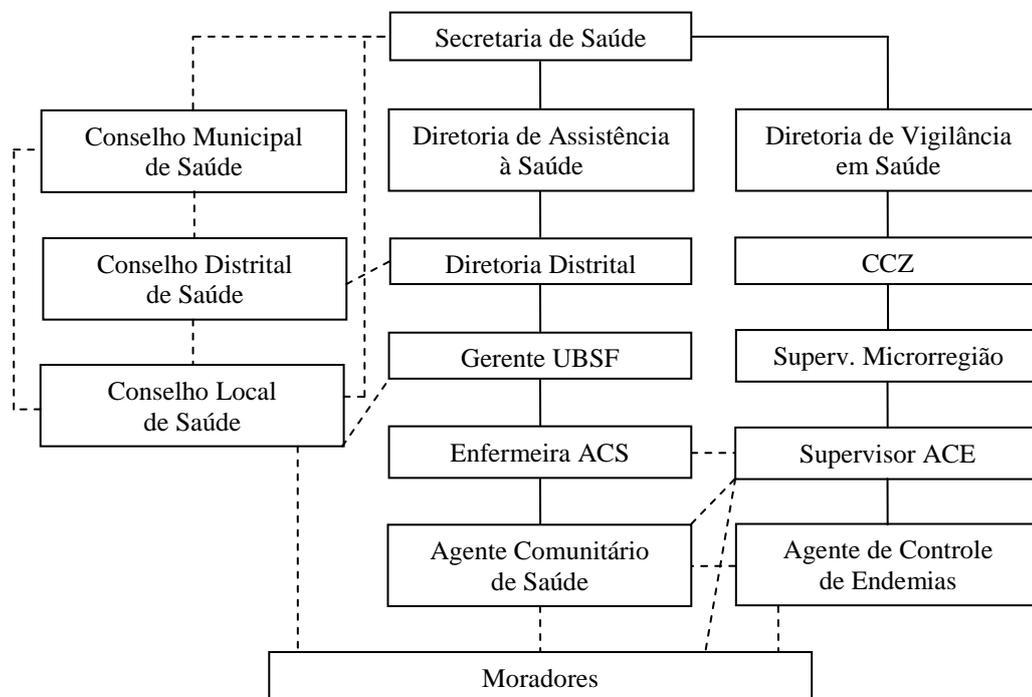


Figura 6 - Estrutura de implementação das ações de controle do dengue no bairro Parati

Legenda: Linha contínua – subordinação / Linha tracejada – vinculação funcional

Fonte: Elaborado pelo autor com base nas entrevistas e em Campo Grande (2009).

As orientações ou direcionamentos sobre as ações de políticas públicas em relação ao combate ao dengue vem da secretaria de saúde do município, que repassa essas orientações à diretoria do distrito sul que por sua vez, repassa essas orientações às unidades básicas de saúde de sua área (Gerente, 2014; Enfermeira, 2014). Nessas orientações já vem determinado como será realizado o combate e a programação das atividades a serem realizadas (como os mutirões, por exemplo). Em reuniões do distrito sanitário sul, a Gerente (2014) através de

conversas com outros gerentes, observou que não há diferenças no modo com que a prefeitura implementa a política de controle do dengue nos diversos bairros.

Segundo a Enfermeira (2014), essas divisões administrativas são necessárias para melhorar a comunicação com a secretaria de saúde. De acordo com a Gerente (2014), na prática não há uma abertura para discussão daquilo que vem determinado pela prefeitura. O que acontece em algumas situações é, quando um agente identifica algum ponto ou ideia que pode trazer melhorias, repassa essa observação à gerência da unidade. A gerência com essa observação em mãos repassa à diretoria do distrito sul, que repassa essa observação à secretaria de saúde.

Para os Supervisores ACE Parati I e II (2014), é responsabilidade do CCZ determinar as ações de combate que serão realizadas no município. A coordenação técnica do CCZ é quem monta o planejamento do combate no município e repassa à secretária de saúde, que avalia e determina as ações que serão colocadas em prática. Os direcionamentos do CCZ são repassados aos supervisores gerais de cada região, que repassa aos supervisores de área dos bairros e em seguida para os agentes de endemias (Coordenador Campo Grande, 2013).

“No CCZ que se determina quais serão as ações executadas em cada bairro, eles sabem as regiões que tem índice mais alto ou mais baixo e decidem onde serão feitos os mutirões. Essas determinações são repassadas pra um supervisor geral da região do anhanduízinho, que repassa para os supervisores de área”. “Dessa forma é feito. Supervisores gerais...então região urbana tem um supervisor geral. Abaixo deles, supervisores de área, que aí ele tem de oito a dez agentes sob sua responsabilidade. E o agente que tem uma microárea determinada, de 800 a 1000 imóveis que ele visita a cada dois meses. Essa é a estrutura. Então quem faz o trabalho de controle da dengue é o agente de controle de endemias” (Coordenador Campo Grande, 2013).

Como na UBSF Nova Esperança existe a integração entre agentes comunitários de saúde e agentes de endemias, as situações críticas encontradas nas casas pelos ACS são diretamente repassadas ao supervisor ACE ou aos agentes de endemias da área (Supervisor ACE Parati II, 2014). *“Eu peço pra quando o ACS tiver recusa, pra passar pra mim...que eu vou lá tentar quebrar essa recusa”* (Supervisor ACE Parati II, 2014).

Condições normativas / plano de ação de combate

As ações de políticas públicas do combate ao dengue do município são legalmente constituídas através do “plano de ação de combate ao dengue”. Nenhum dos participantes da

pesquisa entrevistados (Gerente, 2014; Enfermeira, 2014; Supervisores ACE Parati I e II, 2014; Agente Comunitário de Saúde, 2014; Associação de Moradores Parati, 2013; Simpap-MS, 2014) no bairro afirmou ter participado da elaboração desse plano de ação. Da mesma forma, nenhum dos moradores (2013) participantes afirmou conhecer ou ter participado da elaboração do plano de ação.

“Quando você me pergunta se a gente participa desses planos de ação... não, a gente só executa. Seria interessante a gente participar na elaboração” (Agente Comunitário de Saúde, 2014). *“Algum plano assim onde vamos sentar, reunir e discutir o que vamos fazer? A mim nunca foi passado”* (Supervisor ACE Parati II, 2014). Aparentemente, os implementadores não sabem ao menos quem é o responsável pela elaboração do plano, pois a Gerente atribui sua confecção ao SESFACS (Serviço Estratégia Saúde da Família e ACS) e a Enfermeira à própria secretaria de saúde do município (Sesau).

Já o Coordenador (2013) esclarece que o plano de ação de combate ao dengue é desenvolvido na coordenadoria de controle de vetores do CCZ. São membros dessa coordenadoria de controle de vetores, o coordenador, os oito supervisores gerais das microrregiões urbanas de Campo Grande, um responsável pulverização (fumacê) e o diretor do CCZ. O plano desenvolvido é um plano interno da secretaria de saúde, que definirá a atuação dos agentes públicos, como o modo de ação sobre visitas domiciliares, pontos estratégicos *etc.* (Coordenador Campo Grande, 2013).

Para constituição do plano, esse setor utiliza de séries históricas de incidência, bem como dos relatórios de casos de suspeitas de dengue condensados na secretaria de saúde, para conhecimento dos bairros mais atingidos. Esse plano de ação interno é apresentado ao secretário de saúde do município para aprovação. Após a aprovação do secretário, o plano é apresentado no conselho municipal de saúde e parceiros, que constituem o ‘Comitê de Mobilização de Combate à Dengue’²⁸ (Coordenador Campo Grande, 2013).

Dentre os parceiros internos podem ser citadas outras secretarias municipais, como secretaria de obras e secretaria de meio ambiente. Por exemplo, a secretaria de obras auxilia nos mutirões de limpeza nos bairros, onde utiliza de seus caminhões para a retirada de entulho presente nas residências. Outro exemplo é a atuação da secretaria de meio ambiente, que notifica e multa os proprietários de imóveis e terrenos baldios que se recusam a colaborar com

²⁸ Segundo o Coordenador, a motivação à constituição do comitê de mobilização já era prevista no PNCD. *“Constituir Comitês Nacional e Estaduais de Mobilização com participação dos diversos segmentos da sociedade”* (FUNASA, 2002, p. 10).

o combate, uma atribuição que foge ao trabalho da secretaria de saúde. Dentre os parceiros externos podem ser citados: o Exército, o Rotary Club, o Conselho Regional de Corretores de Imóveis (CRECI), o Conselho Regional de Engenharia e Agronomia de Mato Grosso do Sul (CREA), Maçonaria, *etc.* (Coordenador Campo Grande, 2013).

Situações conflituosas

Não foi possível observar situações conflituosas durante a elaboração do plano de ação, já que nenhum dos entrevistados do bairro afirmou ter participado. Da mesma forma, de acordo com os participantes, não existe qualquer situação conflituosa na unidade no que se refere ao relacionamento entre ACS e ACE. *“Vou te falar que problema com os ACS eu não tenho nenhum, seja pessoal ou a respeito de serviço, nosso trabalho é tranquilo. Com a gerente da unidade, com as enfermeiras da unidade, com os funcionários da unidade básica, até o momento é cem por cento. Tá tudo tranquilo, não tem conflito”* (Supervisor ACE Parati II, 2014).

Já os ACS ficam insatisfeitos por atuar nos mutirões, pois nesse tempo (em que são realizados os mutirões) se deixa de tratar de uma série de problemas para falar especificamente de dengue. Esses problemas e respectivos atendimentos às famílias serão cobrados a seu tempo por sua chefia (Enfermeira, 2014; Agente Comunitário de Saúde, 2014). Esse conflito de interesses foi citado por um participante (2014), afirmando que existe uma pressão na unidade de saúde para a adesão aos mutirões, *“isso acaba nos desmotivando e nos vemos obrigados (a participar dos mutirões)... porque se você não faz acaba tendo sanções lá na frente. A gente adere ao mutirão por pressão ou medo, pois dizem que se a gente não aderir, não vão pagar nosso salário”*.

Espaço para discussão com moradores

Procurando saber da existência de um espaço ou abertura para discussão das ações junto à população atendida, o único espaço identificado foi o conselho local de saúde (Gerente, 2014; Enfermeira, 2014; Agente Comunitário de Saúde, 2014; Coordenador Campo Grande²⁹, 2013). De acordo com a Enfermeira (2014) e Coordenador (2013), os moradores devem procurar algum dos conselheiros (que representam a comunidade dentro do conselho) para apresentar sua demanda, no entanto pouca gente procura saber sobre o conselho ou assistir as reuniões. *“Geralmente se você vai nesses lugares, é um mínimo de pessoas que vão*

²⁹ O Coordenador (2013) indica também os conselhos das regiões urbanas do município e o conselho municipal de saúde como espaços onde é possível discutir as ações de políticas públicas.

pra discutir isso. Fora associação de moradores, convidava a população pra quem quisesse participar...ia meia dúzia de pessoas pra chegar numa discussão” (Coordenador Campo Grande, 2013).

No conselho local de saúde os problemas são apresentados, discutidos e deliberados, e se encaminha ofícios para as secretarias responsáveis por cada problema indicado (ACS, 2013 - membro do conselho). *“Nos ofícios nós questionamos os motivos dos atrasos nos problemas citados. As secretarias têm um prazo de 30 dias para encaminhar resposta sobre os ofícios, o que não significa que o problema está resolvido. Um exemplo da ação do conselho é que a própria reforma da unidade de saúde é resultado de um ofício encaminhado à secretaria de saúde em fevereiro de 2013. O conselho de saúde tem autonomia até para indicar irregularidades de desvio de dinheiro, encaminhando ofício para o ministério público”* (Agente Comunitário de Saúde, 2014).

No entanto, Supervisores ACE Parati I e II (2014), Associação de Moradores Parati (2013), Simpap-MS (2014) e moradores (2013) afirmaram não conhecer qualquer espaço nesse sentido, que permita aos moradores opinar sobre as ações de políticas públicas. *“Se tem um espaço nesse sentido eu desconheço, nunca ouvi falar”* (Supervisor ACE Parati I, 2014). *“Aqui é muito difícil, eu acho que eu não ouvi falar não. Às vezes em outros bairros acontece”* (Associação de Moradores Parati, 2013). *“Esse espaço deveria ser aberto à população, eu não sei se há essa brecha. Eu não sei se existe, mas se não existe é uma falha muito grande, até porque cada caso é um caso. Cada bairro, cada região é uma estória, então cada um tem o seu jeito de trabalhar”* (Supervisor ACE Parati II, 2014).

Canais de reclamações ou sugestões

Com relação aos canais para efetuar reclamações e sugestões, existem duas formas principais. Na primeira, o morador liga na ouvidoria da secretaria de saúde para efetuar sua reclamação, que repassa ao distrito, que repassa a unidade de saúde (Gerente, 2014; Enfermeira, 2014; Coordenador Campo Grande, 2013). Na segunda, o morador procura a unidade básica ou os agentes para realizar a reclamação (Gerente, 2014; Enfermeira, 2014; Agente Comunitário de Saúde, 2014).

Os relatos dos moradores (2013) demonstram que metade procuraria os ACS ou a própria unidade de saúde caso necessitassem de ajuda, no entanto, a outra metade dos moradores não soube dizer quem ou onde procurariam caso precisassem realizar uma reclamação. Interessante observar que a primeira forma de reclamação citada pelos agentes

públicos (ouvidoria) sequer foi citada por qualquer dos moradores participantes da pesquisa. Outro elemento a ser observado foi que nenhum dos moradores (2013) afirmou ter precisado realizar qualquer tipo de reclamação ou conhecido qualquer pessoa que tenha precisado realizar alguma reclamação.

Já os Supervisores ACE Parati I e II (2014) e Coordenador (2013) informaram que indicam aos moradores ligar no CCZ, vigilância sanitária ou ouvidoria da prefeitura para efetuar reclamações ou denúncias. *“Aqui no CCZ tem dois telefones, que a gente divulga isso pra população e tem a ouvidoria da Secretaria de Saúde e da Prefeitura. Todos esses canais, as pessoas fazem as suas reclamações, fazem os seus pedidos e chega pra gente”* (Coordenador Campo Grande, 2013). Por outro lado, o presidente da Associação de Moradores Parati (2013) afirma não haver muitas reclamações sobre dengue, justificando para isso, que cada pessoa cuida da sua casa.

Discussão ou comunicação das ações

Com relação a entender se as ações de combate são discutidas ou simplesmente repassadas à população, a Gerente (2014) acredita que as ações sejam discutidas. Afirma isso em função do que os ACS repassam a ela de informação, no entanto afirma não ter participado efetivamente de qualquer ação a campo até o momento. Já para a Enfermeira (2014), as ações são apenas comunicadas à população porque a maioria não questiona, *“eles recebem a orientação do que deve ser feito e não questionam”*.

Para ela, talvez a justificativa para esse não questionamento se deve a quantidade de vezes que as orientações de combate foram repassadas através da mídia. *“Esse debate eu não vejo acontecer, acho que é uma coisa tão instituída que só o que falta é colocar em prática”* (Enfermeira, 2014). Opinião reforçada pela Supervisora ACE Parati I (2014), *“acho que é mais comunicada, a gente chega lá, passa as orientações pro contribuinte. Orientações têm, basta eles porem em prática”*. Para a presidente Simpap-MS (2014) há a orientação por parte dos agentes, mas não se aprofunda qualquer discussão junto aos moradores.

O Agente Comunitário de Saúde (2014) confirma que as ações são apenas comunicadas, e que, se a população quisesse dar sua opinião deveria procurar os fóruns municipais de saúde, que são realizados com o objetivo de ouvir a população e suas demandas. *“Na minha opinião, o poder público sabe o que deve ser feito em cada bairro, mas se a população não cobra ‘não fica em cima’, essas promessas vão ser cumpridas apenas em época de campanha”* (Agente Comunitário de Saúde, 2014).

Tendo em vista os pontos destacados nessa subseção, o Quadro 5 apresenta um panorama geral da descrição do bairro Parati.

QUADRO SÍNTESE CASO PARATI
Situação Parati - Problema do dengue controlado, população colaborativa e agentes bem aceitos nas residências.
Trabalho ACS - Atua na atenção básica em saúde. Realiza orientações junto às famílias, controle mecânico e preenchimento <i>checklist</i> . Necessários 10 ACS para cobertura do bairro, contudo apenas sete trabalhando.
Dificuldades ACS - Dificuldade em entrar nas residências para prestar orientações, não realização das tarefas indicadas, imóveis fechados sem morador, falta de compreensão acerca do trabalho do ACS, conflito de horários entre ACS e moradores.
Trabalho ACE - Realizam vistoria e controle em terrenos baldios, comércios e outros imóveis (apenas locais onde ACS não cobrem). Há integração com os ACS.
Motivações p/ participação da população - Moradores motivados por proteger suas famílias ou pessoas mais próximas.
Incentivaria a participação da população - Mais fiscalização e orientação no dia-a-dia, multas para quem não colaborar com o combate, dentre outros.
Coprodução em nível individual, grupal ou coletiva - Coprodução individual, apenas um morador entrevistado participou de ações coletivas.
Motivações setor público - Coprodução do dengue é a opção mais barata de combate para o governo.
Condições técnicas - Combate não poderia ser realizado sem a participação da população.
Diferenças Parati em relação a outros bairros - Melhor situação financeira e de escolaridade dos moradores.
Parceiros na implementação - Conselho local de saúde (monitoramento de atividades), Associação de moradores (cessão de espaço) e SIMPAP-MS (cessão de espaço).
Processo de implementação - Secretaria de saúde > Diretoria de assistência à saúde > Diretoria distrital > Gerente UBSF > Enfermeira > ACS > Morador.
Plano de ação de combate - Nenhum entrevistado participou da elaboração do plano de ação.
Situações conflituosas - Não foram identificadas situações conflituosas na elaboração do plano (já que nenhum entrevistado participou) ou no relacionamento entre ACS e ACE.
Espaço de discussão com moradores - Único espaço identificado foi o conselho local de saúde, mas não há no conselho qualquer representante do bairro.
Canais de reclamações ou sugestões - Podem ser realizadas através da ouvidoria da secretaria de saúde, ligações no CCZ, procurar a unidade básica ou um dos agentes.
Discussão ou comunicação das ações - Ações são apenas comunicadas à população.

Quadro 5 – Quadro síntese da descrição do caso Parati
 Fonte: Elaborado pelo autor (2015).

4.2 Caso Seminário

O Jardim Seminário foi um dos bairros que apresentou em 2012 ‘incidência zero’ para casos de dengue no município de Campo Grande – MS (CAMPO GRANDE, 2012a). O bairro Seminário localiza-se na região norte de Campo Grande denominada ‘Segredo’ (vide Figura 5) e conta com uma população de 4.761 habitantes (CAMPO GRANDE, 2011).

Para facilitar a descrição do caso do controle vetorial do dengue no bairro Seminário, foi obtido junto ao supervisor dos Agentes de Controle de Endemias (ACE) um relatório que

apresenta o perfil de ocupação do bairro. Os dados do relatório indicam que no bairro existem 573 imóveis residenciais, 27 comerciais, 369 terrenos baldios, um ponto estratégico³⁰ (borracharias, reciclagem, cemitérios, etc.) e 15 outros (igrejas, centros espírita, escolas, etc.) – totalizando 985 imóveis no bairro.

Além do perfil de ocupação, questionou-se os moradores do bairro sobre a qualidade e regularidade na prestação de serviços públicos básicos como água, esgoto, energia e coleta de lixo. De acordo com os moradores (2013) entrevistados, no geral as residências em que moram são atendidas regularmente por esses serviços públicos. Isso pode ser observado na fala do Morador 2 (2013), “*é muito bom isso aqui. Porque até o horário do lixeiro tem hora certa, os dias*”. Embora no geral os moradores se mostrem suficientemente bem atendidos em relação a esses serviços, um morador indica que a água de sua residência provém de poço, outro indica que a iluminação pública de sua rua é bastante ruim e, outros dois moradores afirmaram que suas casas não são atendidas por rede de esgoto.

Na implementação da política de controle do dengue no bairro Seminário, observa-se que as ações são realizadas tanto por agentes públicos quanto privados, sendo que há uma prevalência notória de agentes públicos direcionada ao problema. Os profissionais de linha de frente ou “implementadores de rua” que interagem diretamente com os moradores em relação ao combate ao dengue no bairro Seminário são os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os Agentes de Controle de Endemias (ACE).

A motivação expressa para esses agentes públicos e seus supervisores atuarem no processo de implementação do controle vetorial do dengue é por as ações de combate fazerem parte das atribuições de seu cargo (Coordenador Campo Grande, 2013)³¹. Nesse sentido, o agente comunitário de saúde entrevistado do bairro Seminário (2014) afirma, “*eu trabalho por causa do meu salário. Enquanto eu to vestindo a camiseta, que é o meu trabalho, eu to ali pra desempenhar esse trabalho, fazer ele com qualidade*”.

Trabalho ACS

Os agentes comunitários de saúde atuam no nível de atenção básica em saúde, em que observam problemas de saúde do idoso, saúde da mulher, saúde da criança etc., - e nesse

³⁰ Pontos estratégicos são considerados locais vulneráveis à proliferação do vetor, devido ao acúmulo de materiais que servem como criadouros (ANVISA, 2008).

³¹ O Coordenador do combate ao dengue no município é o chefe do Serviço de Controle de Vetores do Centro de Controle de Zoonoses (Alcides Ferreira).

ínterim também tratarão com os moradores sobre o problema do dengue³² (Enfermeira, 2014; Agente Comunitário de Saúde, 2014; Coordenador Campo Grande, 2013). *“Nós fazemos a visita domiciliar com a visão geral do agente comunitário, que é da mulher, da criança, do idoso, do diabético, gestante, e junto com isso sempre olhando o terreno do morador, o domicílio de um modo geral”* (Enfermeira, 2014). *“Eu não tenho só dengue pra falar. Eu tenho que falar do bebê, tenho que falar da gestante, da hipertensão, do diabético”* (Agente Comunitário de Saúde, 2014). *“O agente comunitário de saúde é aquele que vai de casa a casa pra ver carteirinha de vacina, hipertenso, a saúde do idoso, da mulher, essa questão. E ele tem que fazer a parte educativa da dengue”* (Coordenador Campo Grande, 2013).

As ações de combate ao dengue realizadas pelos ACS envolvem orientações às famílias sobre como evitar a reprodução do mosquito, algum controle mecânico³³ mais simples e preenchimento do *checklist* do dengue (Enfermeira, 2014; Agente Comunitário de Saúde, 2014; Gerente, 2014). *“Primeiro a gente trabalha na parte de orientação, depois faz a eliminação do foco e orientações que se deve ter com o quintal”* (Agente Comunitário de Saúde, 2014).

Os moradores (2013) do bairro confirmam o papel dos ACS na prestação de orientações sobre o combate e vistoria dos imóveis. Segundo o Morador 1 (2013), *“o agente de saúde da comunidade passa sempre, com frequência. Conversa, orienta, entra. Olha se tem larvas, se tem algum foco de dengue”*. De acordo com os moradores (2013), as visitas dos agentes comunitários para acompanhamento das ações e prestação de orientações é mensal. Apenas dois moradores não indicaram o papel do agente comunitário na prestação de orientações, mas um desses moradores justifica que quase não fica em casa.

Além de orientações e controles mecânicos mais simples, os agentes comunitários preenchem um *checklist* da visita ao imóvel em relação ao dengue, que serve para gerar um relatório quantitativo de focos identificados e orientar o próprio ACS quanto aos pontos que devem ser vistoriados (Enfermeira, 2014). *“Para alimentar isso, o agente comunitário tem um impresso que ele preenche quando encontra focos de dengue, assim como o agente de endemias, então isso forma um condensado (relatório) que vai para os distritos”* (Enfermeira, 2014).

³² Brasil (1997) confirma a atuação dos ACS nessa seara, prestando assistência à criança, ao adolescente, à mulher, ao trabalhador, ao adulto e ao idoso.

³³ Eliminação, remoção ou vedação de depósitos com água que possam se tornar possíveis criadouros do mosquito do dengue (FUNASA, 2001a).

Ainda, os agentes comunitários de saúde e epidemiológicos (ACE) participam de mutirões ou forças-tarefa (normalmente durante o período epidêmico) determinados pela Secretaria de Saúde (SESAU) do município, que consistem num esforço específico para orientação e vistoria de imóveis unicamente em relação ao problema do dengue (Gerente, 2014; Enfermeira, 2014; Supervisor ACE Seminário, 2014).

“Eles (ACS) foram às residências, passaram todas as microáreas deles exclusivamente com esse olhar de combate, prevenção, orientação, focando em alguns domicílios que já tem histórico de maior dificuldade, de ser uma área mais crítica” (Enfermeira, 2014). *“Então tem a força-tarefa que intensifica as ações contra a dengue, que é os ACS fazendo visita de casa em casa, e é 100% de cobertura nessa força-tarefa”* (Gerente, 2014).

Os ACS do Seminário ficam lotados na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) ‘Jardim Seminário’, onde contam com a supervisão de uma enfermeira que direciona as microáreas de atuação de cada um e dá orientações sobre o trabalho a ser executado³⁴. *“O primeiro instante dos agentes comunitários é aqui (na UBSF), com as enfermeiras. Pra ela (enfermeira) estar repassando os casos, repassando como deve ser feito o trabalho”* (Gerente, 2014). Além disso, as enfermeiras realizam palestras sobre assuntos diversos de saúde no momento do acolhimento (horário de abertura da UBSF), sendo que um desses assuntos é o combate ao dengue (Gerente, 2014; Enfermeira, 2014).

Atualmente, a equipe lotada na UBSF Seminário conta com quatro agentes comunitários de saúde e três agentes de combate a endemias, sendo um o supervisor (Gerente, 2014; Enfermeira, 2014; Supervisor ACE Seminário, 2014; Agente Comunitário de Saúde, 2014). No entanto, o número de agentes comunitários atual é incapaz de atender ao montante de famílias residentes no bairro (Enfermeira, 2014; Agente Comunitário de Saúde, 2014).

Segundo a Enfermeira (2014), o número máximo de famílias por ACS deveria ser 180, no entanto como a região se desenvolveu bastante, dois dos agentes comunitários estão com um excedente considerável (um com 370 famílias e outro com 247 famílias). Esse excedente seria justificativa suficiente para contratação de pelo menos mais dois ACS para a região do Jardim Seminário. Nesse sentido, a Enfermeira (2014) afirmou já ter encaminhado ao Serviço

³⁴ O enfermeiro (a) tem a função de atuar como instrutor / orientador das atividades a serem realizadas pelos ACS (SAKATA, 2009).

Estratégia Saúde da Família e ACS (SESFACS) um documento requisitando mais agentes comunitários de saúde para cobrir esse excesso de famílias.

Dificuldades trabalho ACS

Algumas dificuldades poderiam justificar a rotatividade observada dos ACS no bairro Seminário, dentre essas: (1) excedente considerável de famílias por ACS; (2) falta de tempo para realização de um trabalho adequado junto à família; (3) falta de um instrumento que garantisse que o agente cumpriu corretamente seu trabalho; (4) desgaste emocional devido a problemas encontrados nas famílias; (5) baixa remuneração paga aos ACS.

Como observado, alguns ACS estão trabalhando com um excedente de famílias, o que prejudica sua capacidade de cobertura da microárea no tempo estabelecido (mensal), bem como resulta na falta de tempo para realização de um trabalho adequado junto às famílias (Agente Comunitário de Saúde, 2014; Enfermeira, 2014). *“Nós estamos com excesso de família, então a família não recebe a orientação adequada todos os meses, recebe a cada dois meses. E se aquela casa estiver fechada, ela fica pro terceiro mês”* (Agente Comunitário de Saúde, 2014).

E continua, *“quando eu comecei, era pra trabalhar com oito famílias por dia, mas hoje eu tenho que trabalhar 14 famílias por dia. Então, às vezes não fica um trabalho muito adequado. Eu não tenho só dengue pra falar. Então assim, tem que ser tudo muito rápido. Pro agente comunitário fazer esse trabalho minucioso mesmo, ele precisaria de uma hora em cada residência e hoje a gente tem 20/25 minutos por residência”* (Agente Comunitário de Saúde, 2014).

Para o Agente Comunitário de Saúde (2014), falta um instrumento que garantisse que o trabalho do ACS foi realizado. Segundo ele, *“por mais que o agente comunitário faça o trabalho, se der qualquer tipo de problema, a culpa recai sobre o agente. Porque se der dengue naquela casa, ninguém quer saber se o morador não realizou o combate, ou não aceitou a visita. Fica sempre como se o agente não tivesse dito. Como se ele não tivesse feito o trabalho dele”* (Agente Comunitário de Saúde, 2014).

Outra dificuldade é em relação ao desgaste emocional dos ACS em função dos problemas que encontra nas famílias que visita. *“Você chega na casa, é violência contra criança, é violência contra a mulher, é mulher chorando, é drogado, é alcoolismo. Elas querem alguém que ouça o que elas tem a dizer”* (Agente Comunitário de Saúde, 2014). Por

fim, indica-se a baixa remuneração paga aos agentes. “*Acho que o trabalho ainda é explorado nesse sentido, de remuneração. Ganha muito pouco*” (Agente Comunitário de Saúde, 2014).

No que se refere às dificuldades encontradas pelos ACS no controle do dengue, identificou-se: (i) moradores que não deixam os ACS entrarem em suas casas para prestar orientações (Gerente, 2014; Coordenador Campo Grande, 2013); (ii) apesar das orientações, alguns moradores não realizam as tarefas de limpeza ou controle indicadas pelos agentes (Agente Comunitário de Saúde, 2014; Enfermeira, 2014; Coordenador Campo Grande, 2013); (iii) imóveis fechados sem qualquer morador (Coordenador Campo Grande, 2013); (iv) conflito de horários entre ACS e moradores, que estão trabalhando na hora da visita (Gerente, 2014).

“*O que dificulta é que têm pessoas que às vezes barra a entrada do agente comunitário nas residências*” (Gerente, 2014). Da mesma forma, existem aqueles moradores que embora recebam o agente, não realizam as ações indicadas. “*Dificuldade que a gente encontra é família que a gente fala fala, e encontra sempre na mesma situação*” (Agente Comunitário de Saúde, 2014). Em outras situações, há dificuldade de acesso aos moradores devido ao conflito no horário de trabalho de agentes e população³⁵. “*Existem os imóveis fechados que as pessoas trabalham, então eles (ACS) não conseguem encontrar com a pessoa*” (Gerente, 2014).

Sobre essa última dificuldade, o ACS explica que “*as pessoas trabalham direto. E quando nós estamos trabalhando, elas também estão trabalhando. O que nós temos é um número de revisitas que precisam ser realizadas pra cumprir nossa meta*” (Agente Comunitário de Saúde, 2014). Essas revisitas visam entrar em contato com as famílias, que por um motivo ou outro não conseguem receber a visita do ACS no horário convencional. Nessa situação, o ACS realiza sua visita num horário alternativo, recebendo como benefício para isso, um folga de igual período ao trabalhado (Enfermeira, 2014).

Situação bairro Seminário

Apesar das dificuldades identificadas, o problema do dengue no bairro Seminário está controlado, pois no geral a população é bem colaborativa e os agentes bem aceitos nas residências (Agente Comunitário de Saúde, 2014; Supervisor ACE Seminário, 2014; Enfermeira, 2014). Segundo o Agente Comunitário de Saúde (2014), “*nós temos uma baixa*

rejeição, eu não tenho nenhum um caso específico (de rejeição). Às vezes a pessoa te olha assim de uma maneira menos receptiva, mas te atende”. Nesse sentido, a Enfermeira (2014) afirma que “a maioria gosta de receber o agente comunitário, de ter informação, que eles levam também muito informação para eles a respeito dos atendimentos de uma maneira geral”.

Essa baixa rejeição dos moradores pode ser um dos motivos que resulta em baixa incidência de dengue no bairro. Reforçando os dados de baixa incidência, de acordo com a Coordenadora do Centro de Educação Infantil São Domingos Sávio (CEI)³⁶, de 132 alunos matriculados na unidade educacional, apenas um contraiu dengue no ano de 2013. Da mesma forma, a Enfermeira (2014) afirma “*nós não temos encontrado muitos focos. Só tivemos três casos suspeitos de dengue de Janeiro para cá. É bem pouco, e aqui eles (ACS) têm um controle bem legal das microáreas deles, da comunidade. Eles têm uma influência boa sobre a população*”. Ratificando a Gerente (2014) afirma que, “*a região em geral não tá tendo tanto caso de dengue. Olha, no nosso bairro não foi encontrado nenhum caso de vulnerabilidade*”.

O Coordenador (2013) explica que o número de incidência nos bairros é feita por amostragem, assim às vezes pode estar tudo bem em uma casa, mas a do lado ter focos. Explica também que a ausência de foco, não quer dizer ausência de possibilidades de foco. Como a larva sobrevive mais de um ano nos recipientes, quando começa o período de chuvas, pode ser que aquele bairro que não tinha focos, aumente em número de casos. “*Então é tudo relativo. É uma amostragem, então às vezes ele dá incidência zero e às vezes não tem caso...mas daqui a pouco começa a chover, começa a aparecer os casos, começa a aumentar a incidência. Então isso é relativo*” (Coordenador Campo Grande, 2013).

Essa situação do dengue estar controlado no bairro do Jardim Seminário pode ser observada através do número de casos identificados junto aos moradores. Dentre os oito moradores participantes da pesquisa, houve apenas uma ocorrência de identificação positiva de dengue em algum morador da residência. Apesar disso, questionados se consideram o dengue um problema de saúde pública no bairro, metade dos moradores afirmaram que consideram ‘sim’ o dengue como um problema de saúde pública, dois consideram que ‘não’ e dois não quiseram opinar a respeito.

³⁵ O Supervisor dos ACE Seminário (2014) afirma que essa dificuldade em encontrar o morador na residência é um problema comum aos agentes epidemiológicos também. Além disso, explica que não é permitido de acordo com a lei, entrar na residência sem um adulto responsável presente.

³⁶ Para esclarecer, alguns participantes da pesquisa tratam o Centro de Educação Infantil São Domingos Sávio por ‘Ceinf’.

Trabalho ACE

Em algumas das situações problemáticas citadas onde, por exemplo, os moradores têm focos de dengue em sua residência mas não desejam cooperar com o combate, então são chamados os ACE ou agentes epidemiológicos, que visitam o imóvel para tentar persuadir o morador a colaborar com o combate (Gerente, 2014; Enfermeira, 2014; Agente Comunitário de Saúde, 2014; Supervisor ACE Seminário, 2014).

“A casa que eu não consigo entrar, eu peço pro epidemiológico se ele pode fazer aquela casa. Aquela casa que a gente sabe que é um ponto estratégico, que tem foco, eu passo pra eles. E depois nós fazemos a visita juntos” (Agente Comunitário de Saúde, 2014). *“Se tem um local mais crítico nós vamos lá com o ‘Seu Hamilton’ (Supervisor ACE) e fazemos essa visita compartilhada, conversamos com o morador e explicamos a problemática, damos prazos para a solução do problema”* (Enfermeira, 2014).

O Supervisor ACE Seminário (2014) ratifica, *“eles (ACS) passam numa residência. Eles já orientaram aquele morador em relação a dengue, que é o nosso trabalho. Só que a pessoa não teve iniciativa, eles não conseguiram quebrar a barreira daquela pessoa...então a gente entra, monta, e vai tentar orientar, expor. Porque muitas vezes tem assuntos que eles não tem como responder, então como à gente já foi dado curso, a gente tem como responder. Porque eles tem curso, mas é na outra área. Então acaba a gente dando suporte pra eles, é nessa área”*.

Importante salientar que existe ‘integração’ entre Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate a Endemias (ACE). Como já observado, na situação de integração cabem aos ACS as orientações e visitas domiciliares às famílias, enquanto os ACE vistoriam e combatem o dengue em terrenos baldios, comércio, pontos estratégicos e outros (igrejas, escolas, cemitérios, etc.) – todos os locais que ACS não cobrem (Gerente, 2014; Enfermeira, 2014; Supervisor ACE Seminário, 2014; Agente Comunitário de Saúde, 2014).

“Como aqui é PSF (Programa Saúde da Família)³⁷, passou a funcionar a integração dos agentes comunitários com os agentes de saúde pública. Os agentes comunitários eles passam exclusivamente nos domicílios e o agentes de saúde pública (ACE) trabalham com comércio, terrenos baldios, escolas e não domicílios” (Enfermeira, 2014). *“A UBSF é uma integração entre os comunitários, entre os enfermeiros, entre os médicos, entre os dentistas,*

e...somos nós de endemia. Então é uma integração...tá excelente, fulano tem algum problema, eles passa pra nós. Porque muitas vezes nós damos suporte pra o comunitário” (Supervisor ACE Seminário, 2014).

Sobre a integração entre ACS e ACE, o Coordenador explica que *“o Ministério da Saúde, em 2010 para 2011, saiu uma portaria³⁸ pedindo a integração do agente de controle de endemias dentro do Programa de Saúde da Família. Então nós temos já 18 áreas de abrangência em Campo Grande onde tem o agente de controle de endemias dentro da estratégia de saúde da família. Então ali eles já tão trabalhando junto e incentivando mais o agente comunitário a dentro das residências ele tá vendo a questão dos depósitos, questão de orientação”* (Coordenador Campo Grande, 2013).

Os agentes epidemiológicos se dedicam especificamente à: (1) imóveis fechados sem morador; (2) vistoria em comércios, terrenos baldios e pontos estratégicos, em que procuram observar possíveis criadouros para o mosquito do dengue; (3) utilização de métodos de combate indisponíveis aos ACS, como os larvicidas, por exemplo; (4) cobertura da área dos ACS enquanto esses estão participando de mutirões; (5) realização do Levantamento de Índice Rápido (Lira), pesquisa para conhecimento da situação de cada bairro e direcionar ações de acordo com o caso.

“Tem imóvel particular que tá fechado. O que tá pra aluguel e venda que tá na imobiliária, nós temos uma parceria com o sindicato dos imobiliários. Vai uma equipe nossa, pega a chave e trabalha isso lá...vai lá olhar, ver se tá tudo ok, vedar vaso sanitário, ralo. Então as casas pra aluguel e venda, a gente já tem um trabalho implantado” (Coordenador Campo Grande, 2013).

De acordo com o Supervisor ACE Seminário (2014), basicamente o trabalho do agente epidemiológico é controle e prevenção, mas há a possibilidade de utilização de métodos diferenciados dos ACS. Para a Enfermeira (2014), *“quando existe a necessidade de algo mais específico, mais agressivo, eles entram com a parte química. No dia-a-dia é com o agente comunitário mesmo, essa atividade mais mecânica de virar os potinhos, desobstruir as calhas, alguma coisa assim que eles tenham mais acesso. Ele (ACS) não tendo condição, a gente chama o supervisor de endemias e ele faz essa parte mais específica”*.

³⁷ De acordo com o Programa Nacional de Controle da Dengue (FUNASA, 2002), para maior efetividade das ações de controle do dengue é necessário que se estabeleça em cada município a unificação de ACS e ACE, promovendo ações oportunas voltadas à detecção de focos e casos de dengue.

O Agente Comunitário de Saúde (2014) afirma que esse trabalho com larvicidas e produtos químicos já foi atribuição dos ACS no passado, mas nos últimos seis/sete anos eles não fazem mais isso, passando a ser uma atribuição exclusiva dos agentes epidemiológicos. Ainda, aos agentes epidemiológicos é repassada a cobertura de microáreas descobertas por ACS, ou, a cobertura de microáreas enquanto os comunitários participam de mutirões (Supervisor ACE Seminário, 2014).

De acordo com o Supervisor ACE Seminário (2014), o Lira (Levantamento de Índice Rápido) é realizado pelos ACE para gerar um condensado de casos, que segundo a Enfermeira (2014), são encaminhados para os distritos sanitários do município. Além disso, o Lira serve para conhecer a situação de cada bairro e indicar para o Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), a utilização de métodos de combate mais agressivos, como os fumacês.

“O fumacê, ele é usado em local...por exemplo, local que tá tendo muito caso de dengue, aí ele é usado. Por causa que ele não pode ser usado indiscriminadamente por causa do ambiente. Porque ele não vai só naquele, ele não age só em cima do mosquito, ele age em outros bichos. Então tem que fazer um estudo e tal pra poder tá fazendo aquela borrifação. Então pode acarretar um desequilíbrio” (Supervisor ACE Seminário, 2014).

Motivações da participação da população

Questionados sobre o que leva a população a colaborar e participar das ações de combate, os agentes públicos afirmaram que os moradores são motivados quando há relatos de casos e mortes por dengue na região (Enfermeira, 2014; Agente Comunitário de Saúde, 2014; Supervisor ACE Seminário, 2014; Gerente, 2014; Coordenador Campo Grande, 2013). *“O que motiva é a saúde, é o medo, é a doença”* (Gerente, 2014). *“Quando alguém morre, morre alguém jovem, cria um impacto na comunidade. Cria uma ansiedade momentânea de mudança. De cuidados, de querer saber sobre os sintomas, saber como cria o mosquito. Mas é momentânea. Passou essa fase, acaba esquecendo”* (Agente Comunitário de Saúde, 2014).

“Essa população ela não tem se engajado ainda. Só no período da epidemia quando ela vê que o parente tá doente, um filho, um irmão, sei lá, alguém da família pegou dengue. Aí ele começa a fazer, começa a ligar, começa a denunciar o vizinho, denunciar não sei quem. Mas a hora que acalma, a dengue é isso... ela vem explode, depois ela baixa...a população esquece. A gente não conseguiu ainda, já tentou todos os formatos (de combate),

³⁸ Portaria n. 1.007, de 4 de maio de 2010, define critérios para a incorporação dos agentes de combate às endemias nas equipes de saúde da família (BRASIL, 2010).

até agora não é toda a população como um todo que se engaja” (Coordenador Campo Grande, 2013).

Nesse sentido, o Supervisor ACE Seminário (2014) faz uma comparação interessante. *“É o caso da doença mesmo em si...evitar de tá pegando a doença. Porque quem já teve, eles já falam assim "agora eu cuido do meu local onde eu moro, entendeu?". A pessoa que nunca pegou, ele tem um pouquinho de dificuldade de estar ajudando entendeu? E a pessoa que já pegou, então ela tem mais aquela consciência. É igualzinho você tem o ladrão, e aí fala "aqui em casa não entra neh, mas agora que entrou, eu vou tomar providência de cercar o meu local" não é assim? Vou cercar, fazer a proteção...é a mesma coisa. A pessoa muitas vezes espera pegar pra depois cuidar e deveria ser o contrário, cuidar para não pegar”.*

Além disso, o Agente Comunitário de Saúde (2014) afirma que a precariedade do tratamento da doença nas unidades de saúde do município e o processo doloroso ao qual o paciente é submetido, faz com que se crie ou aumente a conscientização em torno do problema. *“Primeiro, a saúde é muito precária. Então as pessoas começaram a perceber que muitas pessoas estão morrendo por causa da dengue, que é uma coisa simples. E todas as famílias já têm casos de dengue na família. Esse medo da doença, esse medo de passar pelo processo da doença, é o que leva eles a se conscientizar que a dengue pode matar. E o atendimento na unidade de saúde é dificultoso, ele conseguir o tratamento rápido. E o tratamento é demorado. Então as pessoas estão conhecendo esse processo que a doença traz, de demora de atendimento, então eles estão aderindo mais assim”.* E acrescenta, *“eu sempre digo assim, a gente tem que ter um motivo pra fazer uma ação, pra formar uma ‘motivação’. Quando você vê que o vizinho teve dengue, aquele quintal muda” (Agente Comunitário de Saúde, 2014).*

De fato, as narrativas dos agentes públicos coincidem com as afirmações dos moradores. Para os moradores (2013), a principal motivação para realização do controle do dengue é evitar a doença em sua família e vizinhança, como observado na afirmação do Morador 4 (2013), *“pra não pegar a dengue. Porque a dengue vem aí, se você não cuidar, pode levar até à óbito”.* Segundo os moradores, não há situação que os faça desanimar na realização do combate, como afirma o Morador 2 (2013), *“eu faço com prazer. E eu gostaria de ajudar as pessoas a entender, porque tem pessoas não entendem e acha que isso aí é brincadeira, e não é. É um caso sério. Eu perdi um amigo lá em Fátima do Sul (outro município) com dengue, tá com três meses, um pai de família”.*

O que incentivaria a participação da população

Os participantes da pesquisa deram algumas opiniões sobre o que incentivaria uma maior participação da população nas ações de combate. Foram mencionadas: (i) realização de mais eventos e campanhas de conscientização junto aos moradores (Gerente, 2014); (ii) elaboração de encontros coletivos com a intermediação do presidente da associação de moradores (Enfermeira, 2014); (iii) instrumento de lei que garantisse o direito do agente notificar a residência (Supervisor ACE Seminário, 2014; Morador 1, 2013); (iv) multa para os proprietários que não realizassem a limpeza e manutenção de seus terrenos (Supervisor ACE Seminário, 2014; Associação Moradores Seminário, 2013; Moradores 4 e 6, 2013); (v) poderia haver uma presença mais frequente dos agentes comunitários de saúde nas residências (Moradores 2 e 8, 2013); (vi) a prefeitura poderia fazer a limpeza dos terrenos baldios e cobrar o valor no IPTU do proprietário (Morador 6, 2013).

“Tem vezes que nós dos postos de saúde e da UBSF podemos fazer um trabalho que é extra-muro, que a gente chama. Isso é um tipo de atividade que pode estar alertando a população, você não vai estar levando só palestras, mas levando atividades para as crianças, atividades para as mães, um jogral, um teatro, uma música. Uma vez nós fizemos uma música bolada assim para a dengue, que nós pegamos uma música lá do Roberto Carlos e participamos de uma atividade numa outra UBS, lá do ‘Estrela Dalva’ (bairro) se não me engano. E cada posto fez uma participação, a nossa foi com a música. Com violão, ficou bem bonito e nós apresentamos. Então eu acho que isso aí motiva a população, conscientiza mais...porque você só falar falar falar, a população não gosta muito de ouvir, cansa. Então com música, mutirão e mostra isso mostra aquilo, teatro, eles participam bastante. Aí eles tomam consciência de que não é brincadeira” (Gerente, 2014).

De acordo com a Enfermeira (2014) *“seria com encontros talvez com a população com o presidente de bairro, fazendo a população participar mais desta maneira e não assim individualmente como eles fazem hoje, indo nas residências”*. Para o Agente Comunitário de Saúde (2014) falta um instrumento de lei que garantisse o direito do agente de notificar a residência. *“Porque não tem uma lógica que obrigue ele a limpar o quintal dele, a gente tem que usar o convencimento pra demonstrar que aquilo é prejudicial à saúde dele. Não tem nenhum mecanismo que a gente possa usar, assim “a lei diz isso isso e isso” (Agente Comunitário de Saúde, 2014). “A questão que se você não limpar o seu quintal, deve haver uma fiscalização maior, não de ficar cobrando essas coisas não. Mas haver uma fiscalização maior por parte dos agentes comunitários na vizinhança e cobrar essa ação mesmo...cobrar, notificar” (Morador 1, 2013).*

De maneira similar acontece com os terrenos baldios, que segundo o Supervisor ACE Seminário (2014) e Associação de Moradores Seminário (2013), as pessoas compram os terrenos no bairro como investimento futuro, mas não tem interesse em fazer a manutenção do lote, principalmente se não for morador da região. *“Não adianta a população do bairro ajudar e os próprios donos de lote, que nem moram aqui, mora no Rio de Janeiro, mora em São Paulo...não vem limpar o lote. Esse cara, dono do lote em frente, mora no Rio de Janeiro. Tá com 27 anos que ele não vem ver aqui. Ele comprou esse lote em 82”* (Associação de Moradores Seminário, 2013). *“A pessoa muitas vezes mora no outro lado da cidade e possui um lote aqui pra poder valorizar. - **Você acha que quem mora aqui no bairro tem mais cuidado do que aqueles que não moram?** Se tiver terreno sim, e se for próximo da casa dele também. Quem tem terreno aqui está sendo bem limpo, você passa assim, acabou de limpar”* (Supervisor ACE Seminário, 2014).

Por fim foram indicadas ‘multas’, como forma de estimular a população a se engajar nas ações de combate (Supervisor ACE Seminário, 2014; Associação de Moradores Seminário, 2013; Moradores 4 e 6, 2013). *“Mete uma multa nele lá que ele vem limpar o lote dele. Mas não ficar sujo do jeito que tá”* (Associação de Moradores Seminário, 2013). *“Pega a pessoa e multa. Então acho que a dengue teria que ter a mesma coisa porque o brasileiro é assim, dói no bolso. Se for no bolso dele, ele vai sentir”* (Morador 4, 2013).

De acordo com o Coordenador (2013), já foram realizadas várias tentativas de mobilizar a população para as ações de combate, no entanto, nenhuma se mostrou satisfatoriamente eficaz. *“Ao longo dos tempos, a gente foi mudando a forma de...mas nenhuma mostrou ainda um resultado satisfatório mesmo...que você possa "vamo emplacar essa, que vai emplacar". Atinge uma parte da população, a grande maioria não se mobiliza, não se incomoda”* (Coordenador Campo Grande, 2013).

Coprodução em nível individual, grupal ou coletivo

Os moradores do bairro Seminário se mostram individualistas frente à situação do dengue, onde não apresentam a mesma disponibilidade para cuidar de sua residência e do bairro (Agente Comunitário de Saúde, 2014; Associação de Moradores Seminário, 2013; Supervisor ACE Seminário, 2014; Coordenador Campo Grande, 2013). Segundo o Supervisor ACE Seminário (2014) e Agente Comunitário de Saúde (2014), isso acontece devido à falta de tempo das pessoas, que normalmente trabalham e não reservam tempo para participar de ações coletivas de combate.

“Tem gente que acha que o poder público é que tem que fazer isso na nossa casa. Quem participa no bairro é um número muito pequeno, um número muito pequeno. Aí é o ponto, que se a gente conseguisse que essa população tivesse uma participação maior. E falo isso porque assim, a gente faz eventos em alguns bairros, em algumas regiões ou na área central e você vê que a participação é muito pouca. A população é assim, enquanto você não oferecer nada pra ele, ele não tem interesse...ele quer algo que ele tenha algo em troca, ele quer ganhar alguma coisa. E nesse momento o que você tá proporcionando, na verdade é conhecimento. Mas parece que não é interesse da grande maioria e aí você consegue muita pouca adesão” (Coordenador Campo Grande, 2013).

“É porque tem muita gente individualista, só pensa no agora, na pessoa. Porque muitas vezes nós planejamos uma ação com a comunidade, mas muitos não participam. É poucos que participam. Não sei se é por causa da correria do dia-a-dia, eu não sei te explicar nesse ponto” (Supervisor ACE Seminário, 2014). *“Elas são muito individualistas, nesse ponto do combate a dengue. As pessoas estão muito ocupadas, não tem muito tempo. Elas chegam até a gente e falam “na casa do fulano tem tal coisa”, mas elas não fazem aquele trabalho que seria motivado pelo lado amigo dela”* (Agente Comunitário de Saúde, 2014).

Como pôde ser observado, as pessoas estão atentas a conduta de vizinhos e outros moradores. A Gerente (2014) reforça essa afirmação, *“se o vizinho tem alguma coisa errada eles vêm aqui (na UBSF). “Onde é que eu ligo? Como é que eu faço?”. Aí eu já passo pra enfermeira. Pelo menos na nossa região, tem vizinhos que são bem alertas. Se eles verem a caixa do vizinho destampada, eles vêm aqui pra saber como faz. Se tem um mato muito grande no terreno, eles já vem aqui comunicar. Eles estão bem conscientes nisso”*.

Para a Enfermeira (2014), embora esteja há pouco tempo trabalhando na unidade, ela considera importante convidar a população para participar das atividades, não apenas participando através de críticas e denúncias. Segundo ela, as pessoas não participam mais por falta de convite mesmo. Por outro lado, a Gerente indica que a população participa sim das atividades, principalmente quando é extra-muro, na própria comunidade. *“Mais fácil do que eles estarem deslocando pra vir na unidade, então nós estamos nos deslocando até eles. A participação é bem maior quando é na comunidade. Igual aos mutirões, a participação é maior porque eles estão vendo, tá próximo da residência deles”* (Gerente, 2014). Já para a Coordenadora do CEI, existem dois perfis diferenciados quanto à disponibilidade de participação nas ações de combate. *“Tem aqueles que se preocupam, que se mostram*

participativos, que querem melhorar a sociedade como um todo e tem aqueles que ainda não se deram conta da importância” (Coordenadora CEI, 2014).

Com relação a ações de combate ao dengue na comunidade, metade dos moradores (2013) participantes afirmou ver ações em andamento sendo executadas pelos agentes públicos, mas nenhum dos moradores participou dessas ações. Os moradores (2013) justificaram sua não participação pelos motivos de (i) ausência de agentes articuladores no bairro para promover essas ações (3 ocorrências) e (ii) falta de vontade ou desinteresse em participar dessas ações (1 ocorrência). Os moradores (2013) restantes não conseguiram atribuir motivo algum para a não participação.

Nesse sentido, *“eu vejo assim, que é a falta de vontade, de interesse. Porque o tempo quem faz é a gente mesmo. E quando se torna de algo assim que é interessante pra gente cuidar da nossa saúde, da saúde da nossa casa, eu acredito que se todos se envolvessem e interessar, isso seria muito bom”* (Morador 5, 2013). Já para o Morador 1 (2013), *“porque eu acho que nós não temos uma sociedade comunitária organizada aqui. Nós temos uma associação de bairro que funciona do outro lado. Aqui nas chacinhas não tem, isso não é efetivo”*.

Motivações: setor público ou condições econômicas

A motivação do setor público em realizar ações de controle do dengue é devido à prevenção ser uma opção mais barata economicamente do que a despesa com tratamento de pacientes (Coordenadora CEI, 2014). *“Acredito que a melhor forma é a prevenção, melhor prevenir do que remediar. Até porque a questão do tratamento causa um custo pra eles (prefeitura). Então é preferível prevenir pra que não tenha esse custo depois, que infelizmente aí no governo tem essas questões”* (Coordenadora CEI, 2014).

Opinião de outro participante (2014) expressa que a motivação do governo em realizar as ações de combate seria as próprias ações de combate, que servem de justificativa para obtenção de recursos por parte das lideranças políticas à frente da prefeitura. *“Muitas ações se fazem porque vem verba. A maioria das vezes se você prestar atenção numa passeata, você vai começar a perceber que aquelas pessoas são funcionários públicos. Poucas pessoas são diretas da comunidade, que veio participar. Então é o dinheiro mesmo, porque eles não fazem ação de graça”* (Participante, 2014).

Já para Enfermeira (2014) e Coordenador Campo Grande (2013), o governo precisa da ajuda da população, devido a sua incapacidade de atuar sozinho no combate ao dengue.

“Porque é muito mais fácil cada um fazer o seu que um só fazer o todo. Eles frisam sempre nisso para que não seja um trabalho maçante e talvez até ineficaz por parte da prefeitura em si. A gente sabe que o mosquito se desenvolve em poucos dias, então é muito mais fácil chamar a população pra ajudar nisso e diminuir a capacidade do mosquito se desenvolver e a doença circular com a ajuda da população, e não só com a prefeitura e a mão de obra dela” (Enfermeira, 2014).

Condições técnicas

Nesse sentido, entende-se que o combate não poderia ser realizado sem a participação da população (Supervisor ACE Seminário, 2014; Gerente, 2014; Agente Comunitário de Saúde, 2014; Enfermeira, 2014; Associação de Moradores Seminário, 2013; Coordenador Campo Grande, 2013). Considera-se que o governo tem sua parcela de contribuição, mas se a população evitasse deixar lixo e recipientes com água a céu aberto, melhoria muito a situação do dengue no bairro.

“Isso não é um caso que o governo tem que resolver, que a secretaria tem que resolver, mas é uma coisa social que todos têm que participar” (Agente Comunitário de Saúde, 2014). *“Se formos analisar que cada agente comunitário tem que passar em um domicílio todos os meses ou pelo menos uma vez por mês em todos os domicílios da sua microárea, nesse meio tempo o mosquito já desenvolveu, já disseminou a doença. É mais fácil a população fazer isso do que ficar dependendo de outros”* (Enfermeira, 2014).

“Porque sem as pessoas não tem. Nós temos o nosso serviço, mas a população tem a participação deles. Porque só nós não controla, mesmo se quisesse. Porque o nosso trabalho é de orientação, agora de ação é da parte da pessoa. Porque muitas vezes eu passo na tua casa hoje, passo dali um mês, dois meses. O intervalo do mosquito é rápido, prolifera rápido. Então nesse espaço de tempo, quem tem que cuidar é o morador mesmo que foi orientado” (Supervisor ACE Seminário, 2014). *“Porque só o poder público indo lá diariamente não tem resolvido isso, já é histórico, a gente tem estudo sobre isso. Então é preciso que a população se engaje, se ela não se engajar, você sozinho você vai apagar o fogo”* (Coordenador Campo Grande, 2013).

“Eu acho que não tem como, a população tem que participar. Por exemplo, o epidemiológico tem aí mil e poucos imóveis pra ele trabalhar em um mês ou dois meses. Esse epidemiológico vai voltar daqui dois meses, você acha que ele fez o combate a dengue? Você acha que resolveu o problema mesmo dando orientação? São 60 dias, nesses 60 dias quantos

dias não choveu? Então não existe um combate a dengue sem a participação da população. Existe esse trabalho de eliminação direta, que é o que o governo tenta fazer com os agentes comunitários e com os agentes epidemiológicos. Mas esse trabalho é apenas imediato, curativo naquela hora” (Agente Comunitário de Saúde, 2014).

De fato, os moradores (2013) afirmaram auxiliar no combate ao dengue realizando limpeza e evitando deixar acumular água em estruturas presentes em suas residências. Questionados sobre outras formas de auxiliar no combate, metade dos moradores afirmaram que poderiam estar conversando com os vizinhos, a fim de conscientizá-los. Já a outra metade, não conseguiu identificar outras formas de participação além daquelas que já executam, o que poderia ser um indicativo da necessidade (e dependência) das orientações realizadas pelos agentes públicos.

Diferenças do Seminário em relação a outros bairros

A Gerente (2014) afirmou não conseguir estabelecer diferenças entre o Jardim Seminário e os outros bairros atendidos pela unidade de saúde em que trabalha. Já para a Enfermeira (2014), o Jardim Seminário é, dentre os bairros atendidos, aquele em que há menor histórico de problemas relacionados ao dengue. Para ela, talvez nesses outros bairros exista ainda um pouco mais de resistência por parte dos moradores. *“Talvez essa minoria tenha mais resistência, mesmo porque a informação chega lá de qualquer maneira, independente da situação social, não sei dizer exatamente”* (Enfermeira, 2014).

Da mesma forma, essa questão das classes sociais foi citada pelo Agente Comunitário de Saúde (2014) como uma falsa justificativa à incidência do dengue. *“Esse bairro (Seminário) é muito precário, de classe média/baixa. Não é uma questão social, não é porque a casa da pessoa é pobre que ali tem dengue. Aqui mesmo tem um bairro, que só mora jornalista, médico e enfermeiro. Se você for olhar o quintal, você tem vergonha. E eles não te recebem, eles não recebem o agente comunitário. Só com a empregada, porque a pessoa sozinha ela não quer te receber. Às vezes quando a pessoa é mais humilde, sempre fica alguém em casa, que olha e cuida do quintal. É assim, às vezes o que é saúde pra você, não é significativo como saúde pra mim. Nem tudo aquilo que eu vejo como qualidade de saúde (para mim), é importante pra você”* (Agente Comunitário de Saúde, 2014).

Parceiros na implementação

Com relação aos parceiros atuantes na dinâmica de combate, um dos parceiros identificados foi o conselho local de saúde (Gerente, 2014; Enfermeira, 2014; Agente

Comunitário de Saúde, 2014). O conselho local de saúde atua no sentido de atender solicitações da UBSF junto ao governo, cobrando algum posicionamento mais efetivo sobre algum problema por parte da prefeitura (Gerente, 2014; Agente Comunitário de Saúde, 2014).

Segundo a Gerente (2014), o conselho é constituído em 25% por trabalhadores da unidade de saúde, 25% de gestores e 50% de usuários, sendo que faltam ocupar 25% das vagas para usuários no conselho. Segundo a Gerente (2014), atualmente ocupam lugar no conselho local: a própria gerente, uma enfermeira e o ‘Seu Oscar’ (presidente do bairro São Benedito) – necessitando assim, de mais um representante dos usuários. Como observado, apesar de o conselho contar com a participação de líderes comunitários, a Gerente (2014) afirma que nenhum conselheiro é morador do bairro Seminário.

Da mesma forma, o presidente da associação de moradores do Jardim Seminário (2013) não indicou qualquer tipo de parceria ou participação em conjunto com a unidade de saúde do bairro. A única participação do presidente para o controle do dengue é uma ação judicial dirigida à prefeitura, em que ele cobra a limpeza dos terrenos baldios do bairro. De acordo com o Supervisor ACE Seminário (2013), apenas o presidente de bairro do São Benedito tem um relacionamento mais aproximado com os agentes, fornecendo o espaço do centro comunitário para a execução de atividades.

Outro parceiro identificado pela Gerente foi o ‘Seminário Católico Propedêutico’, que forneceu várias mudas de uma planta chamada ‘Crotalária’ para uma ação contra o dengue. *“Olha, a gente já fez um trabalho lá no Seminário. Mas nós já solicitamos auxílio de lá, eles nos deram aquelas mudinhas de Crotalária. Eles nos cederam várias quando nós fomos fazer uma ação contra a dengue. A gente diz “essa plantinha vai ajudar, não eliminar a dengue”. Essa planta ela dá uma florzinha que chama as libélulas, e as libélulas matam os mosquitinhos da dengue, alguma coisa assim. Então a gente distribuiu bastante dessa Crotalária. Então foi um trabalho nosso com o Seminário, que nos ajudou. Eles disseram que não poderiam estar no dia, mas cederam as mudas e deram todas as explicações pra gente”* (Gerente, 2014).

Na tentativa de entrar em contato com o Seminário Católico Propedêutico para entender as motivações a sua participação nas ações de controle do dengue, foi informado pelos seminaristas que esses não tinham conhecimento sobre essas ações anteriormente executadas, justificando que todos os anos são substituídos os seminaristas e que talvez, o reitor ou vice-reitor poderiam ter uma informação mais acurada sobre essas ações. Em conversa com o vice-reitor, foi informado que tanto ele quanto o novo reitor estavam há

pouco tempo à frente da instituição, e que eles, assim como os seminaristas, não tinham conhecimento sobre essas ações. Com relação ao reitor anterior, o vice-reitor informou que esse está na cidade de Roma atualmente, tornando difícil contatá-lo.

Outros parceiros da região são a Universidade Católica Dom Bosco (UCDB)³⁹ e o Centro de Educação Infantil São Domingos Sávio (CEI) da UCDB. Embora não tenha sido citada como parceira especificamente em relação ao combate ao dengue, identificou-se que a universidade cedeu o espaço onde funciona a UBSF hoje. Foram realizadas algumas tentativas de entrar em contato com o responsável pelo convênio (que estabeleceu a parceria) para entender os motivos que levaram a universidade a ceder o espaço onde funciona a UBSF.

Através de contato com a secretária da reitoria da UCDB, foi informado que quem poderia responder ao roteiro de entrevista em relação a isso seria o Pró-reitor administrativo ou o próprio Reitor da Universidade. Contudo, o Pró-reitor administrativo afirmou não poder ajudar e que a melhor pessoa a se conversar sobre o assunto seria com o Reitor. No entanto, o Reitor está afastado de suas funções junto à Universidade por motivo de doença. Na ausência desses dois indivíduos, a secretária da reitoria indicou que eu conversasse com a assessora jurídica da Universidade. Em resposta, essa respondeu ao e-mail afirmando que estava procurando alguém que pudesse me ajudar. Retorno que não foi mais dado.

Ainda foi identificado que a UCDB fornece apoio clínico à unidade de saúde (Gerente, 2014; Enfermeira, 2014). *“Quando necessitamos de alguma coisa clínica aqui da UCDB. Aqui é um convênio com a UCDB, então sempre quando a gente precisa nós temos auxílio sim”* (Gerente, 2014). *“Como estamos dentro da UCDB ela também proporciona isso, com os próprios professores, os alunos, eu não sei exatamente como funciona isso porque eu tenho pouco tempo aqui, mas eu sei que eles tem uma certa atuação em relação a isso”* (Enfermeira, 2014).

Como observado, o CEI da UCDB foi identificado também como um parceiro nas ações de combate (Agente Comunitário de Saúde, 2014; Supervisor ACE Seminário, 2014; Coordenadora CEI, 2014; Gerente, 2014). *“No nosso caso nós não temos escolas próximas. Nós temos o Ceinf, então nós fazemos nossas atividades ali no Ceinf da UCDB. É o único mais próximo a nós, então a gente intensifica lá”* (Gerente, 2014). A Coordenadora do CEI (2014) confirma a existência de ações em conjunto com a UBSF na creche, onde foi realizado

³⁹ A Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) está presente no ensino sul mato-grossense desde 1961, e conta atualmente com 7.545 alunos (FOLHA DE SÃO PAULO, 2013).

um teatro envolvendo o tema, para apresentar de maneira lúdica a prevenção ao dengue para as crianças.

Além dessa ação, a Coordenadora do CEI (2014) explica que o assunto do dengue é incluído no planejamento dos educadores, sobre o que será abordado com as crianças durante o ano. Segundo ela, o mesmo acontece com temas considerados importantes para o aprendizado das crianças, como, por exemplo, educação no trânsito. *“O seu específico é dengue, mas a gente tem também no trânsito, temos outras situações que eles cobram os pais”* (Coordenadora CEI, 2014). De acordo com a Coordenadora (2014), é dever da escola passar informação sobre esses assuntos (dengue, trânsito, prevenção em saúde, meio ambiente etc.) aos alunos.

Segundo o Coordenador Campo Grande (2013), buscam-se nos bairros, parceiros comprometidos com a implementação da política. Exemplo de parceiros são as escolas, que trabalham o conteúdo do dengue dentro das disciplinas ministradas. *“Através da rede de educação, escolas municipais, estaduais e particulares. De preferência, a municipal já está na grade, mas as outras também colocam na grade curricular, principalmente nas matérias de ciências, biologia, ter um trabalho sobre isso”* (Coordenador Campo Grande, 2013).

Outro parceiro identificado pela Gerente e pelo Supervisor ACE Seminário foi a ‘Sociedade Espírita Anorran’. Segundo esses participantes (2014), a sociedade espírita teria um espaço grande onde seriam realizadas atividades. Ao entrar em contato com o responsável pela sociedade, foi informado que os agentes fizeram apenas uma visita e indicaram a possibilidade de estabelecimento de uma parceria, mas não voltaram nunca mais ao local. Por fim, a Enfermeira afirma que os comércios da região permitem que sejam anexados cartazes e panfletos com os informes sobre o dengue em seus estabelecimentos.

Processo de implementação

Para começar a esclarecer o processo de implementação via abordagem de coprodução, na Figura 7 é apresentada a estrutura de implementação de controle do dengue do bairro Seminário.

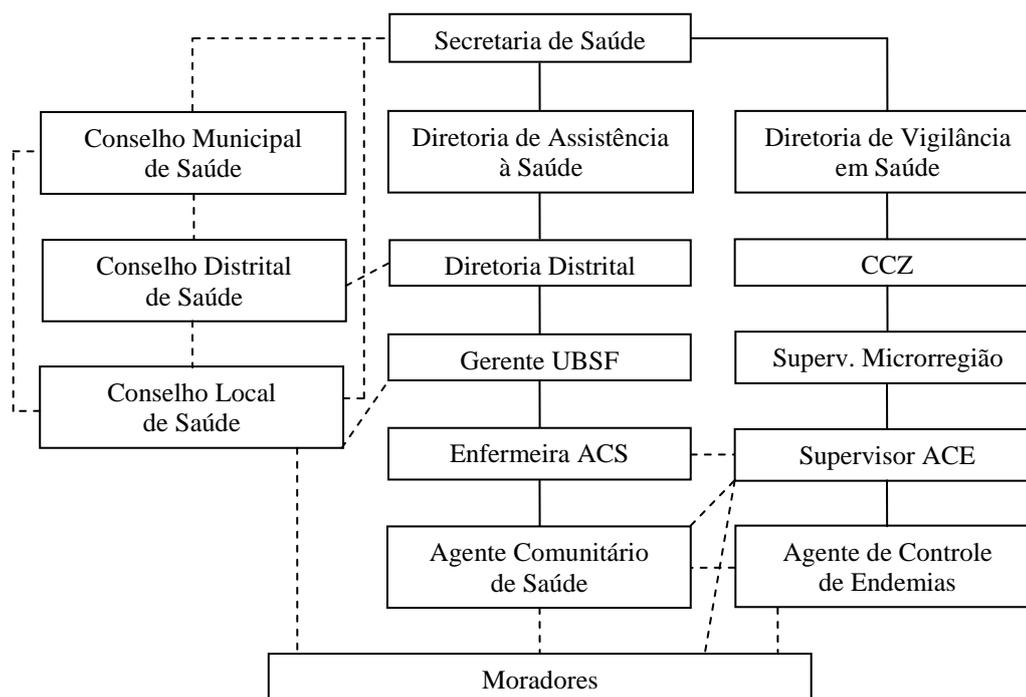


Figura 7 - Estrutura de implementação das ações de controle do dengue no bairro Seminário

Legenda: Linha contínua – subordinação / Linha tracejada – vinculação funcional
 Fonte: Elaborado pelo autor com base nas entrevistas e em Campo Grande (2009).

As orientações ou direcionamentos sobre as ações de políticas públicas em relação ao combate ao dengue vem da secretaria de saúde do município, que repassa essas orientações à diretoria do distrito norte que por sua vez, repassa essas orientações às unidades básicas de saúde de sua área (Gerente, 2014; Enfermeira, 2014). Nessas orientações já vem determinado como será realizado o combate e a programação das atividades a serem realizadas.

“Vem da secretaria. Da secretaria pros distritos, que são os diretores dos distritos, que são quatro distritos, dos distritos vem pras unidades. Quando, por exemplo, tá tendo alguma epidemia em algum lugar, já tá tudo esquematizado, já faz a reunião. Então trabalho nosso sempre eles solicitam que seja o ano inteiro, de janeiro a janeiro. Mas quando surge algum surto em algum lugar, surto é quando tem (casos) em alguma região, aí sim vem lá de cima, do secretário, pro distrito, pras gerentes, aí é intensificado o trabalho” (Gerente, 2014).

Para o Supervisor ACE Seminário (2014), as ações são determinadas pelo Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), que repassa as orientações ao supervisor geral, que repassa as orientações aos supervisores locais e seus agentes. A coordenação técnica do CCZ é quem monta o planejamento do combate no município e repassa à secretária de saúde, que avalia e

determina as ações que serão colocadas em prática. Os direcionamentos do CCZ são repassados aos supervisores gerais de cada região, repassadas aos supervisores de área dos bairros e em seguida para os agentes de combate a endemias (Coordenador Campo Grande, 2013).

“Dessa forma é feito. Supervisores gerais...então cada região urbana tem um supervisor geral. Abaixo deles, supervisores de área, que aí ele tem de oito a dez agentes sob sua responsabilidade. E o agente que tem uma microárea determinada, de 800 a 1000 imóveis que ele visita a cada dois meses. Essa é a estrutura. Então quem faz o trabalho de controle da dengue é o agente de controle de endemias” (Coordenador Campo Grande, 2013).

Como na unidade de saúde existe a integração entre agentes comunitários e de endemias, as situações críticas encontradas nas casas pelos ACS são diretamente repassadas ao Supervisor ACE ou aos agentes de endemias da área (Gerente, 2014; Enfermeira, 2014; Agente Comunitário de Saúde, 2014; Supervisor ACE Seminário, 2014). *“A casa que eu não consigo entrar, eu peço pro epidemiológico se ele pode fazer aquela casa”* (Agente Comunitário de Saúde, 2014).

Condições normativas / plano de ação de combate

As ações de políticas públicas do combate são legalmente constituídas através do ‘plano de ação de combate ao dengue’. Nenhum dos participantes da pesquisa entrevistados (Gerente, 2014; Enfermeira, 2014; Supervisor ACE Seminário, 2014; Agente Comunitário de Saúde, 2014; Associação de Moradores Seminário, 2013; Coordenadora CEI, 2014) no bairro afirmou ter participado da elaboração desse plano de ação. Da mesma forma, nenhum dos moradores (2013) participantes afirmou conhecer ou ter participado da elaboração do plano de ação.

O Supervisor ACE Seminário (2014) explica que o planejamento “começa lá em cima”, e já vem toda pronta a forma deles estarem fazendo o trabalho. *“Porque eu nunca fui chamado no sentido “vamos sentar aqui e fazer um planejamento. Olha, tal lugar tá precisando”. Lá em cima...não fui chamado lá em cima, a não ser na base”* (Supervisor ACE Seminário, 2014). Para a Gerente (2014) e a Enfermeira (2014), os trabalhadores da saúde participam da elaboração do plano de ação através de seus diretores distritais. *“É mais dos diretores de distrito, eles que participam deste planejamento. Até então nós estávamos fazendo cada um a estratégia para a sua unidade, então veio uma orientação geral para todas as unidades fazerem daquele modo”* (Enfermeira, 2014).

O plano de ação de combate ao dengue é desenvolvido na coordenadoria de controle de vetores do CCZ. São membros dessa coordenadoria de controle de vetores, o coordenador, os oito supervisores gerais das microrregiões urbanas de Campo Grande, um responsável pulverização (fumacê) e o diretor do CCZ. O plano desenvolvido é um plano interno da secretaria de saúde, que definirá a atuação dos agentes públicos, como o modo de ação sobre visitas domiciliares, pontos estratégicos *etc.* (Coordenador Campo Grande, 2013).

Para constituição do plano, esse setor utiliza de séries históricas de incidência, bem como dos relatórios de casos de suspeitas de dengue condensados na secretaria de saúde, para conhecimento dos bairros mais atingidos. Esse plano de ação interno é apresentado ao secretário de saúde do município para aprovação. Após a aprovação do secretário, o plano é apresentado no conselho municipal de saúde e parceiros, que constituem o ‘Comitê de Mobilização de Combate à Dengue’⁴⁰ (Coordenador Campo Grande, 2013).

Dentre os parceiros internos podem ser citadas outras secretarias municipais, como secretaria de obras e secretaria de meio ambiente. Por exemplo, a secretaria de obras auxilia nos mutirões de limpeza nos bairros, onde utiliza de seus caminhões para a retirada de entulho presente nas residências. Outro exemplo é a atuação da secretaria de meio ambiente, que notifica e multa os proprietários de imóveis e terrenos baldios que se recusam a colaborar com o combate, uma atribuição que foge ao trabalho da secretaria de saúde. Dentre os parceiros externos podem ser citados: o Exército, o Rotary Club, o Conselho Regional de Corretores de Imóveis (CRECI), o Conselho Regional de Engenharia e Agronomia de Mato Grosso do Sul (CREA), Maçonaria, *etc.* (Coordenador Campo Grande, 2013).

Embora não tenha participado da elaboração, a Gerente (2014) afirma que a gerente anterior participava. Mas pelo que deu a entender, essa participação no plano de ação funcionava quase como uma atualização ou capacitação dos gerentes de unidade e enfermeiras sobre o modo que deveria ser realizado o combate. Tanto que, a Gerente afirma, *“porque no caso se vai a gerente e vai a enfermeira participar da capacitação, eles passam pros agentes. E no caso também, eles passam primeiro o plano de ação pras gerentes e enfermeiras e depois passam o plano de ação para os ACS”* (Gerente, 2014).

Segundo a Gerente (2014) e o Agente Comunitário de Saúde (2014), foram realizadas algumas modificações no plano de ação ao longo do tempo. Para o ACS, a mudança está no

⁴⁰ Segundo o Coordenador, a motivação à constituição do comitê de mobilização já era prevista no PNCD. *“Constituir Comitês Nacional e Estaduais de Mobilização com participação dos diversos segmentos da sociedade”* (FUNASA, 2002, p. 10).

maior respeito ao trabalho do agente comunitário, que atualmente faz um trabalho menos braçal e mais de orientação. *“Porque a gente foi concursado pra fazer trabalho oral e não trabalho braçal. Como aconteceu há dois/três anos atrás, quando a gente tinha que limpar terreno baldio, fazer um monte de coisa”* (Agente Comunitário de Saúde, 2014).

Já para a Gerente (2014) e o Supervisor ACE Seminário (2014), as ações vêm se intensificando nos últimos anos. *“Antes, quando teve aquela epidemia grande, uns três, quatro, cinco anos atrás...nós não tínhamos esses 15 dias de força-tarefa por exemplo. Que essas forças-tarefa é 100%, não é pra deixar nenhuma casa sem ser visitada. Se eles não conseguem, eles passam pro epidemiológico e eles visitam. Então não tinha essa intensificação como tem hoje. O combate continua igual, está aumentando só as quantidades”* (Gerente, 2014).

Situações conflituosas

Não foi possível observar situações conflituosas durante a elaboração do plano de ação, já que nenhum dos entrevistados do bairro afirmou ter participado. Da mesma forma, de acordo com os participantes, não existe qualquer situação conflituosa na unidade no que se refere ao relacionamento entre ACS e ACE (Enfermeira, 2014; Supervisor ACE Seminário, 2014; Agente Comunitário de Saúde, 2014). *“Com os epidemiológicos, como é novo, tem um ano, a gente nunca tem problema nenhum. Nem com relação de trabalho, nem de amizade. Cada um faz o seu trabalho, ninguém interfere no trabalho do outro. Sempre tá apoiando o trabalho do outro”* (Agente Comunitário de Saúde, 2014).

“Aqui a divisão funciona bem, a equipe é pequena não tem o que se indispor. Eles dependem um pouco do trabalho dos agentes comunitários, dos impressos realizados e preenchidos para ter um histórico da parte deles, que mesmo que eles façam só as partes comerciais e terrenos baldios eles precisam ter a informação de que a residência que abrange a microárea deles foi atendida. Eles dependem deste impresso e isso já funciona aqui bem, quando o agente comunitário finaliza a semana ele preenche um impresso com o domicílio que ele foi, o endereço, o número, e no fim da semana ele repassa para o supervisor que pega esta informação e coloca em uma planilha dele e dali ele preenche o que foi ou não atingido” (Enfermeira, 2014).

Espaço para discussão com moradores

Procurando saber da existência de um espaço ou abertura para discussão das ações junto à população atendida, foi identificado o conselho local de saúde (Gerente, 2014;

Enfermeira, 2014; Agente Comunitário de Saúde, 2014; Coordenador Campo Grande⁴¹, 2013). No conselho local de saúde os problemas de saúde da região são apresentados, discutidos e deliberados, e se encaminham ofícios para as secretarias responsáveis (Gerente, 2014). Através do conselho local de saúde é possível cobrar um posicionamento formal por parte da prefeitura, pois os ofícios servem como documentos oficiais que divulgam uma demanda que a unidade básica necessita (Gerente, 2014).

“Por exemplo, no nosso caso a gente tá querendo mais uma médica, então a gente vai fazer um ofício e mandar. Mas tudo assim em ata e com a lista de presença dos conselheiros. Porque se você vai mandar um ofício solicitando qualquer coisa, você tem que mandar a cópia da ata e da folha de frequência, de quem estava presente. E é uma coisa que você pode cobrar mais tarde, “referente à ata tal tal tal, ofício número tal”. Então as coisas assim são bem sérias. Tem conselho que é bastante participativo, mas o nosso ainda vai ser. Nós estamos tentando” (Gerente, 2014).

Como observado pela Gerente (2014), a participação da população no conselho local de saúde da UBSF Jardim Seminário ainda é baixa. Para ela, os moradores participariam mais se soubessem da importância que o conselho local tem para obter recursos para a unidade de saúde. *“Nós tentamos tentamos, mas as pessoas não se interessam. Não é que elas não se interessam, é que elas não sabem a importância que tem um conselho local”* (Gerente, 2014).

O Agente Comunitário de Saúde (2014) e Coordenador Campo Grande (2013) concordam que a população pouco participa dos conselhos, aonde vem para a reunião apenas os representantes e mais umas quatro ou cinco pessoas. *“Geralmente se você vai nesses lugares, é um mínimo de pessoas que vão pra discutir isso. Fora associação de moradores, convidava a população pra quem quisesse participar...ia meia dúzia de pessoas pra chegar numa discussão”* (Coordenador Campo Grande, 2013). Na opinião do Agente Comunitário de Saúde (2014), a reunião é muito fechada, pois considera que essas reuniões deveriam ser nos diferentes bairros atendidos pela UBSF, para que as pessoas soubessem da existência do conselho e conhecessem quem são os representantes da comunidade no conselho.

Já para os Moradores (2013), Supervisor ACE Seminário (2014) e Associação de Moradores Seminário (2014), não há qualquer espaço para discussão com a população sobre os problemas relacionados ao dengue. *“Do meu saber não. Pode até ser que tenha essa parte,*

⁴¹ O Coordenador (2013) indica também os conselhos das regiões urbanas do município e o conselho municipal de saúde como espaços onde é possível discutir as ações de políticas públicas.

mas do meu saber não” (Supervisor ACE Seminário, 2014). Para os Moradores 4 e 6 (2013), esse papel de organizar a comunidade para discutir seus problemas deveria ser da associação de moradores do Seminário.

Canais de reclamações ou sugestões

Com relação aos canais para efetuar reclamações e sugestões, existem duas formas principais. Na primeira, o morador liga na ouvidoria da secretaria de saúde para efetuar sua reclamação, que repassa ao distrito, que repassa a unidade de saúde (Gerente, 2014; Enfermeira, 2014; Agente Comunitário de Saúde, 2014; Coordenador Campo Grande, 2013). Na segunda, o morador procura a unidade básica de saúde ou os agentes para realizar a reclamação (Gerente, 2014; Enfermeira, 2014; Supervisor ACE Seminário, 2014; Agente Comunitário de Saúde, 2014).

Caso a pessoa não queira se identificar, existe na unidade de saúde uma caixinha de sugestões que é aberta pelo conselho local, sendo que para todas as queixas que estão dentro da caixa é dado algum tipo de encaminhamento. Mas segundo a Gerente (2014), é *“difícil eles colocam na caixinha ou ligar na ouvidoria. Eles falam direto aqui com a gente. Então tem esses casos assim, que a gente corre atrás e vê o que pode ser feito. Tem que ser solucionado”*.

A Enfermeira (2014) explica que todas as reclamações ou denúncias feitas aos agentes ou a unidade de saúde precisam ser confirmadas antes de serem tomadas providências. *“Eles fazem a queixa e nós, a princípio, questionamos os agentes comunitários para ver se já conhecem o ponto, a problemática, se realmente é um ponto que exige certa atenção maior, então vai o enfermeiro ou o ‘Seu Hamilton’ (Supervisor ACE) para conhecer, conversar e dar prazos para o morador. Mas não fazemos nada as cegas, antes vamos confirmar a queixa”* (Enfermeira, 2014).

Os relatos dos moradores (2013) confirmam que procurariam os agentes comunitários ou a própria unidade de saúde caso necessitassem de ajuda. *“Quando tem alguma crítica seria com o agente de saúde, seria a pessoa da ponta”* (Morador 7, 2013). Outro elemento a ser observado foi que nenhum dos moradores afirmou ter precisado realizar qualquer tipo de reclamação ou conhecido qualquer pessoa que tenha precisado realizar alguma reclamação ou sugestão em relação ao dengue.

Além da ouvidoria e agentes, o Coordenador (2013) indica que reclamações podem ser realizadas através do telefone do CCZ. *“Aqui no CCZ tem dois telefones, que a gente divulga*

isso pra população e tem a ouvidoria da Secretaria de Saúde e da Prefeitura. Todos esses canais, as pessoas fazem as suas reclamações, fazem os seus pedidos e chega pra gente” (Coordenador Campo Grande, 2013). Já o presidente da Associação de Moradores Seminário (2013) não tem nem ideia de quais canais poderiam ser utilizados para fazer reclamações ou sugestões com relação ao combate ao dengue.

Discussão ou comunicação das ações

De acordo com Agente Comunitário de Saúde (2014), Associação de Moradores Seminário (2013) e Enfermeira (2014), as ações de controle do dengue estão sendo mais comunicadas do que discutidas. Para a Enfermeira (2014), isso é quase um reflexo da falta de engajamento da população tal qual acontece na política. Segundo ela, se for depender de um envolvimento um pouco maior da população para montar um projeto, esse projeto vai ficar deficiente. *“Lógico que sempre existem exceções, mas de uma maneira geral ainda falta muito”* (Enfermeira, 2014). Nesse sentido, para o Agente Comunitário de Saúde (2014), se conversa muito com a população a situação do dengue nos bairros, mas não se discute em profundidade as causas que estão levando àquela situação.

Por sua vez, Gerente (2014) e Supervisor ACE Seminário (2014) consideram que as ações estão sendo tanto discutidas como comunicadas. Segundo a Gerente (2014), na hora que os agentes públicos vão prestar algum tipo de orientação, é o momento que os usuários dão as opiniões sobre o que acham que deve ser feito em relação ao dengue. *“Porque quando a gente vai falar alguma coisa, eles perguntam, eles participam. Aqui no nosso caso eles dão opiniões sobre como deve ser feito isso, como deve ser feito aquilo. Há uma troca de experiências”* (Gerente, 2014).

Da mesma forma, *“não é comunicado...é orientado. Não é comunicado, você chega comunica é uma coisa muito interpessoal. Agora você chegar, dá uma orientação, você começa um diálogo com a pessoa...e aí você vai dar aquela orientação, "olha isso aqui não pode ser feito" ou então "você tem alguma dúvida?". Geralmente a gente pergunta "tem alguma dúvida em relação ao que você deve tá fazendo?". Muitas vezes a pessoa "ah eu já sei". Mas muitas vezes que tem aquele lá que ele não sabe, então fala assim "ah fulano, e isso aqui?". Isso aqui não pode ficar assim, isso aqui tem que ser feito assim. Então é nesse sentido aí”* (Supervisor ACE Seminário, 2014).

Já as ações realizadas pela UBSF no Centro de Educação Infantil (CEI) são discutidas com a coordenação e com a comunidade acadêmica da UCDB (pais das crianças) para

analisar a viabilidade da proposta. Segundo a Coordenadora do CEI (2014), “*muitas vezes existem certas propostas que não são assim adequadas pra crianças, pra educação infantil. Então muitas são rejeitadas. Mas este ano, a UBSF já entrou em contato comigo agora e ela quer trabalhar com os pais. Nós vamos tentar montar uma ação com os pais*”.

Tendo em vista os pontos destacados nessa subseção, o Quadro 6 apresenta um panorama geral da descrição do bairro Seminário.

QUADRO SÍNTESE CASO SEMINÁRIO
Situação Seminário - Problema do dengue controlado, população colaborativa e agentes bem aceitos nas residências.
Trabalho ACS - Atua na atenção básica em saúde. Realiza orientações junto às famílias, controle mecânico e preenchimento <i>checklist</i> . Necessários seis ACS para cobertura do bairro, contudo apenas quatro trabalhando.
Dificuldades ACS - Dificuldade em entrar nas residências para prestar orientações, não realização das tarefas indicadas, imóveis fechados sem morador e conflito de horários entre ACS e moradores.
Trabalho ACE - Realizam vistoria e controle em terrenos baldios, comércios e outros imóveis (apenas locais onde ACS não cobrem). Há integração com os ACS.
Motivações p/ participação da população - Moradores motivados por proteger suas famílias ou pessoas mais próximas.
Incentivaria a participação da população - Presença mais frequente dos agentes nas residências, multas para quem não colaborar com o combate, instrumento que garantisse o direito do agente em notificar a residência, dentre outros.
Coprodução em nível individual, grupal ou coletiva - Coprodução individual, nenhum morador entrevistado participou de ações coletivas.
Motivações setor público - Coprodução do dengue é a opção mais barata de combate para o governo.
Condições técnicas - Combate não poderia ser realizado sem a participação da população.
Diferenças Seminário em relação a outros bairros - Menor resistência do morador em acatar a visita dos agentes.
Parceiros na implementação - Conselho local de saúde (monitoramento de atividades), Seminário católico (fornecimento mudas Crotalária), UCDB (cessão de espaço e apoio clínico) e CEI São Domingos Sávio (educação em saúde).
Processo de implementação - Secretaria de saúde > Diretoria de assistência à saúde > Diretoria distrital > Gerente UBSF > Enfermeira > ACS > Morador.
Plano de ação de combate - Nenhum entrevistado participou da elaboração do plano de ação.
Situações conflituosas - Não foram identificadas situações conflituosas na elaboração do plano (já que nenhum entrevistado participou) ou no relacionamento entre ACS e ACE.
Espaço de discussão com moradores - Único espaço identificado foi o conselho local de saúde, mas não há no conselho qualquer representante do bairro.
Canais de reclamações ou sugestões - Podem ser realizadas através da ouvidoria da secretaria de saúde, Ligações no CCZ, caixinha de sugestões, procurar a unidade básica ou um dos agentes.
Discussão ou comunicação das ações - Ações são apenas comunicadas à população.

Quadro 6 – Quadro síntese da descrição do caso Seminário

Fonte: Elaborado pelo autor (2015).

4.3 Caso Jockey Club

O Jockey Club foi um dos bairros que apresentou em 2012 ‘incidência zero’ para casos de dengue no município de Campo Grande – MS (CAMPO GRANDE, 2012a). O bairro Jockey Club localiza-se na região centro-sul de Campo Grande denominada ‘Anhanduízinho’ (vide Figura 5) e conta com uma população de 7.587 habitantes (CAMPO GRANDE, 2011).

Para facilitar a descrição do caso do controle vetorial do dengue no bairro Jockey Club, foi obtido junto ao Supervisor dos Agentes de Controle de Endemias (ACE) um relatório que apresenta o perfil de ocupação do bairro. Os dados do relatório indicam que no bairro existem 2.751 imóveis residenciais, 351 comerciais, 123 terrenos baldios, um ponto estratégico⁴² (borracharias, reciclagem, cemitérios, *etc.*) e 23 outros (igrejas, centros espírita, escolas, *etc.*) – totalizando 3.249 imóveis no bairro.

Além do perfil de ocupação, questionou-se os moradores do bairro sobre a qualidade e regularidade na prestação de serviços públicos básicos como água, esgoto, energia e coleta de lixo. De acordo com os moradores (2013) entrevistados, no geral as residências em que moram são atendidas regularmente por esses serviços públicos. Embora no geral os moradores se mostrem suficientemente bem atendidos em relação a esses serviços, os Moradores 4 e 6 (2013) indicaram que as vezes a água de sua residência não é de boa qualidade. “*Tem dias que tá com gosto de cano, vem suja. A única que é ruim é a água, às vezes tá bem ruim, pelo menos uma vez por semana, uma vez a cada 10 dias, 15 dias, a água tá bem ruim*” (Morador 6, 2013).

Na implementação da política de controle vetorial do dengue no bairro Jockey Club, observa-se que as ações são realizadas tanto por agentes públicos quanto privados, sendo que há uma prevalência notória de agentes públicos direcionada ao problema. Os profissionais de linha de frente ou “implementadores de rua” que interagem diretamente com os moradores em relação ao combate ao dengue no bairro Jockey Club são os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os Agentes de Controle de Endemias (ACE).

A motivação expressa para esses agentes públicos e seus supervisores atuarem no processo de implementação do controle vetorial do dengue é por as ações de combate fazerem parte das atribuições de seu cargo (Coordenador Campo Grande, 2013)⁴³. “*Isso sempre fez*

⁴² Pontos estratégicos são considerados locais vulneráveis à proliferação do vetor, devido ao acúmulo de materiais que servem como criadouros (ANVISA, 2008).

⁴³ O Coordenador do combate ao dengue no município é o chefe do Serviço de Controle de Vetores do Centro de Controle de Zoonoses (Alcides Ferreira).

parte do trabalho dele (ACS), tanto a dengue como outras doenças, sempre fez parte. Então eu acho assim, ele tem que fazer isso, não tem que vim nada de cima, porque isso aí já tá dentro do trabalho dele, é a obrigação dele fazer isso, orientar todas as doenças na casa e principalmente a dengue” (Enfermeira, 2014).

Trabalho ACS

Os agentes comunitários de saúde atuam no nível de atenção básica em saúde, em que observam problemas de saúde do idoso, saúde da mulher, saúde da criança *etc.*, - e nesse ínterim também tratarão com os moradores sobre o problema do dengue⁴⁴ (Agente Comunitária de Saúde, 2014; Gerente, 2014; Enfermeira, 2014; Coordenador Campo Grande, 2013). As ações de combate ao dengue realizadas pelos ACS envolvem orientações às famílias sobre como evitar a reprodução do mosquito, participação em campanhas de conscientização e preenchimento do *checklist* do dengue durante o período epidêmico.

“É esse o nosso trabalho, tanto o meu, quanto os dos agentes, é a prevenção. Porque eles vão de casa em casa pra fazer a prevenção, eles falam todos os dias sobre a dengue, sobre hipertensão, alimentação saudável... a nossa meta é prevenção” (Enfermeira, 2014). *“O comunitário (trabalha com) mais orientação pro morador em relação a lixo, água parada, essas coisas. Mais esse incentivo, mais orientação do que trabalho mecânico em si. O comunitário não mexe mais com a parte mecânica”* (Agente Comunitária de Saúde, 2014). *“O agente comunitário de saúde é aquele que vai de casa a casa pra ver carteirinha de vacina, hipertenso, a saúde do idoso, da mulher, essa questão. E ele tem que fazer a parte educativa da dengue”* (Coordenador Campo Grande, 2013).

As ações de conscientização são eventos direcionados a orientação da população sobre o combate ao dengue. A última ação realizada nesse sentido foi uma *blitz* educativa em um semáforo da região, onde foram entregues panfletos e dadas orientações sobre o combate. Participaram dessa *blitz* os funcionários de três unidades básicas da região, UBS Jockey Club, UBS Dona Neta-Guanandi e UBSF Vila Carvalho (Agente Comunitária de Saúde, 2014; Gerente, 2014). Aliás, importante salientar que a Gerente afirma que existe um bom relacionamento entre as unidades básicas de saúde do distrito sul, que inclusive emprestam material umas às outras quando necessário.

⁴⁴ Brasil (1997) confirma a atuação dos ACS nessa seara, prestando assistência à criança, ao adolescente, à mulher, ao trabalhador, ao adulto e ao idoso.

Como observado, o *checklist* é utilizado apenas nos períodos epidêmicos (novembro - fevereiro), quando os ACS estão em campanha intensificada contra o dengue. Segundo a Agente Comunitária de Saúde (2014), o *checklist* é utilizado como uma orientação para o próprio ACS, sobre os pontos que devem ser observados durante a visita. Fora esse período epidêmico, os ACS preenchem apenas um relatório de registro diário, onde são descritas todas as atividades realizadas por eles no dia-a-dia.

Os moradores (2013) do bairro confirmam o papel dos ACS na prestação de orientações sobre o combate e vistoria dos imóveis, embora em algumas residências esses agentes não passem a um tempo razoável. A periodicidade entre visitas dos agentes variou entre todos os moradores participantes, onde apenas um deles (Morador 4, 2013) informou que os ACS passam no prazo correto, que é mensalmente. Essa ausência de padrão nas visitas fica claro na afirmação do Morador 5 (2013), “*elas acompanham...mas é muito pouca gente pra muita casa, demora até três a quatro meses para eles vim na casa. Eles demoram muito pra voltar na casa...á se fosse pra criar o mosquito, já tinha criado de novo muito fácil*”.

Os ACS do Jockey Club ficam lotados na Unidade Básica de Saúde (UBS) ‘Jockey Club’, onde contam com a supervisão de uma enfermeira que direciona as microáreas de atuação de cada um e dá orientações sobre o trabalho a ser executado⁴⁵⁴⁶. “*Esse é o trabalho do enfermeiro, a gente faz essa capacitação com o agente novo*” (Enfermeira, 2014). Além disso, as enfermeiras realizam palestras sobre assuntos diversos de saúde na própria unidade de saúde, sendo que um desses assuntos é o combate ao dengue (Gerente, 2014).

Segundo a Enfermeira (2014), para realizar a cobertura da área do bairro seriam necessários 13 ACS, no entanto apenas dez estão trabalhando no momento, sendo que um agente está de atestado médico e outros dois pediram exoneração – então essas microáreas estão descobertas, sem ACS. Já para a Agente Comunitária de Saúde (2014), a equipe do Jockey deveria ser formada por oito agentes, mas eles estão com uma defasagem de três, em função dos pedidos de exoneração desses agentes. A ACS explica ainda, que em função dessa ausência de agentes, algumas áreas ficam sem cobertura por mais ou menos quatro meses (coincidência ou não, foi o tempo indicado pelo Morador 5 [2013] como aquele em que não passa o ACS em sua casa).

⁴⁵ O enfermeiro (a) tem a função de atuar como instrutor / orientador das atividades a serem realizadas pelos ACS (SAKATA, 2009).

⁴⁶ Importante destacar que a enfermeira (2014) que realiza esse trabalho de orientação dos ACS no Jockey, está, como ela própria diz “*quebrando um galho, mas não é minha obrigação*”. Essa enfermeira é responsável por outro bairro, mas está fazendo esse serviço na ausência de um responsável.

Dificuldades trabalho ACS

Algumas dificuldades poderiam justificar a rotatividade observada dos ACS no bairro Jockey Club, dentre essas: (1) o desgaste do trabalho sob sol quente, sem a utilização de protetor solar⁴⁷; (2) o Ponto de Apoio (PA) atual fica distante da UBS, precisando a enfermeira se deslocar até lá para dar orientação aos agentes; (3) desgaste no relacionamento com os moradores quando esses necessitam dos serviços da unidade básica; (4) falta de materiais ou fornecimento de materiais de baixa qualidade para a execução do trabalho; (5) a baixa remuneração paga aos ACS.

A Agente Comunitária de Saúde (2014) reclama da dificuldade em se trabalhar sob o sol quente, sem que, qualquer tipo de protetor solar seja fornecido pela prefeitura. *“As dificuldades é o calor no período da tarde, meu rosto já tá todo manchado por causa do calor”* (Agente Comunitária de Saúde, 2014). *“Eles têm que ter também todo o material, principalmente protetor solar, que eles não têm. Então isso aí eles reclamam muito”* (Gerente, 2014).

O Ponto de Apoio (PA) utilizado pelos ACS do bairro Jockey Club fica em uma empresa de segurança, que cedeu um espaço para os agentes. É no PA que a equipe se encontra com a enfermeira para receber as orientações sobre o trabalho. Já que a equipe precisa se encontrar todos os dias com a enfermeira para essas orientações, o correto seria que o PA fosse dentro da própria unidade de saúde, para não haver a necessidade de deslocamento. Contudo, a Gerente justifica que o espaço existente na UBS não é capaz de comportar todas as equipes de ACS lotadas na unidade.

Como os ACS são a “ponte” da população com a unidade básica de saúde, eles divulgam uma série de serviços que a unidade pode oferecer. Contudo, muitas vezes a unidade de saúde não é capaz de cumprir as expectativas do serviço que está sendo oferecido, o que cria certo constrangimento e cobrança por parte dos moradores aos ACS. *“Essa é a dificuldade que eles acham, de um morador cobrar isso deles (ACS), coisa que eles não podem resolver”* (Enfermeira, 2014).

Alguns participantes (2014) indicaram a falta de materiais para execução do trabalho diário e a aquisição de materiais de baixa qualidade pela prefeitura. *“Falta de material também, cola pra eles estarem colocando (os avisos) atrás das portas. Lápis, tudo assim*

⁴⁷ Essa foi uma dificuldade encontrada também entre os agentes de endemias, principalmente no período da tarde (Supervisor ACE Jockey Club).

coisa de material eles estão reclamando um pouco” (Gerente, 2014). *“Ah, e sim, e o material...tudo que chega pra nós é segunda linha, cola parece água, lápis você come o lápis apontando e não funciona, caneta estoura, e quando tem”* (Agente Comunitária de Saúde, 2014).

Contudo, segundo a Agente Comunitária de Saúde (2014), essas dificuldades parecem estar sendo superadas. Nesse sentido, a Gerente (2014) explica que em situações como essa, onde falta material na UBS, as outras unidades básicas da região emprestam esse material até que o fornecimento seja normalizado. *“Assim, o distrito sul que o Jockey faz parte, é um distrito assim que sempre está ajudando. Então se eu não tenho material, eu pego emprestado lá do outro posto, tipo do ‘Dona Neta’ ou do ‘Nova Esperança’⁴⁸. Então a gente sempre se ajuda, a gente tenta né, se virar nos trinta...igual fala né”* (Gerente, 2014).

Além disso, indica-se a baixa remuneração paga aos ACS como um dos fatores que podem estar influenciando na rotatividade de pessoal (Gerente, 2014; Agente Comunitária de Saúde, 2014). A Gerente (2014) indica que existem equipes de ACS lotadas na unidade de saúde que estão desmotivadas em relação ao trabalho que executam. Mas em resposta, ela afirmou que para solucionar essa dificuldade, convida um Capelão para ministrar palestras de motivação para os agentes.

No que se refere às dificuldades encontradas pelos ACS no controle do dengue, identificou-se: (i) moradores que não deixam os ACS entrarem em suas casas para prestar orientações (Enfermeira, 2014; Coordenador Campo Grande, 2014); (ii) apesar das orientações, alguns moradores não realizam as tarefas de limpeza ou controle indicadas pelos agentes (Agente Comunitária de Saúde, 2014; Coordenador Campo Grande, 2013); (iii) imóveis fechados sem qualquer morador (Agente Comunitária de Saúde, 2014; Coordenador Campo Grande, 2013); (iv) conflito de horários entre ACS e moradores, que estão trabalhando na hora da visita (Gerente, 2014); (v) demora na resposta da secretaria em relação a imóveis problemáticos (Agente Comunitária de Saúde, 2014).

“Nós temos moradores que eles dificultam, eles não querem receber o agente comunitário, acha que não tem necessidade” (Enfermeira, 2014). Da mesma forma, existem aqueles moradores que embora recebam o agente, não realizam as ações indicadas. *“Na minha microárea mesmo, tem alguns casos de casa suja, eu tenho acesso ao morador dono do*

⁴⁸ A UBS Dona Neta-Guanandi é a unidade de saúde que atende o bairro Jacy. E a UBSF Nova Esperança é a unidade de saúde que atende o bairro Parati. Ambos são bairros contemplados como casos nessa pesquisa.

imóvel, mas ele faz pouco caso” (Agente Comunitária de Saúde, 2014). E ainda, existe a dificuldade de imóveis fechados sem morador, *“a maior dificuldade é realmente com um imóvel fechado, a gente não tem acesso e a gente passa pra secretaria e pro distrito o caso e a gente não tem esse retorno”* (Agente Comunitária de Saúde, 2014).

Essa dificuldade em obter resposta da secretaria de saúde e do distrito sanitário sul sobre imóveis fechados sem morador, ocorre principalmente em épocas de campanha do dengue. *“Casos que é casa fechada e a gente passa pro distrito. Passou a campanha da dengue e não foi solucionado. Essa é a maior dificuldade. Aí eu não sei qual é a dificuldade dentro do distrito, se é efetivo (de pessoal), se é problema com lei, qual é a dificuldade deles de ter acesso a esses moradores”* (Agente Comunitária de Saúde, 2014). Por fim, essa dificuldade de acesso aos moradores acontece outras vezes em função do conflito do horário de trabalho dos ACS e dos moradores. *“Muitas vezes em alguns bairros, a população não fica em casa, trabalha o dia inteiro e aí não consegue tá captando essa população né”* (Gerente, 2014).

Situação bairro Jockey Club

Apesar das dificuldades identificadas, o problema do dengue no bairro Jockey Club parece estar controlado, pois no geral a população é bem colaborativa e os agentes bem aceitos nas residências. Segundo a Agente Comunitária de Saúde (2014), *“fora esses pequenos probleminhas assim, a aceitação é boa dentro do Jockey, é raro o problema. Tem, mas é raro”*. A Enfermeira confirma a fala da ACS, *“tá controlada, a gente não tem caso assim, é muito raro [...] eles passam pra gente quando tem alguma internação, mas a gente não tem tido notícias”* (Enfermeira, 2014).

Essa situação do dengue estar controlado no bairro do Jockey Club pode ser observada na trajetória dos casos identificados junto aos moradores. Dentre os oito moradores participantes (2013) da pesquisa, em cinco foram observados ocorrências de dengue na família. Contudo, questionados se consideram o dengue de saúde pública no bairro, cinco moradores responderam que ‘não’, não consideram o dengue como um problema de saúde pública. Ao que parece, esses casos positivos identificados são em sua maioria, provenientes das epidemias que o município viveu no passado.

“Olha, a gente quase não vê falar aqui...já teve uma época que teve muito foco aqui na vila, mas agora é meio difícil. A gente quase não vê, vê muito em outros bairros, mas aqui eu mesmo não. Assim, esse ano eu quase não vi” (Morador 4, 2013). *“Agora não...agora eu*

acho que já não tem tanto problema com isso não. Já foi a época já, agora não é mais não” (Morador 5, 2013). *“Aqui eu acho que não. Não ouço falar muito assim não”* (Morador 8, 2013). *“Pelo menos do ano passado pra cá está meio calmo, ninguém falou nada. A gente sabe algumas coisas que aparecem no noticiário né. Esse ano tá bem mais light”* (Igreja São Geraldo Magela⁴⁹, 2014).

Contudo, o Coordenador (2013) explica que o número de incidência nos bairros é feita por amostragem, assim às vezes pode estar tudo bem em uma casa, mas a do lado ter focos. Explica também que a ausência de foco, não quer dizer ausência de possibilidades de foco. Como a larva sobrevive mais de um ano nos recipientes, quando começa o período de chuvas, pode ser que aquele bairro que não tinha focos, aumente em número de casos. *“Então é tudo relativo. É uma amostragem, então às vezes ele dá incidência zero e às vezes não tem caso...mas daqui a pouco começa a chover, começa a aparecer os casos, começa a aumentar a incidência. Então isso é relativo”* (Coordenador Campo Grande, 2013).

Trabalho ACE

Os Agentes de Combate a Endemias (ACE), assim como os ACS, realizam orientações junto aos moradores com relação ao combate ao dengue (Agente Comunitária de Saúde, 2014; Enfermeira, 2014; Gerente, 2014; Supervisor ACE Jockey Club, 2014). É necessário apontar que no bairro não existe ‘integração’ entre ACE e ACS. *“Tem alguns postos que tem a integração, que é o ACS e o agente de endemias (trabalhando) junto. Mas é mais PSF que tem, UBS ainda não abrangeu isso né”* (Gerente, 2014).

O Supervisor ACE Jockey Club (2014) explica que nas Unidades Básica de Saúde da Família (UBSF) já funciona a integração, que é o ACS e o ACE trabalhando em conjunto. Nessa dinâmica, os ACS trabalham apenas em residências com famílias e os ACE trabalham em comércios, terrenos baldios, pontos estratégicos e outros. O Supervisor comenta ainda, que essa integração já funciona na ‘UBSF Nova Esperança’ (bairro Parati). *“Eu não lembro se é o João (Supervisor ACE Parati)...então, ele já tem (integração), que ele fica na unidade básica que é UBSF. Agora eu não estou nesse trabalho ainda. Então os meus agentes vão passar em todos os imóveis, que é residência, comércio, terrenos baldios, ponto estratégicos e outros”* (Supervisor ACE Jockey Club, 2014).

⁴⁹ A Igreja São Geraldo Magela participa da pesquisa, pois foi identificada como uma parceria das ações de combate ao dengue no bairro. A entrevista foi realizada com uma das ministras da igreja, apontada por outros membros da organização como a responsável pela administração.

Sobre a integração entre ACS e ACE, o Coordenador (2013) explica que “o Ministério da Saúde, em 2010 para 2011, saiu uma portaria⁵⁰ pedindo a integração do agente de controle de endemias dentro do Programa de Saúde da Família. Então nós temos já 18 áreas de abrangência em Campo Grande, onde tem o agente de controle de endemias dentro da estratégia de saúde da família. Então ali eles já tão trabalhando junto e incentivando mais o agente comunitário a dentro das residências ele tá vendo a questão dos depósitos, questão de orientação” (Coordenador Campo Grande, 2013).

Além de orientações com os moradores, os ACE realizam: (1) vistoria em imóveis fechados sem morador⁵¹; (2) controle mecânico de possíveis focos do mosquito; (3) vistoria em comércios, terrenos baldios e pontos estratégicos, em que procuram observar possíveis criadouros para o mosquito do dengue e leishmaniose⁵²; (4) resolução de situações críticas repassadas pela gerência; (5) utilização de métodos de combate indisponíveis aos ACS, como os larvicidas; (6) realização do Levantamento de Índice Rápido (Lira), pesquisa para conhecimento da situação de cada bairro e direcionar ações de acordo com o caso.

“Tem imóvel particular que tá fechado. O que tá pra aluguel e venda que tá na imobiliária, nós temos uma parceria com o sindicato dos imobiliários. Vai uma equipe nossa, pega a chave e trabalha isso lá...vai lá olhar, ver se tá tudo ok, vedar vaso sanitário, ralo. Então as casas pra aluguel e venda, a gente já tem um trabalho implantado” (Coordenador Campo Grande, 2013). “Ele (ACE) entra nos mesmos (imóveis) que eu, eu trabalho só com residência, só famílias. O endemias trabalha com comércio e terreno baldio, porque eles fazem o controle mecânico. Se precisar tratar eles tratam, então eles entram tanto em residências, comércio e terreno baldio” (Agente Comunitária de Saúde, 2014).

“Nosso trabalho é o que? Procurar o foco, identificar, destruir ou chegar até o ponto dele ser tratado. Mas tratamento ali com larvicida que é o Diflubenzuron, ele é tratado no último caso, naqueles depósitos que ele não tem como ser eliminado. E o morador, ele é orientado em questão de como evitar o depósito, criadouros da dengue, são orientados em relação aos sintomas da dengue e o que deve ser feito em caso de suspeita de dengue” (Supervisor ACE Jockey Club, 2014). Da mesma forma, a Gerente (2014) afirma que quando

⁵⁰ Portaria n. 1.007, de 4 de maio de 2010, define critérios para a incorporação dos agentes de combate às endemias nas equipes de saúde da família (BRASIL, 2010).

⁵¹ “Aqueles casas que estão pra alugar, vende-se. Normalmente isso aí a gente consegue entrar em contato com a imobiliária ou com o responsável” (Supervisor ACE Jockey Club, 2014).

⁵² Doença relacionada ao dengue, devido a ambas estarem presentes quando não há higiene adequada do ambiente (SÃO PAULO, 2007).

existe uma situação problemática, entra em contato com o CCZ para que os ACE visitem aquele imóvel. *“Quando a gente precisa de alguma coisa, preciso que tenha uma visita específica em uma residência. Aí eu tenho acesso, eu ligo no CCZ, aí passa o endereço tudo certinho, aí eles vem”* (Gerente, 2014).

Os participantes explicam que essas atribuições do ACE já foram, no passado, atribuições dos ACS (Agente Comunitária de Saúde, 2014; Enfermeira, 2014). Eram os ACS os responsáveis por orientar, realizar o controle mecânico e o tratamento de possíveis focos. *“Com essa divisão, ficou determinado que o combate a dengue, combate a leishmaniose ficaria com o pessoal do agente pública (ACE), e o comunitário trataria mais a saúde da população. Por isso que eu te falei que é mais orientação do que o controle mecânico. Mas antes era controle mecânico, o comunitário tratava, cuidava e orientava, hoje é só orientação mesmo”* (Agente Comunitária de Saúde, 2014).

Motivações da participação da população

Questionados sobre o que leva a população a colaborar e participar das ações de combate, os agentes públicos e privados afirmam que os moradores são motivados quando há relatos de casos e mortes por dengue na região, onde pensam que hoje a pessoa que morre pode ser alguém distante mas da próxima vez pode ser um amigo ou parente (Agente Comunitária de Saúde, 2014; Enfermeira, 2014; Gerente, 2014; Supervisor ACE Jockey Club, 2014; Escola Municipal Padre José Valentim⁵³, 2014; Escola Estadual Amando de Oliveira⁵⁴, 2014; Igreja São Geraldo Magela, 2014; Coordenador Campo Grande, 2013).

“Quem participa do combate é porque já teve dengue, e sabe que essa doença ela é crítica, ela machuca, incomoda, e pode até matar. Então só as pessoas que realmente combatem é quem já teve dengue. Ou um parente, um familiar mais próximo participa porque viu o sofrimento daquela pessoa. Porque se não teve, eles não levam a sério, eles não acreditam que a dengue faça tanto mal” (Agente Comunitária de Saúde, 2014). *“O que muitas vezes fazem eles se interessarem é quando tem alguém da família ou vizinho que chegou a ter a dengue. Falam assim, “ah meu Deus, e agora? Está perto da minha casa!”*. *Então quando eles veem algo perto deles ou com alguém que eles conhecem, aí eles já*

⁵³ A Escola Municipal Padre José Valentim participa da pesquisa, pois foi identificada como uma parceira das ações de combate ao dengue no bairro. A entrevista foi realizada com a diretora em exercício da escola.

⁵⁴ A Escola Estadual Amando de Oliveira participa da pesquisa, pois foi identificada como uma parceira das ações de combate ao dengue no bairro. A entrevista foi realizada com a diretora em exercício da escola.

começam a ficar preocupados. Agora, se nunca chega ali, eles pensam “nunca chegou, nunca vai ter mesmo” (Gerente, 2014).

“Preocupação que aconteceu com alguém da família ou algum conhecido veio a óbito ou alguém ficou doente. Aí isso aí motiva eles estarem fazendo o trabalho” (Supervisor ACE Jockey Club, 2014). *“Quando tem muita gente doente eles começam a querer prevenir, fazer o trabalho de prevenção que deveria ser feito diariamente”* (Escola Municipal Padre José Valentim, 2014). *“Essa população ela não tem se engajado ainda. Só no período da epidemia quando ela vê que o parente tá doente, um filho, um irmão, sei lá, alguém da família pegou dengue. Aí ele começa a fazer, começa a ligar, começa a denunciar o vizinho, denunciar não sei quem. Mas a hora que acalma, a dengue é isso... ela vem explode, depois ela baixa...a população esquece. A gente não conseguiu ainda, já tentou todos os formatos (de combate), até agora não é toda a população como um todo que se engaja”* (Coordenador Campo Grande, 2013).

De fato, as narrativas dos agentes públicos e privados coincidem com as afirmações dos moradores. Para os moradores (2013), a principal motivação para realização do controle do dengue é evitar a doença em sua família e vizinhança, como observado nas afirmações dos Moradores 3 e 5 (2013), respectivamente: *“Primeiro que você não quer ficar doente neh...é a primeira coisa que você tem que evitar mesmo”*. *“A gente próprio precisa cuidar da nossa saúde. Se a gente criar o mosquito, a gente tá criando um inimigo contra nós mesmos”*. Segundo os moradores, não há situação que os faça desanimar na realização do combate, como afirma o Morador 5 (2013), *“isso daí é pro nosso próprio bem, não tem nenhum motivo pra atrapalhar isso”*.

O que incentivaria participação da população

Os participantes da pesquisa deram algumas opiniões sobre o que incentivaria uma maior participação da população nas ações de combate. Foram mencionadas: (i) poderia haver maior divulgação do combate através de material institucional, como panfletos ou impressos (Gerente, 2014); (ii) as propagandas dos efeitos causados pelo dengue deveriam ser mais impactantes (Supervisor ACE Jockey Club, 2014); (iii) a prefeitura deveria mandar alguns caminhões durante o ano para retirar entulho que os moradores acumulam nas residências (Escola Municipal Padre José Valentim, 2014); (iv) deveria ser incentivada a reciclagem para melhor aproveitamento do lixo produzido (Igreja São Geraldo Magela, 2014); (v) realização de mais eventos e campanhas de conscientização junto aos moradores (Gerente, 2014; Agente Comunitária de Saúde, 2014; Morador 3, 2013); (vi) poderia haver maior envolvimento com

as escolas (Gerente, 2014; Agente Comunitária de Saúde, 2014; Morador 6, 2013); (vii) poderia haver mais fiscalização e orientação no dia-a-dia (Enfermeira, 2014); (viii) poderia multar quem não realiza ações de combate ao dengue na residência (Moradores 2 e 8, 2013); (ix) poderia ser realizada a limpeza dos imóveis e cobrado no IPTU o valor do serviço (Morador 5, 2013); (x) poderia ser dado um desconto nos serviços públicos e tributos que a população paga, caso colaborassem com o combate (Morador 5, 2013); (xi) o presidente de bairro poderia organizar a população para a realização de ações de combate (Moradores 1, 6 e 7, 2013).

Para a Gerente (2014), *“só você falar, muitas vezes (o morador) não guarda. Então o que falta é a gente ter impressos, panfletos pra população, pra orientar. Porque só você chegar e falar “olha, a senhora não pode deixar esses potinhos com água, tudo”. Muitas vezes eles não (lembra)”*. À exemplo do que foi feito na *blitz* educativa realizada pela unidade de saúde, onde foram entregues no semáforo material institucional sobre o combate e dadas orientações.

“Deveria ter mais blitz, caminhadas que estava tendo...isso daí ajuda muito. Porque a maioria da população trabalha, então você consegue pegar eles, indo pro serviço num semáforo, num mercado ou em algum local estratégico né. Então fazer mais essas atividades, de pegar, juntar várias unidades, ir pra semáforo, panfletar, fazer orientações, ir pra tipo algum mercado. Isso é algo que vale a pena fazer, porque você consegue pegar mais as pessoas no trânsito do que em casa, entendeu?” (Gerente, 2014).

Da mesma forma, deveriam ser realizados mais eventos e campanhas de combate junto à comunidade, inclusive junto às escolas. *“A prefeitura deveria estar fazendo mais atividades com o morador, fazer por bairro, estimular, pegar uma escola junto com a UBS ou PSF e fazer uma atividade diferente. Uma atividade, um olhar diferente pra poder mexer, porque só fala o morador não te leva muito a sério”* (Agente Comunitária de Saúde, 2014). *“Talvez alguma ação assim de fazer algum movimento algum dia...o povo gosta muito de um showzinho, de alguma coisa e falar. Seria legal”* (Morador 3, 2013). *“Quando a gente faz alguma atividade na escola, a criança chega e fala pro pai o que faz e o que não faz, entendeu? Aí vai dá, a gente tem que começar dos pequenos”* (Gerente, 2014).

O Supervisor ACE Jockey Club (2014) considera que as propagandas envolvendo o dengue deveriam ser mais impactantes, demonstrando os efeitos que pode causar na vida das pessoas. *“É bem chocante mesmo. Uma propaganda que está tendo agora, que o rapaz chega lá no cemitério pra visitar o filhinho de oito anos...na primeira vez que eu vi, eu fiquei*

prestando atenção e de repente chegou lá, era em relação a dengue. Então assim, vai ter que ser uma coisa bem impactante mesmo” (Supervisor ACE Jockey Club, 2014).

Já para a Enfermeira (2014), falta mais orientação no dia-a-dia mesmo, porque embora o morador veja as orientações pela mídia, não substitui o contato com os agentes comunitários de saúde. *“Eu acho que tem que ser isso do dia-a-dia de orientar mesmo, porque a gente vê na televisão orientação, mas eu acho que é só assim mesmo, é a educação dia-a-dia, procurar orientar. Eu acho que não tem outra forma, na minha opinião eu acho assim. Porque você tem que tá falando todo dia, mostrando que ela vai ficar doente, pode morrer, eu acho que tem que ser assim”* (Enfermeira, 2014).

Outra forma de estimular a participação seria através da retirada de entulho que os moradores mantêm em suas residências. *“Tem que fazer mutirão de limpeza, passar uma vez por mês, quando começa as chuvaradas e os focos do mosquito. Aí o centro comunitário faz uma campanha de tirar todo o lixo e colocar em frente da casa”* (Escola Municipal Padre José Valentim, 2014). De maneira similar, a Igreja São Geraldo Magela (2014) indica que *“deveria se incentivar ainda mais a questão da reciclagem. Porque queira ou não, se você recicla, você vai estar evitando o acúmulo de algo que vai evitar o mosquito”*.

Por fim, alguns moradores (2013) indicaram que a população seria estimulada se o presidente de bairro organizasse ações conjuntas com os moradores *“Eu acho que tinha que ser o presidente do bairro, tinha que fazer reuniões...tinha que de repente juntar um pessoal, sair de casa em casa ou então “ah, vamos chamar todo mundo para o centro comunitário e falar vamos fazer isso, vamos fazer aquilo”* (Morador 6, 2013). Da mesma forma o Morador 7 (2013), *“começando pelo presidente do bairro, fizesse esses mutirão que a gente vê nos outros bairros. Ajuda a pessoa a animar, porque você sozinho não adianta. Tem que partir de onde? De quem tá na frente. O presidente do bairro que teria que ter a prioridade de começar as coisas, porque só a gente sozinha não adianta”*.

De acordo com o Coordenador (2013), já foram realizadas várias tentativas de mobilizar a população para as ações de combate, no entanto, nenhuma se mostrou satisfatoriamente eficaz. *“Ao longo dos tempos, a gente foi mudando a forma de...mas nenhuma mostrou ainda um resultado satisfatório mesmo...que você possa "vamo emplacar essa, que vai emplacar". Atinge uma parte da população, a grande maioria não se mobiliza, não se incomoda”* (Coordenador Campo Grande, 2013).

Coprodução em nível individual, grupal ou coletivo

Os moradores do bairro Jockey Club se mostram individualistas frente à situação do dengue, onde não apresentam a mesma disponibilidade para cuidar de sua residência e do bairro (Agente Comunitária de Saúde, 2014; Enfermeira, 2014; Supervisor ACE Jockey Club, 2014; Escola Municipal Padre José Valentim, 2014; Escola Estadual Amando de Oliveira, 2014; Igreja São Geraldo Magela, 2014; Coordenador Campo Grande, 2013). Os participantes explicam que embora os moradores não colaborem com o combate em ações mais amplas na comunidade, eles ficam atentos à conduta de vizinhos ou outros moradores (Agente Comunitária de Saúde, 2014; Gerente, 2014; Enfermeira, 2014; Escola Municipal Padre José Valentim, 2014).

“Eles são individualistas, eles têm mais interesse em fazer fofoca do vizinho do que ajudar. Eles são mais individualistas mesmo, eles olham pro seu (próprio) quintal e tá tudo bem. Aí eles criticam o do vizinho, mas ir lá e limpar...cuidar eles não fazem, é bem individualista mesmo” (Agente Comunitária de Saúde, 2014). *“Porque eles falam assim, “porque eu cuido do meu, mas o vizinho tem que cuidar também”. Eles ficam de olho, “olha o vizinho não tá fazendo isso”. Então eles ficam meio que cuidando”* (Gerente, 2014). *“É diferente. Na tua casa você faz, quando é um lugar mais público, você já tem mais aquela questão de acomodação. “ah, os outros fazem””* (Igreja São Geraldo Magela, 2014).

“Tem gente que acha que o poder público é que tem que fazer isso na nossa casa. Quem participa no bairro é um número muito pequeno, um número muito pequeno. Aí é o ponto, que se a gente conseguisse que essa população tivesse uma participação maior. E falo isso porque assim, a gente faz eventos em alguns bairros, em algumas regiões ou na área central e você vê que a participação é muito pouca. A população é assim, enquanto você não oferecer nada pra ele, ele não tem interesse...ele quer algo que ele tenha algo em troca, ele quer ganhar alguma coisa. E nesse momento o que você tá proporcionando, na verdade é conhecimento. Mas parece que não é interesse da grande maioria e aí você consegue muita pouca adesão” (Coordenador Campo Grande, 2013).

Com relação a ações de combate ao dengue na comunidade, metade dos moradores (2013) participantes afirmou ver ações em andamento sendo executadas pelos agentes públicos, mas nenhum dos moradores participou dessas ações. Os moradores (2013) justificaram sua não participação pelos motivos de: (i) ausência de agentes articuladores no bairro para promover essas ações (6 ocorrências) e (ii) falta de tempo para participar das ações (1 ocorrência). O morador (2013) restante não conseguiu atribuir motivo algum para a não participação.

Nesse sentido, *“pra gente é difícil neh. Não tem união...aqui não tem união. Se você convidar pra uma coisa, só querem levar vantagem”* (Morador 1, 2013). *“Nunca veio ninguém aqui falar “oh, a gente tá fazendo uma reunião ali” ou então sabe? Nunca teve oportunidade, agora se tiver, se puder eu vou”* (Morador 6, 2013). Além do motivo já citado, o Morador 5 (2013) justifica que não participa por *“falta de tempo”*.

Motivações: setor público ou condições econômicas

A motivação do setor público em realizar ações de controle do dengue é devido à prevenção ser uma opção mais barata economicamente do que a despesa com tratamento de pacientes (Agente Comunitária de Saúde, 2014; Enfermeira, 2014; Gerente, 2014; Supervisor ACE Jockey Club, 2014; Igreja São Geraldo Magela, 2014). *“Querendo ou não, o gasto é maior...porque é gasto muito dinheiro com cada paciente”* (Supervisor ACE Jockey Club, 2014). *“A prevenção é mais barata do que o custeio de um tratamento, acredito eu que seja isso”* (Agente Comunitária de Saúde, 2014).

Já para Escola Municipal Padre José Valentim (2014), Escola Estadual Amando de Oliveira (2014) e Coordenador Campo Grande (2013), o governo precisa da ajuda da população, devido a sua incapacidade de atuar sozinho no combate ao dengue. *“Eu acho assim, o poder público ele tira um pouco a sua responsabilidade e ele joga na conta da população”* (Escola Municipal Padre José Valentim, 2014). *“É claro que o governo é o interessado. Nós temos um governo pra que ele possa tá fazendo esse trabalho, ele não pode fazer sozinho, eu tenho que tá participando. Não adianta o governo fazer a parte dele e eu não fazer a minha. Tem que tá um, tem que tá ali aliado, um andando do lado do outro fazendo junto”* (Escola Estadual Amando de Oliveira, 2014).

Condições técnicas

Nesse sentido, entende-se que o combate não poderia ser realizado sem a participação da população (Gerente, 2014; Agente Comunitária de Saúde, 2014; Enfermeira, 2014; Escola Municipal Padre José Valentim, 2014; Escola Estadual Amando de Oliveira, 2014; Igreja São Geraldo Magela, 2014; Coordenador Campo Grande, 2013). Considera-se que o governo tem sua parcela de contribuição, mas se a população evitasse deixar lixo e recipientes com água a céu aberto, melhoria muito a situação do dengue no bairro.

“Ele (governo) não pode fazer sozinho, eu tenho que tá participando. Ele tem que me dar as ferramentas, ele tem que me orientar, ele tem que me conduzir. Mas eu também tenho que colaborar, eu também tenho que fazer a minha parte enquanto população. [...] Não

adianta o governo fazer a parte dele se eu não fizer a minha. Tem que tá um, tem que tá ali aliado, um andando do lado do outro, fazendo junto” (Escola Estadual Amando de Oliveira, 2014). *“Porque só o poder público indo lá diariamente não tem resolvido isso, já é histórico, a gente tem estudo sobre isso. Então é preciso que a população se engaje, se ela não se engajar, você sozinho você vai apagar o fogo”* (Coordenador Campo Grande, 2013).

De fato, os moradores (2013) afirmaram auxiliar no combate ao dengue realizando limpeza e evitando deixar acumular água em estruturas presentes em suas residências. *“Olha, nós limpa, não deixa nenhuma coisa com água aí... junta água, nós não deixa mesmo”* (Morador 1, 2013). *“Limpando o quintal, deixando tudo limpo. Não deixando nada pra acumular água, fazendo limpeza mesmo”* (Morador 2, 2013). No entanto, os moradores (2013) não conseguiram identificar outras formas de participação além daquelas que já executam, o que poderia ser um indicativo da necessidade (e dependência) das orientações realizadas pelos agentes públicos.

Diferenças do Jockey Club em relação a outros bairros

É possível observar diferenças entre os moradores do Jockey Club em relação à população de outros bairros da região. De acordo com a Agente Comunitária de Saúde (2014) e Supervisor ACE Jockey Club (2014), a população do Jockey é mais fixa (mais antigos na área), bem como se trata de uma população mais idosa. *“A população do Jockey Club é muito boa, é um pessoal idoso, então é um pessoal fixo. Ele não tem muita rotatividade igual é no ‘Piratininga’ e o ‘Ipiranga’, que são mais jovens por causa da faculdade”* (Agente Comunitária de Saúde, 2014). A ACS explica que nesses outros bairros como Piratininga e Ipiranga é difícil o acesso aos moradores *“Eu não tenho acesso quase a eles, só vou ter acesso a noite, então tem que ser bem diferenciado (o horário de visita)”* (Agente Comunitária de Saúde, 2014).

Da mesma forma, o Supervisor ACE Jockey Club (2014) indica que no Jockey Club o número de ‘pendências’ (imóveis onde não se consegue localizar o morador) é menor do que no bairro Jacy⁵⁵, justificando para isso que, na maior parte do tempo os moradores do Jacy estão trabalhando. Por outro lado, a Gerente (2014) considera que no Jockey Club e Jardim das Mansões são dois bairros onde a população trabalha o dia inteiro e se torna difícil o contato com os moradores.

⁵⁵ Por trabalhar nos dois bairros (Jacy e Jockey Club), o Supervisor ACE (2014) comenta que o número de focos encontrados na Jacy é bastante superior ao encontrado no Jockey. *“Aqui (Jacy) eu achei 72 focos em uma semana. Agora aqui do Jockey não, do Jockey já não foi achado”* (Supervisor ACE Jockey Club, 2014).

Outra dificuldade encontrada no bairro “Jardim das Mansões”, é em relação a imóveis construídos recentemente, sem morador. *“No ‘Jardim das Mansões’ tem bastante (imóveis fechados). É um bairro novo, então pessoal constrói e deixa fechado. Ali fica, pra entrar só com ordem judicial. No caso Jockey Club, a maior parte tudo ocupado né, não tem muito fechado, são poucos”* (Gerente, 2014).

Outro bairro da região que chama a atenção é a ‘Vila Nanhá’, considerado como carente para alguns participantes. Nesse bairro, alguns participantes indicaram ainda a existência de muitos jovens viciados em drogas e álcool. *“Eu trabalho na Vila Nanhá, é um lugar onde tem muito viciado, jovens viciados em crack, drogas e álcool, é um bairro bem carente. Agora o Jockey Club já é uma área mais elitizada, que nem, essa visita que eu fui, é uma residência imensa, uma casa de outro nível”* (Enfermeira, 2014).

Parceiros na implementação

Com relação aos parceiros atuantes na dinâmica de combate, o conselho local de saúde e seus conselheiros foram considerados parceiros (Gerente, 2014; Agente Comunitária de Saúde, 2014). O conselho local de saúde é constituído por trabalhadores da unidade de saúde, gestores e usuários. O conselho local de saúde atua no sentido de atender solicitações da UBS junto ao governo, cobrando algum posicionamento mais efetivo por parte da prefeitura para problemas de saúde da região (Gerente, 2014).

“Na última reunião nós não tínhamos ainda esses médicos né. Aí nós decidimos assim, se na próxima reunião ainda não tivesse esses médicos, faz um documento, todos os conselheiros assinam e nós mandamos esse documento para frente. Que dali vai pro conselho municipal. Por que o conselho tem muita força para pedir. Porque quando a gente pede alguma coisa pelo conselho já é mais rápida a resposta” (Gerente, 2014).

Além do conselho local de saúde, seus conselheiros foram indicados como parceiros das ações de combate. Segundo a Gerente (2014), como eles estão mais próximos à população, eles trazem demandas dos moradores para o conselho. Ainda, os conselheiros auxiliam na divulgação das ações de combate, cada um em sua comunidade. *“Eles ajudam muito a gente, porque eles tão mais perto da população do que a gente. E a população conta mais pra eles as coisas, pedem mais pra eles do que para gente. Faz muita falta quando não tem o conselho na unidade, porque qualquer ação que a gente faz, o conselho ajuda a avisar...põe panfleto, cartaz no lugar, então eles ajudam muito”* (Gerente, 2014).

Os ‘usuários’ no conselho local de saúde são representados por quatro lideranças comunitárias de diferentes bairros, contudo nenhuma dessas lideranças é morador do bairro Jockey Club. Da mesma forma, o Supervisor ACE Jockey Club (2014) afirma que não há qualquer relacionamento entre os agentes e a associação de moradores do bairro. Nesse sentido, é necessário dizer que foram realizadas diversas tentativas de contatar o presidente da associação de moradores do Jockey Club (conforme previsto no capítulo de metodologia), contudo o presidente não se mostrou disponível para a realização da entrevista.

Outros parceiros identificados na região foram as escolas Padre José Valentim e Amando de Oliveira, bem como a Igreja São Geraldo Magela (Agente Comunitária de Saúde, 2014; Gerente, 2014). A Igreja São Geraldo Magela (2014) indica que suas ações de auxílio ao combate envolvem comunicados direcionados à prevenção do dengue durante as celebrações. Além disso, comenta que no passado (há uns três anos atrás), o espaço da igreja era utilizado como Ponto de Apoio (PA) pelos ACS. A igreja explica que sua motivação a participar é que, por fazer parte de uma sociedade, é sua obrigação fazer algo para tornar o ambiente um lugar melhor para se viver.

De acordo com a Agente Comunitária de Saúde (2014), as escolas realizam ações educativas com os estudantes sobre o combate ao dengue. A Escola Municipal José Valentim (2014) confirma a execução de atividades na escola, como: gincanas para coleta de materiais que pudessem acumular água, palestras educativas para os estudantes, e ainda, a inclusão do tema como conteúdo das disciplinas ministradas. A diretora explica que muitas ações são determinadas pela secretaria de educação, e que ainda, o conteúdo do combate ao dengue é um tema presente no livro didático das crianças.

Da mesma forma, a Escola Estadual Amando de Oliveira (2014) confirma a execução de atividades na escola, como: concurso de frases, distribuição de panfletos na comunidade, e ainda, a inclusão do tema como conteúdo das disciplinas ministradas. A diretora explica que muitas ações são determinadas pela secretaria de educação, e que ainda, o conteúdo do combate ao dengue é um tema presente no Projeto Político Pedagógico (PPP) da escola. “*Já faz parte da rotina da escola. Já está inserido até no PPP da escola...um projeto Político pedagógico, ele já consta o Projeto Dengue né*” (Escola Estadual Amando de Oliveira, 2014).

Segundo o Coordenador (2013), buscam-se nos bairros, parceiros comprometidos com a implementação da política. Exemplo de parceiros são as escolas, que trabalham o conteúdo do dengue dentro das disciplinas ministradas. “*Através da rede de educação, escolas municipais, estaduais e particulares. De preferência, a municipal já está na grade, mas as*

outras também colocam na grade curricular, principalmente nas matérias de ciências, biologia, tem um trabalho sobre isso” (Coordenador Campo Grande, 2013).

Processo de implementação

Para começar a esclarecer o processo de implementação via abordagem de coprodução, na Figura 8 é apresentada a estrutura de implementação de controle do dengue do bairro Jockey Club.

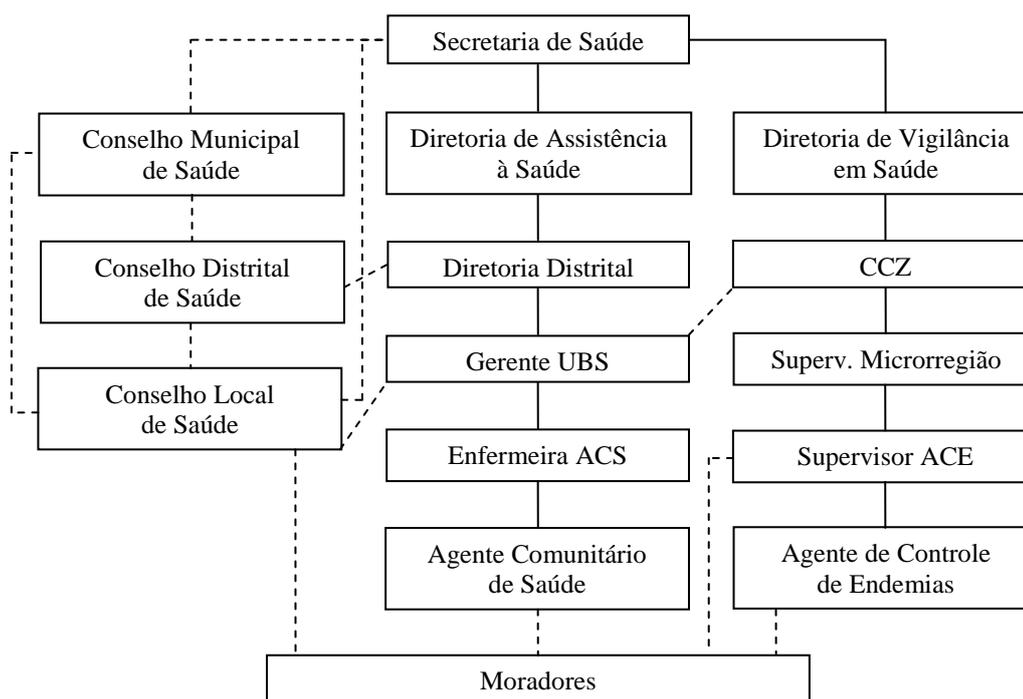


Figura 8 - Estrutura de implementação das ações de controle do dengue no bairro Jockey Club

Legenda: Linha contínua – subordinação / Linha tracejada – vinculação funcional

Fonte: Fonte: Elaborado pelo autor com base nas entrevistas e em Campo Grande (2009).

As orientações ou direcionamentos sobre as ações de políticas públicas em relação ao combate ao dengue vem da secretaria de saúde do município, que repassa essas orientações à diretoria do distrito sul, que por sua vez repassa essas orientações às unidades de saúde de sua área. Nessas orientações já vem determinado o modo de combate que será realizado (inclusive as ações, como a *blitz* educativa), adaptado as particularidades de cada região do município (Agente Comunitária de Saúde, 2014; Enfermeira, 2014).

A Enfermeira (2014) e a Gerente (2014) afirmam que quando precisam de algum apoio junto a moradores que não querem colaborar com o combate, em situação de casas fechadas ou terrenos baldios que merecem vistoria – entram em contato com o CCZ para a solução desses casos. “O agente comunitário com o agente de endemias não se batem muito

bem, não se entendem muito bem. Mas quando a gente precisa de alguma coisa, preciso que tenha uma visita específica em uma residência. Aí eu tenho acesso, eu ligo no CCZ, aí passa o endereço tudo certinho, aí eles vem. Tem um acesso bom” (Gerente, 2014).

O Supervisor ACE Jockey Club (2014) afirma que há uma hierarquia, os agentes de endemias se reportam ao supervisor da área, o supervisor da área responde ao supervisor geral, que responde ao CCZ. A coordenação técnica do CCZ é quem monta o planejamento do combate no município e repassa à secretária de saúde, que avalia e determina as ações que serão colocadas em prática. Os direcionamentos do CCZ são repassados aos supervisores gerais de cada região, repassadas aos supervisores de área dos bairros e em seguida para os agentes de endemias (Coordenador Campo Grande, 2013).

“Dessa forma é feito. Supervisores gerais...então região urbana tem um supervisor geral. Abaixo deles, supervisores de área, que aí ele tem de oito a dez agentes sob sua responsabilidade. E o agente que tem uma microárea determinada, de 800 a 1000 imóveis que ele visita a cada dois meses. Essa é a estrutura. Então quem faz o trabalho de controle da dengue é o agente de controle de endemias” (Coordenador Campo Grande, 2013).

Sobre o conselho local de saúde, a Gerente (2014) afirma que as deliberações realizadas juntamente com os conselheiros são encaminhadas ao conselho municipal de saúde, para que possa intervir junto à secretaria de saúde do município.

Condições normativas / plano de ação de combate

As ações de políticas públicas do combate são legalmente constituídas através do “plano de ação de combate ao dengue”. Nenhum dos participantes da pesquisa entrevistados (Gerente, 2014; Enfermeira, 2014; Agente Comunitária de Saúde, 2014; Supervisor ACE Jockey Club, 2014; Escola Municipal Padre José Valentim, 2014; Escola Estadual Amando de Oliveira 2014) no bairro afirmou ter participado da elaboração desse plano de ação. Da mesma forma, nenhum dos moradores (2013) participantes afirmou conhecer ou ter participado da elaboração do plano de ação.

A Agente Comunitária de Saúde (2014) e Enfermeira (2014) afirmam que é a secretaria de saúde juntamente com os distritos sanitários que decidem quais as ações que serão realizadas no município. *“Então é a secretaria e distrito que resolvem quais são as ações que vão ser desenvolvidas, aí chega até a gente e a gente executa. A gente é só executor, a gente não dá ideia de nada”* (Agente Comunitária de Saúde, 2014). *“Cada distrito tem sua realidade. Nós no distrito sul aqui é uma população boa, porque aqui já tem*

infraestrutura e tudo mais, já o norte é diferente. Norte, oeste, são uma população mais carente, falta de infraestrutura, então a realidade deles pra nossa é diferente. Então a secretaria resolve e os distritos vê o que pode ser feito” (Agente Comunitária de Saúde, 2014).

Já para a Gerente (2014), o Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) é responsável pela coordenação do combate ao dengue no município. De acordo com o Coordenador (2013), o plano de ação de combate ao dengue é desenvolvido na coordenadoria de controle de vetores do CCZ. São membros dessa coordenadoria de controle de vetores, o coordenador, os oito supervisores gerais das microrregiões urbanas de Campo Grande, um responsável pulverização (fumacê) e o diretor do CCZ. O plano desenvolvido é um plano interno da secretaria de saúde, que definirá a atuação dos agentes públicos, como modo de ação sobre visitas domiciliares, pontos estratégicos *etc.* (Coordenador Campo Grande, 2013).

Para constituição do plano, esse setor utiliza de séries históricas de incidência, bem como dos relatórios de casos de suspeitas de dengue condensados na secretaria de saúde, para conhecimento dos bairros mais atingidos. Esse plano de ação interno é apresentado ao secretário de saúde do município para aprovação. Após a aprovação do secretário, o plano é apresentado no conselho municipal de saúde e parceiros, que constituem o ‘Comitê de Mobilização de Combate à Dengue’⁵⁶ (Coordenador Campo Grande, 2013).

Dentre os parceiros internos podem ser citadas outras secretarias municipais, como secretaria de obras e secretaria de meio ambiente. Por exemplo, a secretaria de obras auxilia nos mutirões de limpeza nos bairros, onde utiliza de seus caminhões para a retirada de entulho presente nas residências. Outro exemplo é a atuação da secretaria de meio ambiente, que notifica e multa os proprietários de imóveis e terrenos baldios que se recusam a colaborar com o combate, uma atribuição que foge ao trabalho da secretaria de saúde. Dentre os parceiros externos podem ser citados: o Exército, o Rotary Club, o Conselho Regional de Corretores de Imóveis (CRECI), o Conselho Regional de Engenharia e Agronomia de Mato Grosso do Sul (CREA), Maçonaria, *etc.* (Coordenador Campo Grande, 2013).

Segundo a Agente Comunitária de Saúde (2014), foram realizadas algumas modificações no plano de ação ao longo do tempo. Uma dessas modificações diz respeito à própria fisiologia do inseto, que antes só se desenvolvia em água limpa e parada, e hoje em

⁵⁶ Segundo o Coordenador (2013), a motivação à constituição do comitê de mobilização já era prevista no PNCB. “*Constituir Comitês Nacional e Estaduais de Mobilização com participação dos diversos segmentos da sociedade*” (FUNASA, 2002, p. 10).

dia se desenvolve inclusive em água suja. Outra mudança foi no trabalho do ACS, que atualmente realiza um trabalho mais de orientação junto aos moradores. *“Desde que eu tô aqui já fizemos vários tipos de combate a dengue. Há oito anos, são oito formas diferentes de combate a dengue. Então foram vários estágios, várias formas, várias frente de trabalho, mas ao meu ver nenhuma resolveu, nenhuma foi eficaz. A gente já veio do trabalho escravo de ir pra rua catar lixo na casa de morador, e ontem foi essa última campanha só pra orientação”* (Agente Comunitária de Saúde, 2014).

Situações conflituosas

Não foi possível observar situações conflituosas durante a elaboração do plano de ação, já que no bairro nenhum dos entrevistados afirmou ter participado. Por outro lado, observa-se que ACS e ACE não conseguem trabalhar juntos nas ações de combate (Gerente, 2014; Agente Comunitária de Saúde, 2014; Supervisor ACE Jockey Club, 2014). A Gerente (2014) e Supervisor ACE Jockey Club (2014) explicam que em algumas unidades básicas do município há a integração entre esses dois tipos de agente, mas é uma realidade mais em unidades atendidas pelo Programa Saúde da Família (UBSF).

“O agente comunitário com o agente de endemias não se batem muito bem, não se entendem muito bem [...] Tem alguns postos que tem a integração, que é o ACS e o agente de endemias junto. Então vai um ou dois agentes de endemias. Mas é mais PSF que tem, UBS ainda não abrangeu isso né. Então por enquanto só nos PSF que tá tendo a integração dos agentes comunitários e do de endemias. Que eles trabalham em conjunto, na UBS ainda não teve” (Gerente, 2014).

“Acredito eu que depois que teve essa divisão de comunitária, e surgiu esse agente de endemias, meio que ficou uma rixa entre as duas equipes. E eles acham que o serviço deles é mais importante que o nosso, que o nosso é mais importante que o deles. Toda vez que a gente tentou trabalhar junto nunca deu certo, sempre teve problema. É uma confusão de gente, aí a prefeitura falou “não, cada um no seu quadrado”. Ficou mais fácil, mas não trabalha em equipe, não sei o motivo” (Agente Comunitária de Saúde, 2014).

Embora a Agente Comunitária de Saúde não consiga identificar o motivo dessa incapacidade de trabalhar conjuntamente, o Supervisor ACE Jockey Club (2014) explica a situação. Segundo ele, o Plano Nacional de Combate a Dengue (PNCD) contempla que algumas tarefas deveriam ser realizadas tanto por ACS como pelos ACE, contudo alguns ACS se recusam a colaborar. Essa recusa é mais visível entre agentes comunitários mais antigos,

que acreditam que, com a criação da função dos agentes de endemias, essas tarefas deveriam ser atribuídas a eles. *“No Jacy é maior a dificuldade. Só que tem nos dois (bairros, Jacy e Jockey Club). Só que no Jacy é maior, porque é um povo (agentes) mais antigo”* (Supervisor ACE Jockey Club, 2014).

Espaço para discussão com moradores

Procurando saber da existência de um espaço ou abertura para discussão das ações junto à população atendida, o único espaço identificado foi o conselho local de saúde (Gerente, 2014; Agente Comunitária de Saúde, 2014; Coordenador Campo Grande⁵⁷, 2014). De acordo com a Gerente (2014), os moradores que tiverem alguma demanda podem procurar a unidade de saúde, que eles informam o contato dos conselheiros. Ainda, ela afirma que por estarem mais próximos à população, os usuários presentes no conselho são mais procurados do que gestores ou funcionários para apresentação de demandas. No conselho local de saúde os problemas são apresentados, discutidos e deliberados, e se encaminham ofícios para o conselho municipal de saúde ou para os responsáveis por cada problema identificado (Gerente, 2014).

Por outro lado, Enfermeira (2014), Supervisor ACE Jockey Club (2014), Igreja São Geraldo Magela (2014), Escola Estadual Amando de Oliveira (2014) e moradores (2013) afirmaram não conhecer qualquer espaço nesse sentido, que permita aos moradores opinar sobre as ações de políticas públicas. *“É bom se tivesse pra gente. Porque, como eu vou te falar...a gente tem que procurar sempre o melhor pra gente, mas não tem, pra onde que você vai? Eu não vejo manifestação nenhuma da presidência do bairro”* (Morador 7, 2013). *“Não sei não. Não tenho...associação aqui do bairro, sinceramente não sei nem se funciona”* (Morador 3, 2013). *“Que eu saiba não, nunca fui nem convidada pra isso”* (Igreja São Geraldo Magela, 2014).

De acordo com o Coordenador (2013), a participação nos conselhos ainda é muito baixa, onde apenas um pequeno número de pessoas procura assistir as reuniões. *“Geralmente se você vai nesses lugares, é um mínimo de pessoas que vão pra discutir isso. Fora associação de moradores, convidava a população pra quem quisesse participar...ia meia dúzia de pessoas pra chegar numa discussão”* (Coordenador Campo Grande, 2013).

Canais de reclamações ou sugestões

⁵⁷ O Coordenador (2013) indica também os conselhos das regiões urbanas do município e o conselho municipal de saúde como espaços onde é possível discutir as ações de políticas públicas.

Com relação aos canais para efetuar reclamações e sugestões, existem duas formas principais. Na primeira, o morador liga na ouvidoria da secretaria de saúde para efetuar sua reclamação, que repassa ao distrito, que repassa a unidade de saúde (Gerente, 2014; Enfermeira, 2014; Agente Comunitária de Saúde, 2014; Coordenador Campo Grande, 2013). Na segunda, o morador procura a unidade básica ou os agentes para realizar a reclamação (Gerente, 2014; Enfermeira, 2014; Agente Comunitária de Saúde, 2014; Escola Estadual Amando de Oliveira, 2014).

“A gente tem a ouvidoria, 138 que eles ligam. Eles têm acesso a nossa unidade, às vezes eles vêm aqui e trazem a reclamação, e aí a gente entra em contato com o CCZ se a gente não puder resolver. Mas eles têm acesso à ouvidoria, tem acesso à unidade. Normalmente eles vêm aqui, vêm com o endereço e eles repassam pro agente e o agente repassa pra mim e eu repasso pra frente” (Enfermeira, 2014). Além da ouvidoria, unidade de saúde ou agentes comunitários, outro canal para efetuar reclamações do dengue seria através do telefone do Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) ou através dos agentes de endemias (Supervisor ACE Jockey Club, 2014; Igreja São Geraldo Magela, 2014; Coordenador Campo Grande, 2013).

“É pelo telefone do CCZ, que é 3313-5001, e os agentes...principalmente os agentes. Os agentes e o telefone do CCZ. Repassa as vezes pra mim. Eu vou lá no local pra verificar o que tá acontecendo. Ou eles ligam no Centro de Controle de Zoonoses, que aí eles pegam e fazem uma solicitação lá” (Supervisor ACE Jockey Club, 2014). *“Aqui no CCZ tem dois telefones, que a gente divulga isso pra população e tem a ouvidoria da Secretaria de Saúde e da Prefeitura. Todos esses canais, as pessoas fazem as suas reclamações, fazem os seus pedidos e chega pra gente”* (Coordenador Campo Grande, 2013).

Os relatos dos moradores (2013) confirmam que procurariam os agentes comunitários ou a secretaria de saúde caso necessitassem de ajuda. *“O que a gente sabe é ligar na prefeitura, no órgão responsável, só que a gente liga e não adianta. Então não perco nem tempo”* (Morador 4, 2013). Em duas ocorrências os moradores afirmaram que poderiam procurar o presidente de bairro para efetuar reclamações. *“Aqui quando a gente vai reclamar, vai no presidente de bairro, mas não vira nada”* (Morador 5, 2013). *“Porque é o que eu te falei, o presidente de bairro mora em frente da minha casa. Mas assim, não tem...igual eu te falei, não tem aquele contato “oh vamos fazer uma reunião assim”. Não tem onde reclamar”* (Morador 6, 2013).

Embora tenham indicado para quem reclamariam (agentes, secretaria de saúde ou presidente de bairro), os moradores (2013) não se mostraram muitos confiantes se os responsáveis seriam capazes ou estariam dispostos a resolver seus problemas. Desta forma, nenhum dos moradores afirmou ter realizado qualquer tipo de reclamação ou conhecer qualquer pessoa que tenha precisado realizar alguma reclamação ou sugestão em relação ao dengue. Já para Escola Municipal Padre José Valentim (2014), o canal para realizar reclamações seria através dos meios de comunicação, como televisão, jornais *etc.*

Discussão ou comunicação das ações

De acordo com Gerente (2014), Enfermeira (2014), Agente Comunitária de Saúde (2014), Supervisor ACE Jockey Club (2014), Igreja São Geraldo Magela (2014) e Escola Municipal Padre José Valentim (2014), as ações de controle do dengue estão sendo mais comunicadas do que discutidas com a população. Segundo a Gerente (2014), a população tem a oportunidade de participar de discussões quando se trata de algo mais amplo, como uma audiência pública, talvez. *“Acho que são mais comunicadas. Quando é discutida é mais quando, tem alguma coisa assim ampla. Aí a população vem, aí ela fala. Aí tem aquela discussão. [...] Agora quando não (não se trata de algo mais amplo), é mais assim, explica e pronto, o morador nem discute”* (Gerente, 2014).

Nesse sentido, a Escola Municipal Padre José Valentim (2014) entende que faltam mecanismos que permitam à população discutir junto aos gestores públicos. *“Ao mesmo tempo em que incentiva, ele (governo) não oferece meios pra esta participação e como participar. Quando ele oferece meios, eu acho que a população até participa. Então a participação vai acontecendo conforme vai tendo meios pra população participar”* (Escola Municipal Padre José Valentim, 2014). Já a Enfermeira (2014), ainda que considere que as ações são mais comunicadas, entende que no momento da orientação é possível aos moradores dar sua opinião ao agente comunitário. *“Normalmente se ele opina é junto com agente comunitário. Sempre foi assim, no dia-a-dia”* (Enfermeira, 2014).

Tendo em vista os pontos destacados nessa subseção, o Quadro 7 apresenta um panorama geral da descrição do bairro Jockey Club.

QUADRO SÍNTESE CASO JOCKEY CLUB
Situação Jockey Club - Problema do dengue controlado, população colaborativa e agentes bem aceitos nas residências.
Trabalho ACS - Atua na atenção básica em saúde. Realiza orientações junto às famílias e preenchimento <i>checklist</i> . Necessários 13 ACS para cobertura do bairro, contudo apenas dez trabalhando.
Dificuldades ACS - Dificuldade em entrar nas residências para prestar orientações, não realização das tarefas indicadas, imóveis fechados sem morador, conflito de horários entre ACS e moradores e demora na resposta de demandas junto as secretarias.
Trabalho ACE - Realizam orientações junto aos moradores, vistoria e controle em terrenos baldios, comércios e outros imóveis. Não há integração com os ACS.
Motivações p/ participação da população - Moradores motivados por proteger suas famílias ou pessoas mais próximas.
Incentivaria a participação da população - Realização de mais campanhas de conscientização, maior envolvimento com as escolas, multas para quem não colaborar com o combate, presidente de bairro poderia organizar a população para a realização de ações, dentre outros.
Coprodução em nível individual, grupal ou coletiva - Coprodução individual, nenhum morador entrevistado participou de ações coletivas.
Motivações setor público - Coprodução do dengue é a opção mais barata de combate para o governo.
Condições técnicas - Combate não poderia ser realizado sem a participação da população.
Diferenças Jockey Club em relação a outros bairros - População mais fixa e que passa mais tempo na residência (facilitando o acesso ao imóvel). É o bairro com menor número de pendências da região.
Parceiros na implementação - Conselho local de saúde (monitoramento de atividades), Escola Padre José Valentim e Amando de Oliveira (educação em saúde) e Igreja São Geraldo Magela (comunicados voltados a prevenção).
Processo de implementação - Secretaria de saúde > Diretoria de assistência à saúde > Diretoria distrital > Gerente UBSF > Enfermeira > ACS > Morador.
Plano de ação de combate - Nenhum entrevistado participou da elaboração do plano de ação.
Situações conflituosas - Não foram identificadas situações conflituosas na elaboração do plano (já que nenhum entrevistado participou). Já ACS e ACE tem dificuldade em trabalhar juntos, pois acreditam que parte de suas funções deveria ser desempenhada pela outra classe de agente.
Espaço de discussão com moradores - Único espaço identificado foi o conselho local de saúde, mas não há no conselho qualquer representante do bairro.
Canais de reclamações ou sugestões - Podem ser realizadas através da ouvidoria da secretaria de saúde, Ligações no CCZ, procurar a unidade básica ou um dos agentes.
Discussão ou comunicação das ações - Ações são apenas comunicadas à população.

Quadro 7 – Quadro síntese da descrição do caso Jockey Club

Fonte: Elaborado pelo autor (2015).

4.4 Caso Jacy

O Jacy foi um dos bairros que apresentou em 2012 ‘alta incidência’ para casos de dengue no município de Campo Grande – MS (CAMPO GRANDE, 2012a). O bairro Jacy localiza-se na região centro-sul de Campo Grande denominada ‘Anhanduízinho’ (vide Figura 5) e conta com uma população de 5.026 habitantes (CAMPO GRANDE, 2011).

Para facilitar a descrição do caso do controle vetorial do dengue no bairro Jacy, foi obtido junto ao supervisor dos Agentes de Controle de Endemias (ACE) um relatório que apresenta o perfil de ocupação do bairro. Os dados do relatório indicam que no bairro existem

2.094 imóveis residenciais, 259 comerciais, 83 terrenos baldios, zero pontos estratégicos⁵⁸ (borracharias, reciclagem, cemitérios, *etc.*) e 30 outros (igrejas, centros espírita, escolas, *etc.*) – totalizando 2.466 imóveis no bairro.

Além do perfil de ocupação, questionou-se os moradores do bairro sobre a qualidade e regularidade na prestação de serviços públicos básicos como água, esgoto, energia e coleta de lixo. De acordo com os moradores (2013) entrevistados, as residências em que moram são atendidas regularmente por esses serviços públicos, sem qualquer tipo de situação problemática identificada.

Na implementação da política de controle do dengue no bairro Jacy, observa-se que as ações são realizadas tanto por agentes públicos quanto privados, sendo que há uma prevalência notória de agentes públicos direcionada ao problema. Os profissionais de linha de frente ou “implementadores de rua” que interagem diretamente com os moradores em relação ao combate ao dengue no bairro Jacy são os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os Agentes de Controle de Endemias (ACE).

A motivação expressa para esses agentes públicos e seus supervisores atuarem no processo de implementação do controle vetorial do dengue é por as ações de combate fazerem parte das atribuições de seu cargo (Coordenador Campo Grande, 2013)⁵⁹. *“É uma atribuição do cargo. E assim, a gente trabalha na atenção básica, a atenção básica é quase tudo, ela tem que ser resolutiva para tudo, a gente só pode passar para frente, aquilo que a gente não dá conta de resolver”* (Gerente, 2014). *“Fala lá na regra, na normatização, que a gente tem que tá participando”* (Agente Comunitária de Saúde, 2014).

Trabalho ACS

Como observado, os ACS atuam no nível de atenção básica em saúde, em que observam problemas de saúde do idoso, saúde da mulher, saúde da criança *etc.*, - e nesse ínterim também tratarão com os moradores sobre o problema do dengue⁶⁰ (Agente Comunitária de Saúde, 2014; Enfermeiro, 2014; Gerente, 2014; Coordenador Campo Grande, 2013). As ações de combate ao dengue realizadas pelos ACS envolvem orientações às

⁵⁸ Pontos estratégicos são considerados locais vulneráveis à proliferação do vetor, devido ao acúmulo de materiais que servem como criadouros (ANVISA, 2008).

⁵⁹ O Coordenador do combate ao dengue no município é o chefe do Serviço de Controle de Vetores do Centro de Controle de Zoonoses (Alcides Ferreira).

⁶⁰ Brasil (1997) confirma a atuação dos ACS nessa seara, prestando assistência à criança, ao adolescente, à mulher, ao trabalhador, ao adulto e ao idoso.

famílias sobre como evitar a reprodução do mosquito, algum controle mecânico⁶¹ mais simples e participação em campanhas de conscientização.

“Saúde da criança, do idoso, peso, vacina. E o acompanhamento que a gente tem os programas aqui. Aí tem o programa do diabético, hipertenso, aí tem da criança, da mulher. Então a gente tem mais esse trabalho, só que junto que a gente fala sobre a dengue” (Agente Comunitária de Saúde, 2014). *“O agente comunitário ele acompanha a família, vários ciclos de vida que ele tem que tá presente...gestante, criança, adolescente, homem, hipertenso, idoso, diabético, hanseníase, tuberculose e saúde mental. Dentre outras atribuições do agente”* (Gerente, 2014). *“O agente comunitário de saúde é aquele que vai de casa a casa pra ver carteirinha de vacina, hipertenso, a saúde do idoso, da mulher, essa questão. E ele tem que fazer a parte educativa da dengue”* (Coordenador Campo Grande, 2013).

As ações de conscientização são eventos direcionados a orientação da população sobre o combate ao dengue. A última ação realizada nesse sentido foi uma *blitz* educativa em um semáforo da região, onde foram entregues panfletos e dadas orientações sobre o combate. Participaram dessa *blitz*, funcionários de quatro unidades básicas da região, UBS Jockey Club, UBS Dona Neta-Guanandi, UBSF Vila Carvalho e UBSF Nova Esperança (Gerente, 2014). A Gerente explica que a princípio, a determinação era que fosse realizado um mutirão nas casas, mas devido à falta de materiais para realização desse serviço, optou-se por realizar a *blitz* educativa.

Os moradores (2013) do bairro confirmam o papel dos agentes comunitários de saúde na prestação de orientações sobre o combate e vistoria dos imóveis. Segundo o Morador 6 (2013), *“agora nós temos aí o pessoal da saúde que passa, eles além de fiscalizar, ainda informam”*. De acordo com a maioria dos moradores (2013), as visitas dos ACS para acompanhamento das ações e prestação de orientações é mensal, contudo três moradores informaram que os agentes têm passado em suas residências a cada 15 dias (Moradores 3, 6 e 7, 2013).

Os ACS do Jacy ficam lotados na Unidade Básica de Saúde (UBS) ‘Dona Neta-Guanandi’, onde contam com a supervisão de um enfermeiro que direciona as microáreas de atuação de cada um e dá orientações sobre o trabalho a ser executado⁶² (Gerente, 2014;

⁶¹ Eliminação, remoção ou vedação de depósitos com água que possam se tornar possíveis criadouros do mosquito do dengue (FUNASA, 2001a).

⁶² O enfermeiro (a) tem a função de atuar como instrutor / orientador das atividades a serem realizadas pelos ACS (SAKATA, 2009).

Agente Comunitária de Saúde, 2014). *“E assim, os enfermeiros como eles são supervisor técnico dos técnicos de enfermagem, eles são supervisor e instrutor dos agentes comunitários, eles fazem esses repasses”* (Gerente, 2014).

Segundo a Gerente (2014) e o Enfermeiro (2014), para realizar a cobertura da área do bairro seriam necessários 18 ACS, no entanto apenas oito estavam trabalhando na data da entrevista, sendo que seis áreas estavam descobertas (sem ACS) a mais de um ano. De acordo com Enfermeiro (2014), Gerente (2014) e Agente Comunitária de Saúde (2014), essas áreas estão descobertas em função de pedidos de exoneração, aposentadoria ou atestado médico prolongado. *“Então, eu tenho 18 microáreas, então tem atestado. Você nunca tem um mês redondinho de pessoas trabalhando. Vai ter uns 12, tem seis áreas descobertas a mais de ano”* (Enfermeiro, 2014). *“Este mês então a produção vai ser muito baixa agora em abril, porque tem muito atestado e férias. Mas assim são dezoito áreas e em janeiro tinha treze trabalhando, aí já diminuiu para oito em março”* (Gerente, 2014).

A presença dessas áreas descobertas pôde ser confirmada pela responsável pela Igreja São Marcos (2014), segundo ela, se não fosse pelos mutirões de limpeza e orientação, passam até três anos sem aparecer ACS pra atender sua residência. *“Porque se a gente fosse depender...aqui mesmo na minha rua, agente comunitário passa até três anos sem vir aqui. Porque a agente que era daqui está de licença, e não colocaram outra no lugar dela. A não ser quando faz esses mutirões, não tem (agente)”* (Igreja São Marcos, 2014).

Dificuldades trabalho ACS

Algumas dificuldades poderiam justificar a rotatividade observada entre os ACS do Jacy, dentre essas: (1) pressão para cobertura de microáreas deixadas por agentes afastados; (2) excesso de agentes sob responsabilidade de um enfermeiro; (3) desgaste no relacionamento com os moradores quando esses necessitam dos serviços da unidade de saúde; (4) falta de materiais para a execução do trabalho; (5) o desgaste do trabalho sob sol quente, sem a utilização de protetor solar e com o uniforme desgastado⁶³; (6) a baixa remuneração paga aos ACS.

A Agente Comunitária de Saúde (2014) afirma que devido aos afastamentos, existe uma pressão na unidade para que seja realizada a cobertura dessas áreas pelos agentes ativos. *“Quando tá todos esses agentes sem trabalhar, de atestado, aí eles estavam cobrando muito*

⁶³ Essa foi uma dificuldade encontrada também entre os agentes de endemias, principalmente no período da tarde (Supervisor ACE Jacy, 2014).

assim da gente cobrir essas áreas. Então pra nós é mais difícil ainda, porque eu tenho a minha área, e aí eu tenho que ir pra outras áreas. Aí a gente tem essa dificuldade também de tá cobrindo a área do colega” (Agente Comunitária de Saúde, 2014).

O Enfermeiro (2014) afirma que frente a essas situações, é difícil estar motivando 18 ACS. Comenta ainda, que em Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) é mais simples trabalhar, em função do número reduzido de ACS sob a responsabilidade de um enfermeiro. *“Eu acho que o nosso caso aqui, é muito agente para um enfermeiro. São 18 áreas, enquanto, ESF, que é o ‘Estratégia de Saúde da Família’ são seis (agentes). Então, eu acredito que existe uma desmotivação do ACS com relação a isso. Eu acho que para o enfermeiro é muito agente comunitário. São 18 microáreas e 18 agentes, é muito. Então, fica um pouco desgastante mesmo, de você estar motivando”* (Enfermeiro, 2014).

Como os ACS fazem a ligação entre moradores e unidade de saúde, outra dificuldade é o desgaste desse relacionamento quando os moradores não conseguem ter acesso aos serviços da unidade de saúde (Gerente, 2014; Agente Comunitária de Saúde, 2014). *“Porque assim, o agente fica muito envolvido com o social também, porque eles trazem essas demandas (pedidos de moradores) e a gente tem que dá uma devolutiva ao agente, sobre o que a gente está fazendo por ele”* (Gerente, 2014). Importante salientar que, normalmente os agentes comunitários de saúde residem na área onde trabalham, então essas demandas são de vizinhos ou conhecidos que moram próximos.

“Por a gente trabalhar na comunidade, então a gente pega muito o problema do morador. Então eu tenho essas meninas, tem a Edilene...aposentou psiquiátrico. Elas não conseguiram dividir (o lado profissional do pessoal). Você trabalhar no campo e deixar ali, porque é difícil mesmo, você começa a absorver os problemas da comunidade, problema que você não consegue resolver. Aí eles vão na minha casa, porque tem 16 anos que eu trabalho, então todo mundo ali na minha região me conhece. Então eles começam a cobrar da gente, e a gente não tem uma estrutura. Eu acho que a gente deveria tá passando por um acompanhamento psicológico, ou alguma coisa pra tá dando um incentivo, alguma coisa pra gente, e a gente não tem, não tem” (Agente Comunitária de Saúde, 2014).

Mais uma dificuldade observada é a falta de materiais para a realização do serviço, bem como a ausência de qualquer proteção contra o sol fornecida pela prefeitura (Agente Comunitária de Saúde, 2014). *“Eu tô sem ficha e a gente tá sem cola. Nós estamos sem cola, não tem cola [...] Nós estamos trabalhando com muita dificuldade, porque a gente não tem uniforme, meu uniforme aqui tem mais de ano. Então não tem uniforme, calçado não vem. A*

gente tem dificuldade do sol, porque nunca nós tivemos protetor solar, nunca mandaram nada pra gente. De material, a gente não tem material pra trabalhar” (Agente Comunitária de Saúde, 2014).

Além disso, a Agente Comunitária de Saúde (2014) indica a baixa remuneração paga aos agentes. *“Porque eu acho assim, o nosso salário é defasado, pelo tanto que a gente trabalha, eu, pelo menos eu faço a minha parte, procuro fazer, tenho falha? Quem não têm né. Mas eu falo assim, pelo que nós somos cobrados, nossa remuneração não é muito boa não”* (Agente Comunitária de Saúde, 2014).

No que se refere às dificuldades encontradas pelos ACS no controle do dengue, identificou-se: (i) moradores que não deixam os ACS entrarem em suas casas para prestar orientações (Agente Comunitária de Saúde, 2014; Coordenador Campo Grande, 2013; Associação de Moradores Jacy, 2013; Escola Municipal Brigida Ferraz Foss, 2014); (ii) apesar das orientações, alguns moradores não realizam as tarefas de limpeza ou controle indicadas pelos agentes (Gerente, 2014; Coordenador Campo Grande, 2013); (iii) imóveis fechados sem qualquer morador (Agente Comunitária de Saúde, 2014; Coordenador Campo Grande, 2013); (iv) conflito de horários entre ACS e moradores, que normalmente estão trabalhando na hora da visita (Gerente, 2014); (v) falta de entendimento das atribuições do agente em relação ao combate (Gerente, 2014; Agente Comunitária de Saúde, 2014; Escola Municipal Brigida Ferraz Foss, 2014; Escola Municipal Harry Amorim Costa, 2014).

Com respeito a não permitir a entrada de agentes para realizar as orientações, há percepções distintas. *“A gente tem a dificuldade das pessoas que não recebem, geralmente essas pessoas que não gosta de limpeza, não gosta das coisas organizadas, ela muitas vezes até te recusa”* (Agente Comunitária de Saúde, 2014). Entretanto, dois entrevistados culpavam os problemas de segurança que existem no bairro. *“As pessoas são restritas de abrir as casas. Até porque hoje em dia pra você poder entrar em uma casa tem vários critérios, como está tão perigoso assaltos, roubos de residência, do povo falsear crachá e entrar nas casas”* (Associação de Moradores Jacy, 2013). *“Você acredita que a gente vê relato das crianças “meu pai fala que não, que não pode entrar, que ele só quer entrar para ver o que tem dentro de casa para roubar”. Então, é questão cultural, não tem jeito”* (Escola Municipal Brigida Ferraz Foss⁶⁴, 2014).

⁶⁴ A Escola Municipal Brigida Ferraz Foss participa da pesquisa, pois foi identificada como uma parceira das ações de combate ao dengue no bairro. A entrevista foi realizada com a diretora em exercício da escola.

Da mesma forma, existem aqueles moradores que embora recebam o agente, não realizam as ações indicadas. *“O agente ele passa hoje, ele tem que passar de trinta e trinta dias na casa, “oh tem isso para recolher”, o morador pode até recolher, mas volta o outro mês está a mesma coisa. Aí o que se torna frustrante, a população não absorve aquela orientação, nada foi mudado”* (Gerente, 2014). E ainda, existe a dificuldade de imóveis fechados sem morador, *“a gente tem dificuldade pra entrar é nas casas que tão pra alugar, então como eu mexo com famílias, então a gente passa pro agente de endemias”* (Agente Comunitária de Saúde, 2014).

Outra dificuldade é em relação ao conflito de horário com os moradores, que normalmente estão trabalhando no horário em que os ACS passam nas residências para orientações. *“Identificamos que as nossas ações elas não podem ser durante a semana, nem na parte da manhã e da tarde. Porque a maioria das pessoas trabalha durante este horário”* (Gerente, 2014). Por fim, algumas vezes os moradores confundem ou compreendem mal as atribuições do agente comunitário em relação ao combate ao dengue (Gerente, 2014; Agente Comunitária de Saúde, 2014; Escola Municipal Brigida Ferraz Foss, 2014; Escola Municipal Harry Amorim Costa⁶⁵, 2014).

“O que a população quer é que o agente recolha o lixo deles, e assim, não é uma função do agente comunitário” (Gerente, 2014). *“Tanto é que você entrava, batia palma, fazia aquele mutirão, entrava na casa do morador e tinha morador que falava “ah, ali tem lixo pega lá”. Então eles estavam confundindo muito o agente, aí então a gente começou a falar “não, eu não sou lixeira”. Hoje parece que tá até melhor, eles tão mais conscientes”* (Agente Comunitária de Saúde, 2014). *“O grande erro da população é achar que o agente de saúde é o lixeiro de dentro da casa dele”* (Escola Municipal Harry Amorim Costa, 2014).

Situação bairro Jacy

Apesar das dificuldades identificadas na seção anterior, o Enfermeiro (2014) afirma que os agentes comunitários de saúde são bem aceitos nas residências, contudo, o maior problema do bairro se mostrou o número de áreas descobertas (dez dentre 18, conforme já foi demonstrado). *“O problema maior é área descoberta. A recusa é muito pouco, porque os agentes trabalham já há muito tempo. Então a recusa é pouca”* (Enfermeiro, 2014).

⁶⁵ A Escola Municipal Harry Amorim Costa participa da pesquisa, pois foi identificada como uma parceira das ações de combate ao dengue no bairro. A entrevista foi realizada com a supervisora educacional da escola.

Segundo a Gerente (2014), o Levantamento de Índice Rápido (LIRA) do Jacy em relação ao dengue costuma ser sempre muito alto. Nesse sentido, a diretora da Escola Municipal Brigida Ferraz Foss (2014) comenta que os agentes comunitários de saúde informaram a ela que o Jacy é um dos bairros que requer cuidados “especiais” em relação ao dengue todos os anos. Contudo, para o ano de 2014, a Gerente (2014) afirma ter havido menos casos que nos anos anteriores.

A Escola Municipal Harry Amorim Costa (2014) e a Associação de Moradores Jacy (2013) reforçam a indicação da Gerente, de que o dengue está mais controlado em 2014 do que nos anos anteriores. *“Aqui, ano passado teve um foco muito forte de dengue, nós estávamos em terceiro lugar no foco de dengue. O foco de dengue tava caracterizado aqui dentro dessa região. A gente teve uma campanha muito forte aí dentro da região pra ver se a gente conseguia diminuir isso aí”* (Associação de Moradores Jacy, 2013).

Mesmo aparentemente estando mais controlada que nos anos anteriores, o Supervisor ACE Jacy (2014) indica a existência de muitos focos no bairro. *“Essa microárea que eu trabalhei agora...só numa semana, foram coletados 81 focos...acho que só no Jacy foram 72 em uma semana, coisa que não é normal”* (Supervisor ACE Jacy, 2014). Segundo ele, isso fez com que fosse necessário mobilizar ACEs de outros bairros sob sua responsabilidade, para que fosse controlada a incidência de focos no Jacy. *“Porque como deu um alto índice de infestação no Jacy, então nós pegamos e entramos com a minha turma toda aqui, do Jockey Club, Jardim América, nós viemos pra cá. Então a minha turma toda está trabalhando aqui no Jacy, todo mundo está aqui”* (Supervisor ACE Jacy, 2014).

O Coordenador (2013) explica que a pesquisa do número de incidência nos bairros é feita por amostragem, assim às vezes pode estar tudo bem em uma casa, mas a do lado ter focos. Explica também que a ausência de foco, não quer dizer ausência de possibilidades de foco. Como a larva sobrevive mais de um ano nos recipientes, quando começa o período de chuvas, pode ser que aquele bairro que não tinha focos, aumente em número de casos. *“Então é tudo relativo. É uma amostragem, então às vezes ele dá incidência zero e às vezes não tem caso...mas daqui a pouco começa a chover, começa a aparecer os casos, começa a aumentar a incidência. Então isso é relativo”* (Coordenador Campo Grande, 2013).

Essa situação do dengue estar descontrolado no bairro Jacy pode ser observada através do número de casos identificados junto aos moradores. Dentre os oito moradores participantes da pesquisa, apenas em duas ocorrências houve identificação negativa de dengue em algum morador da residência. Questionados se consideram o dengue um problema de saúde pública

no bairro, os moradores (2013) afirmaram que ‘sim’, consideram o dengue como um problema de saúde pública. Como afirmou o Morador 5 (2013), *“é falta de conscientização da própria população e do poder público também. Só se preocupa quando a coisa já tá feia, não tem mais controle. Aí sai correndo atrás pra eliminar ou diminuir o efeito”*.

Trabalho ACE

Os Agentes de Combate a Endemias (ACE), assim como os ACS, realizam orientações junto aos moradores com relação ao combate ao dengue (Gerente, 2014; Enfermeiro, 2014; Supervisor ACE Jacy, 2014). É necessário apontar que no bairro Jacy não existe ‘integração’ entre ACE e ACS. A integração significa incorporar os ACE nas equipes de saúde da família, o que fortaleceria as ações de vigilância em saúde (BRASIL, 2010).

O Supervisor ACE Jacy (2014) explica que em algumas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) já funciona a integração, que é o ACS e o ACE trabalhando em conjunto. Nessa dinâmica, os ACS trabalham apenas residências com famílias e os ACE trabalham apenas em comércios, terrenos baldios, pontos estratégicos e outros. O Supervisor comenta ainda, que essa integração já funciona na ‘UBSF Nova Esperança’ (bairro Parati). *“Eu não lembro se é o João (Supervisor ACE Parati)...então, ele já tem (integração), que ele fica na unidade básica que é UBSF. Agora eu não estou nesse trabalho ainda. Então os meus agentes vão passar em todos os imóveis, que é residência, comércio, terrenos baldios, ponto estratégicos e outros”* (Supervisor ACE Jacy, 2014).

“Por enquanto tá assim, todo mundo fazendo a mesma coisa. Assim quando implantar a junção, colocar o agente de endemia dentro, aí vai ficar assim. Porque é muito fragmentado” (Gerente, 2014). *“O ministério da saúde ele pede a junção (entre ACS e ACE). Está acontecendo mais nas estratégias (Estratégia de Saúde da Família - UBSF) primeiro, que é trazer o agente de endemia, para a unidade de saúde. Por enquanto aqui não”* (Gerente, 2014).

Sobre a integração entre ACS e ACE, o Coordenador (2013) explica que *“o Ministério da Saúde, em 2010 para 2011, saiu uma portaria pedindo a integração do agente de controle de endemias dentro do Programa de Saúde da Família. Então nós temos já 18 áreas de abrangência em Campo Grande onde tem o agente de controle de endemias dentro da estratégia de saúde da família. Então ali eles já estão trabalhando junto e incentivando mais o agente comunitário a dentro das residências ele tá vendo a questão dos depósitos, questão de orientação”* (Coordenador Campo Grande, 2013).

Além de orientações com os moradores, os ACE realizam: (1) vistoria em imóveis fechados sem morador⁶⁶; (2) controle mecânico de possíveis focos do mosquito; (3) vistoria em comércios, terrenos baldios e pontos estratégicos, em que procuram observar possíveis criadouros para o mosquito do dengue; (4) resolução de situações críticas repassadas pelos enfermeiros; (5) utilização de métodos de combate indisponíveis aos ACS, como os larvicidas; (6) realização do Levantamento de Índice Rápido (Lira), pesquisa para conhecimento da situação de cada bairro e direcionar ações de acordo com o caso.

“Tem imóvel particular que tá fechado. O que tá pra aluguel e venda que tá na imobiliária, nós temos uma parceria com o sindicato dos imobiliários. Vai uma equipe nossa, pega a chave e trabalha isso lá...vai lá olhar, ver se tá tudo ok, vedar vaso sanitário, ralo. Então as casas pra aluguel e venda, a gente já tem um trabalho implantado” (Coordenador Campo Grande, 2013). *“O que a gente tem dificuldade pra entrar é nas casas que tão pra alugar, então como eu mexo com famílias, a gente passa isso pro agente de endemia”* (Agente Comunitária de Saúde, 2014).

“Os agentes de endemias, além de entrar nas residências, eles entram nos terrenos baldios e no comércio” (Enfermeiro, 2014). *“Nosso trabalho é o quê? Procurar o foco, identificar, destruir ou chegar até o ponto dele ser tratado. Mas tratamento ali com larvicida que é o Diflubenzuron, ele é tratado no último caso, naqueles depósitos que ele não tem como ser eliminado. E o morador, ele é orientado em questão de como evitar o depósito, criadouros da dengue, são orientados em relação aos sintomas da dengue e o que deve ser feito em caso de suspeita de dengue”* (Supervisor ACE Jacy, 2014).

Em algumas situações que os ACS não conseguem resolver um problema relacionado ao dengue, repassam a demanda para o enfermeiro, que por sua vez, repassa ao supervisor dos agentes de endemias (Gerente, 2014; Supervisor ACE Jacy, 2014). *“Eles passam problemas de focos que eles não podem (resolver)...eles não trabalham com larvicida e pelo fato deles não trabalharem com larvicida, eles passam essa responsabilidade pra nós. Então a gente vai lá, trata do depósito lá...se tem um depósito que precisa eliminar que eles não conseguem, orientar o morador, dá um puxão de orelha no morador, eles repassam pra gente”* (Supervisor ACE Jacy, 2014).

⁶⁶ *“Aquelas casas que estão pra alugar, vende-se. Normalmente isso aí a gente consegue entrar em contato com a imobiliária ou com o responsável”* (Supervisor ACE Jacy, 2014).

A Agente Comunitária de Saúde (2014) afirma que essas atribuições do ACE já foram, no passado, atribuições dos ACS. Eram os agentes comunitários de saúde os responsáveis por orientar, realizar o controle mecânico e o tratamento de possíveis focos. *“A gente já trabalhou com larvicida, hoje não. Antes a gente media, tanto é que tinha poço, a gente tratava o poço, tinha aqueles produtos pra colocar na água potável, aí coletava larva, mandava pra análise”* (Agente Comunitária de Saúde, 2014).

Motivações da participação da população

Questionados sobre o que leva a população a colaborar e participar das ações de combate, os agentes públicos e privados afirmam que os moradores são motivados quando há relatos de casos e mortes por dengue na região, onde pensam que hoje a pessoa que morre pode ser alguém distante mas da próxima vez pode ser um amigo ou parente (Agente Comunitária de Saúde, 2014; Gerente, 2014; Supervisor ACE Jacy, 2014; Associação de Moradores Jacy, 2013; Igreja São Marcos, 2014; Escola Municipal Harry Amorim Costa, 2014; Escola Municipal Brigida Ferraz Foss, 2014; Escola Municipal João Nepomuceno⁶⁷; 2014; Coordenador Campo Grande, 2013).

“As (pessoas) que têm maior contato com isso (combate) é porque já teve familiares que já tiveram a dengue. Eles já sentiram o que é a dengue. Agora, aquele que não tiveram e tal, eles ouviram falar, eles não têm muito interesse. Acho que tem que ver para crer, é essa a questão” (Escola Municipal João Nepomuceno, 2014). *“Cada caso de cada família, um já pegou dengue. Um já teve um caso, início de dengue. Então isso já colabora pra pessoa, já incentiva ela a olhar o jardim, pra ela olhar a caixa d'água, pra ela olhar se tem algum pneu ou alguma coisinha que tenha acúmulo de água dentro que possa causar a dengue. Cada casa teve um caso de dengue”* (Associação de Moradores Jacy, 2013).

“A conscientização todo mundo tem. Então, é a sensibilização. Quem fica sensibilizado? Aquele que passa pela doença, aquele que sentiu na pele como que é a doença. Ele vai se preocupar com o criadouro, limpar o seu quintal, preocupar com o quintal do vizinho” (Escola Municipal Harry Amorim Costa, 2014). *“Tem pessoas que já perdeu alguém. Quando morre alguém, “ah morreu de dengue, de leishmaniose”. É o medo, tem o medo também, fala “não, eu vou cuidar” e ainda incomoda com o vizinho. É o medo, de tá pegando a doença, de tá tendo algum problema de saúde”* (Agente Comunitária de Saúde, 2014).

⁶⁷ A Escola Municipal João Nepomuceno participa da pesquisa, pois foi identificada como uma parceira das ações de combate ao dengue no bairro. A entrevista foi realizada com a coordenadora pedagógica da escola.

“Preocupação que aconteceu com alguém da família ou algum conhecido veio a óbito ou alguém ficou doente. Aí isso aí motiva eles estarem fazendo o trabalho” (Supervisor ACE Jacy, 2014).

“Quando eu faço as minhas palestras eu pergunto, “você já teve dengue?”. Eu peço para a pessoa que já teve dengue, dar um depoimento, aí ela fala “eu tive, sentia muita dor”. Aí isso aí às vezes dá uma levantada na pessoa, você ter um relato. Então se você traz uma pessoa desta, que ficou sequelada infelizmente pela dengue, naquele momento ela tem um impacto. Só que com o passar do tempo as pessoas vão relaxando outra vez. Aí quando morre, todo mundo se apressa. Mas assim, por um tempo, porque se não...eu acompanhei em 2007 pra 2008, 2010, 2012...ela (dengue) é bem cíclica, a gente já fica esperando para 2014 ou 2015. Todo ano é isso” (Gerente, 2014).

“Essa população ela não tem se engajado ainda. Só no período da epidemia quando ela vê que o parente tá doente, um filho, um irmão, sei lá, alguém da família pegou dengue. Aí ele começa a fazer, começa a ligar, começa a denunciar o vizinho, denunciar não sei quem. Mas a hora que acalma, a dengue é isso... ela vem explode, depois ela baixa...a população esquece. A gente não conseguiu ainda, já tentou todos os formatos (de combate), até agora não é toda a população como um todo que se engaja” (Coordenador Campo Grande, 2013).

De fato, as narrativas dos agentes públicos e privados coincidem com as afirmações dos moradores. Para os moradores (2013), a principal motivação para realização do controle do dengue é evitar a doença em sua família e vizinhança, como observado na afirmação do Morador 5 (2013), *“a pessoa só participa depois que ela for atingida pelo efeito do mosquito. Fora disso, enquanto não sofrer as consequências, ela pensa sempre, “aqui em casa não vai acontecer”. E muitas vezes deixa de tomar as providências necessárias”*.

Questionados se existe algo que os desmotiva a realizar o combate, metade dos moradores (2013) entrevistados afirmou não haver situação que os faça desanimar. Por outro lado, a outra metade afirma se sentir desanimada quando percebem que não há interesse das outras pessoas em colaborar com o combate, como vizinhos por exemplo. *“Às vezes a gente vê assim, vizinho que deixa a desejar neh no quintal...a gente cuida do quintal da gente, da casa tudo, mas o outro não cuida. Aí pega mesmo, porque vem de outras casas” (Morador 1, 2013).*

O que incentivaria participação da população

Os participantes da pesquisa deram algumas opiniões sobre o que incentivaria uma maior participação da população nas ações de combate. Foram mencionadas: (i) as ações de mobilização não deveriam começar apenas no final do ano, mas ser um esforço contínuo do governo (Escola Municipal Harry Amorim Costa, 2014); (ii) realização de mais eventos e campanhas de conscientização junto aos moradores (Associação de Moradores Jacy, 2013; Escola Municipal Brigida Ferraz Foss, 2014; Morador 7, 2013); (iii) deveria haver horários alternativos para orientação dos moradores (Gerente, 2014); (iv) as propagandas dos efeitos causados pelo dengue deveriam ser mais impactantes (Supervisor ACE Jacy, 2014); (v) poderia haver maior envolvimento com as escolas (Enfermeiro, 2014; Escola Municipal Harry Amorim Costa, 2014); (vi) poderia haver mais fiscalização e orientação no dia-a-dia pelos agentes (Ceinf São Francisco de Assis⁶⁸, 2014; Morador 1, 2013); (vii) poderia multar quem não realiza ações de combate ao dengue na residência (Gerente, 2014; Escola Municipal Brigida Ferraz Foss, 2014; Escola Municipal Harry Amorim Costa, 2014; Moradores 2, 3, 4 e 8, 2013); (viii) poderia ser dado um desconto nos serviços públicos e tributos que a população paga, caso colaborassem com o combate (Morador 3, 2013).

“Campanhas, eu acho que não só nesse período, mas ao longo do ano. Porque a gente só vai se conscientizar, aí só vai se importar quem sentir na pele” (Escola Municipal Harry Amorim Costa, 2014). Da mesma forma, a Associação de Moradores Jacy (2013), Escola Municipal Brigida Ferraz Foss (2014) e Morador 7 (2013) consideram necessário realizar mais eventos e campanhas de conscientização com a população. *“É fazer uma organização, montar uma equipe que possa chegar até os moradores e incentivá-los. Fazer eventos contra a dengue, trazer atividades pra poder a pessoa ter consciência que ela tem que manter a sua residência, o seu jardim ou a sua área limpa”* (Associação de Moradores Jacy, 2013).

Para a Gerente (2014), deveria haver horários alternativos de trabalho para os agentes, pois muitas pessoas estão trabalhando no horário comercial. *“Porque a maioria das pessoas, dos moradores trabalham durante este horário. A gente deveria ter horário alternativos, mas assim, não conseguimos ainda desenvolver nesta minha gestão horários alternativos, para que a gente possa conscientizar esses moradores sobre o cuidado com o quintal”* (Gerente, 2014).

⁶⁸ O Centro de Educação Infantil (Ceinf) São Francisco de Assis participa da pesquisa, pois foi identificado como um parceiro das ações de combate ao dengue no bairro. A entrevista foi realizada com a diretora em exercício do Ceinf.

Ainda, a Gerente (2014), Escola Municipal Brigida Ferraz Foss (2014), Escola Municipal Harry Amorim Costa (2014) e Moradores 2, 3, 4 e 8 (2013) indicam que talvez uma multa incentivasse os moradores a colaborar com o combate. *“Eu não sei se uma lei mais rígida como de Cuba funcionaria. Isso contaram em uma palestra que participei do comitê da dengue, não li nada...eles diziam que cobravam 100 dólares por foco de dengue encontrado. Acabo com a dengue no lugar”* (Gerente, 2014).

“Se começar a mexer no bolso das pessoas, as pessoas começam a mudar a postura” (Escola Municipal Brigida Ferraz Foss, 2014). *“Eu acho que tem que ter multa. Aí, eu acho que essas pessoas começam a se conscientizar. Eu acho que enquanto não mexe no bolso, infelizmente no nosso país a cultura é assim”* (Escola Municipal Harry Amorim Costa, 2014). Além da multa, o Morador 3 (2013) afirma que poderia ser concedido desconto no IPTU, *“incentivo talvez, no caso poderia ser no IPTU, dá um desconto no IPTU. Agora punição, no caso seria a multa neh...multar onde achar os vetores”*.

O Supervisor ACE Jacy (2014) considera que as propagandas envolvendo o dengue deveriam ser mais impactantes, demonstrando os reais efeitos que podem causar na vida das pessoas. *“É bem chocante mesmo. Uma propaganda que está tendo agora, que o rapaz chega lá no cemitério pra visitar o filhinho de oito anos...na primeira vez que eu vi, eu fiquei prestando atenção e de repente chegou lá, era em relação a dengue. Então assim, vai ter que ser uma coisa bem impactante mesmo”* (Supervisor ACE Jacy, 2014).

Para o Ceinf São Francisco de Assis (2014) e Morador 1 (2013), deveria haver mais fiscalização e uma presença mais ativa dos agentes nas residências, *“eu acho que é incentivo é do agente tá vindo sempre. Acho que é incentivo, estar mais ativo no nosso bairro o agente”* (Morador 1, 2013). Já para o Enfermeiro (2014) e Escola Municipal Harry Amorim Costa (2014), deveria haver um maior envolvimento dos agentes com as escolas, *“em escola também tinha que ter. A unidade tinha que ter mais envolvimento nas escolas”* (Enfermeiro, 2014). *“Uma gincana que mobilize as escolas, todo mundo se envolve. Porque é uma questão até social”* (Escola Municipal Harry Amorim Costa, 2014).

De acordo com o Coordenador (2013), já foram realizadas várias tentativas de mobilizar a população para as ações de combate, no entanto, nenhuma se mostrou satisfatoriamente eficaz. *“Ao longo dos tempos, a gente foi mudando a forma de...mas nenhuma mostrou ainda um resultado satisfatório mesmo...que você possa "vamo emplacar essa, que vai emplacar". Atinge uma parte da população, a grande maioria não se mobiliza, não se incomoda”* (Coordenador Campo Grande, 2013).

Coprodução em nível individual, grupal ou coletivo

Os moradores do bairro Jacy se mostram individualistas frente à situação do dengue, onde não apresentam a mesma disponibilidade para cuidar de sua residência e do bairro (Agente Comunitária de Saúde, 2014; Enfermeiro, 2014; Associação de Moradores Jacy, 2013; Supervisor ACE Jacy, 2014; Igreja São Marcos, 2014; Ceinf São Francisco de Assis, 2014; Escola Municipal Harry Amorim Costa, 2014; Escola Municipal João Nepomuceno, 2014; Coordenador Campo Grande, 2013).

“É individualismo. Pega. A nossa praça é um exemplo. Ninguém pensa em limpar uma calçada, limpar um bueiro. Você vê bueiros aí sujos, e às vezes é na frente da calçada. É individualismo mesmo, só pensam neles. Ninguém quer fazer nada” (Enfermeiro, 2014). *“Olha, é complicado. Porque é um mal que atinge a todos. Mas, como que eu vou encabeçar a limpeza de um terreno, de uma praça que seja, se nem todo mundo participa também? Você pode muito bem estimular, fazer o movimento, fazer um dia, dois. Mas, sempre as mesmas pessoas? Teria que ter a participação de todo mundo”* (Escola Municipal Harry Amorim Costa, 2014).

“Isso é uma coisa que não é do bairro, não é do município, não é da cidade. É a consciência do brasileiro, o brasileiro está ficando muito individualista. Eu cuido meu, que você cuida do seu. Então esse senso do que é comum, o comum pertence ao governo, não pertence a mim não. Eu estou lá, mas o comum é o governo que vai lidar” (Escola Municipal João Nepomuceno, 2014). A Agente Comunitária de Saúde (2014) reproduz a fala de um morador nesse sentido, *“a comunidade é o prefeito, é outro grupo que vai tá tomando conta, eu vou toma conta da minha casa e aqui na frente, tá ótimo. Então lá fora quem manda é o prefeito, quem faz alguma coisa...tem que ser outro responsável, eu sou responsável pela minha casa”*.

“Tem gente que acha que o poder público é que tem que fazer isso na nossa casa. Quem participa no bairro é um número muito pequeno, um número muito pequeno. Aí é o ponto, que se a gente conseguisse que essa população tivesse uma participação maior. E falo isso porque assim, a gente faz eventos em alguns bairros, em algumas regiões ou na área central e você vê que a participação é muito pouca. A população é assim, enquanto você não oferecer nada pra ele, ele não tem interesse...ele quer algo que ele tenha algo em troca, ele quer ganhar alguma coisa. E nesse momento o que você tá proporcionando, na verdade é conhecimento. Mas parece que não é interesse da grande maioria e aí você consegue muita pouca adesão” (Coordenador Campo Grande, 2013).

Com relação a ações de combate ao dengue na comunidade, metade dos moradores (2013) participantes afirmou ver ações em andamento sendo executadas pelos agentes públicos, mas nenhum dos moradores participou dessas ações. *“Comunitária não. Eu sei de agente que vem em casa, mas (ação) comunitária não”* (Morador 1, 2013). Os moradores justificaram sua não participação pelos motivos de: (i) ausência de convite ou de divulgação das ações (Moradores 1 e 3, 2013), (ii) falta de tempo para participar das ações (Morador 8, 2013) e (iii) por ser obrigação do governo fazer isso (Morador 6, 2013). Os moradores restantes não conseguiram atribuir motivo para a não participação.

Motivações: setor público ou condições econômicas

Para Gerente (2014), Supervisor ACE Jacy (2014), Associação de Moradores Jacy (2013) e Escola Municipal Brigida Ferraz Foss (2014), a motivação do setor público em realizar ações de controle do dengue é devido à prevenção ser uma opção mais barata economicamente do que a despesa com tratamento de pacientes. *“Eu acho que economicamente. Que quando tem uma grande epidemia há um dispêndio muito grande de leitos, profissionais, materiais, remédios”* (Gerente, 2014). *“Querendo ou não, o gasto é maior...porque é gasto muito dinheiro com cada paciente”* (Supervisor ACE Jacy, 2014).

Na opinião da Igreja São Marcos (2014) e Escola Municipal João Nepomuceno (2014), não apenas o gasto com tratamento é reduzido, mas o próprio gasto com o combate também. *“Para ter menos funcionário. Para ter menos gasto. Porque tendo os mutirões, não vai gastar nada, a pessoa vai ali de livre e espontânea vontade. Vai ser um colaborador deles. O bem da população, que deveria ser eles, o dever deles”* (Igreja São Marcos, 2014). *“Facilita o trabalho deles. Se cada um fazer a sua parte, diminui para o poder público fazer a parte dele”* (Escola Municipal João Nepomuceno, 2014). Já para Enfermeiro (2014), Ceinf São Francisco de Assis (2014), Agente Comunitária de Saúde (2014) e Coordenador Campo Grande (2013), o governo precisa da ajuda da população, devido a sua incapacidade de atuar sozinho no combate ao dengue.

Condições técnicas

Nesse sentido, entende-se que o combate não poderia ser realizado sem a participação da população (Gerente, 2014; Agente Comunitária de Saúde, 2014; Enfermeiro, 2014; Ceinf São Francisco de Assis, 2014; Coordenador Campo Grande, 2013). Considera-se que o governo tem sua parcela de contribuição, mas se a população evitasse deixar lixo e recipientes com água a céu aberto, melhoria a situação do dengue no bairro.

“Sozinho ninguém faz nada. Não, sozinho não, tem que ter o apoio de todo mundo. Vamos supor, vou falar assim do agente, o agente ele tem que ter o apoio dos vizinhos, da comunidade, da cidade, e a cidade tem que ter o apoio do Prefeito, do Governo. Tem que ser uma união de todos, porque se não tiver união ninguém vai a lugar nenhum, ninguém consegue fazer sozinho nada, tudo depende da união” (Agente Comunitária de Saúde, 2014). *“Porque só o poder público indo lá diariamente não tem resolvido isso, já é histórico, a gente tem estudo sobre isso. Então é preciso que a população se engaje, se ela não se engajar, você sozinho você vai apagar o fogo”* (Coordenador Campo Grande, 2013).

De fato, os moradores (2013) afirmaram auxiliar no combate ao dengue realizando limpeza e evitando deixar acumular água em estruturas presentes em suas residências. No entanto, os moradores não conseguiram identificar outras formas de participação além daquelas que já executam, o que poderia ser um indicativo da necessidade (e dependência) das orientações realizadas pelos agentes públicos. *“Eu não saio de casa, não tenho tempo pra tá pesquisando, nem olhando vizinho nem nada...eu cuido de mim e da minha casa”* (Morador 5, 2013).

Diferenças do Jacy em relação a outros bairros

É possível observar diferenças entre os moradores do Jacy em relação à população de outros bairros da região. Segundo Gerente (2014), Enfermeiro (2014), Supervisor ACE Jacy (2014), Escola Municipal João Nepomuceno (2014) e Escola Municipal Harry Amorim Costa (2014), o Jacy é um bairro em que a população tem mais condições financeiras, em comparação a outros bairros da região.

“As pessoas do Jacy eles têm uma condição de vida melhor. Tem muita piscina na Jacy e às vezes essas piscinas não são cuidadas. Até olhando os sites de imóveis a gente identifica isso no Jacy, entendeu...piscina verde. Então se ele é um bairro economicamente melhor do que os demais” (Gerente, 2014). A Associação de Moradores Jacy (2013) afirma que algumas casas fechadas com piscina foram alvo de uma ação, onde nessas piscinas existiam larvas do mosquito do dengue se proliferando.

“A nossa clientela é uma clientela boa. São poucos alunos que são assim da classe mais baixa. É diferente, não é uma população carente aqui, para dizer assim, que não cuida por falta de instrução, todo mundo tem instrução. Nós já tivemos escolas, que tem crianças que moram em abrigos, aquela carência toda, aqui não” (Escola Municipal Harry Amorim Costa, 2014). *“Que assim, de classe, de nível ali. Aqui, compara o ‘Marcos*

Roberto’... ‘Nhanhá’, é uma faixa baixa (de renda). São bem carentes mesmo. Às vezes nem material, nem sapato tem, chinelinho de dedo” (Escola Municipal João Nepomuceno, 2014).

“O Jacy acho que é uma classe mais um pouco elevada. Têm umas casas melhores, você não vê tanto movimento” (Enfermeiro, 2014). Realmente, importante destacar enquanto pesquisador, que o Jacy foi o bairro em que foi encontrada a maior dificuldade de entrevistar os moradores, onde há pouco movimento de pessoas durante o horário comercial. Esse baixo movimento de pessoas em casa durante o dia aumenta o número de ‘pendências’ (imóveis onde não se consegue localizar o morador) do bairro (Supervisor ACE Jacy).

O Supervisor ACE Jacy (2014) indica que no bairro o número de ‘pendências’ é maior do que no bairro Jockey Club (outro bairro atendido pelo mesmo supervisor), justificando para isso que, na maior parte do tempo os moradores estão trabalhando. O Supervisor ACE (2014) comenta que o número de focos encontrados na Jacy é bastante superior ao encontrado no Jockey Club. *“Aqui (Jacy) eu achei 72 focos em uma semana. Agora aqui do Jockey não, do Jockey já não foi achado”* (Supervisor ACE Jacy, 2014).

Outra diferença do Jacy em relação ao Jockey Club é a resistência dos ACS em trabalhar juntamente com os ACE. O Supervisor ACE (2014) afirma que a resistência é maior entre os agentes comunitários de saúde mais antigos, que estão em maior número no Jacy. *“Tem (resistência) nos dois (bairros), só que no Jacy é maior porque é um povo mais antigo. Só que isso vai muito do agente, porque tem agente que ele ajuda”* (Supervisor ACE Jacy, 2014).

Parceiros na implementação

Com relação aos parceiros atuantes na dinâmica de combate, o conselho local de saúde (Gerente, 2014; Agente Comunitária de Saúde, 2014; Associação de Moradores Jacy, 2013) e o conselho regional do ‘Anhanduízinho’ (Associação de Moradores Jacy, 2013) foram indicados como parceiros. O conselho local de saúde é constituído por trabalhadores da unidade de saúde, gestores e usuários. O conselho local de saúde atua no sentido de atender solicitações da UBS junto ao governo, deliberando sobre algumas questões e cobrando algum posicionamento mais efetivo por parte da prefeitura (Gerente, 2014). Já o conselho regional do ‘Anhanduízinho’ não é deliberativo, apenas consultivo (Associação de Moradores Jacy, 2013 - membro do conselho local e conselho regional de saúde).

A associação de moradores do Jacy foi indicada pela Gerente e Agente Comunitária de Saúde como um parceiro. As ações da associação de moradores são voltadas a intermediação

dos interesses da comunidade e do poder público. No combate ao dengue, a associação realizou eventos e gincanas nas escolas do bairro para arrecadação de materiais que pudessem ser criadouros do mosquito. *“Tipo uma gincana, a escola vencedora ganharia uma bicicleta, um liquidificador, alguns prêmios, vários tipos de prêmios”* (Associação de Moradores Jacy, 2013). O presidente afirma que a participação da associação nas ações foi requerida pela prefeitura, devido ao número de casos no bairro. *“Nós fomos convidados, não como um convite, mas como uma intimação. Aqui tava a base da dengue aqui dentro, eu não sabia. No meu nariz, eu não sabia que a dengue tava dentro da região, no meu bairro”* (Associação de Moradores Jacy, 2013).

Além da associação de moradores, foram indicadas algumas escolas e Centros de Educação Infantil (Ceinfs) da região como parceiros, como: a Escola Municipal Harry Amorim Costa, Escola Municipal Brigida Ferraz Foss, Escola Municipal João Nepomuceno e Ceinf São Francisco de Assis (Agente Comunitária de Saúde, 2014; Gerente, 2014; Enfermeiro, 2014; Supervisor ACE Jacy, 2014; Associação de Moradores Jacy, 2013).

Nas escolas foram realizadas gincanas para coleta de materiais descartáveis e palestras de conscientização com os alunos, e ainda, a inclusão do tema como conteúdo das disciplinas ministradas (Gerente, 2014; Agente Comunitária de Saúde, 2014; Escola Municipal Harry Amorim Costa, 2014; Escola Municipal Brigida Ferraz Foss, 2014; Escola Municipal João Nepomuceno, 2014). *“A gente entra na escola, a gente orienta as crianças, que as crianças elas na verdade cobram bastante os pais. Já fizemos gincana, a gente faz palestras, é desta forma que a gente trabalha com as escolas”* (Gerente, 2014).

Em todas as escolas entrevistadas, identificou-se que o combate ao dengue faz parte do conteúdo programático das escolas. *“Olha, desde que eu me conheço por gente, que eu sou professora, a gente sempre desenvolve essas ações dentro da escola. Já faz parte do nosso Projeto Político Pedagógico (PPP), da nossa proposta. Então, é uma coisa que é de praxe, e nós vamos desenvolvendo”* (Escola Municipal Brigida Ferraz Foss, 2014). *“Todo ano é o primeiro assunto do ano, já faz parte do conteúdo”* (Escola Municipal Harry Amorim Costa, 2014). *“É conteúdo programático. Já entra na ementa, já faz parte da ementa”* (Escola Municipal João Nepomuceno, 2014).

Segundo o Coordenador (2013), buscam-se nos bairros, parceiros comprometidos com a implementação da política. Exemplo de parceiros são as escolas, que trabalham o conteúdo do dengue dentro das disciplinas ministradas. *“Através da rede de educação, escolas municipais, estaduais e particulares. De preferência, a municipal já está na grade, mas as*

outras também colocam na grade curricular, principalmente nas matérias de ciências, biologia, ter um trabalho sobre isso” (Coordenador Campo Grande, 2013).

As ações no Ceinf São Francisco de Assis envolvem a transmissão do conhecimento para as crianças sobre o combate ao dengue. No Ceinf, cada professora trabalha o assunto em sala de aula da forma como preferir, como: fazendo cartazes, mostrando vídeos, entre outras. Segundo a diretora (2014), a iniciativa de trabalhar com o assunto partiu do Ceinf, devido ao número de casos existentes na região, bem como ao entendimento que esse conhecimento é necessário para quando as crianças forem para a escola. *“Partiu da gente, que estava bem em foco a dengue. Porque daqui, eles vão sair para a escola e o assunto, eles têm que ter esse conhecimento. Mas sempre a gente participa da forma que a gente pode”* (Ceinf São Francisco de Assis, 2014).

Segundo a Agente Comunitária de Saúde (2014), as igrejas e comércios da região também auxiliam, anexando cartazes e avisos sobre o combate. *“Toda vez que a gente vai fazer alguma coisa pra pôr propaganda, pra pôr cartaz, a gente vai nas Igrejas. A gente vai em Igreja, em comércio. Então quer dizer, de uma forma ou de outra eles tão ajudando”* (Agente Comunitária de Saúde, 2014). O Presidente da Associação de Moradores Jacy (2013) afirma ainda, que quando precisam de algo para a realização das ações, a associação pede aos comércios da região, que costumam atender aos pedidos.

Já o Supervisor ACE Jacy (2014) afirma que utiliza o espaço da Igreja São Marcos como Ponto de Apoio (PA). A Igreja São Marcos (2014) confirma essa cessão do espaço e, além disso, indica que realiza comunicados direcionados a prevenção do dengue durante as celebrações. *“Cedemos o pátio lá da igreja para eles usarem. E tem uma sala também, que até um armário tem todos os materiais deles lá para eles usarem”* (Igreja São Marcos, 2014).

A igreja explica que sua motivação a participar foi que, como era possível observar muitas pessoas doentes, eles tentam fazer o possível para cooperar com o combate. *“A gente como comunidade, ajudamos o todo, aí foi motivado a ajudar para combater. Porque aqui tinha muita epidemia, muita gente ficando doente. Às vezes, passava uma, duas, três casas já tinham pessoas internadas, pessoas doentes por causa do mosquito da dengue [...] procuramos ajudar, naquilo que a gente pode ajudar, cooperar com a saúde pública”* (Igreja São Marcos, 2014).

Processo de implementação

Para começar a esclarecer o processo de implementação via abordagem de coprodução, na Figura 9 é apresentada a estrutura de implementação de controle do dengue do bairro Jacy.

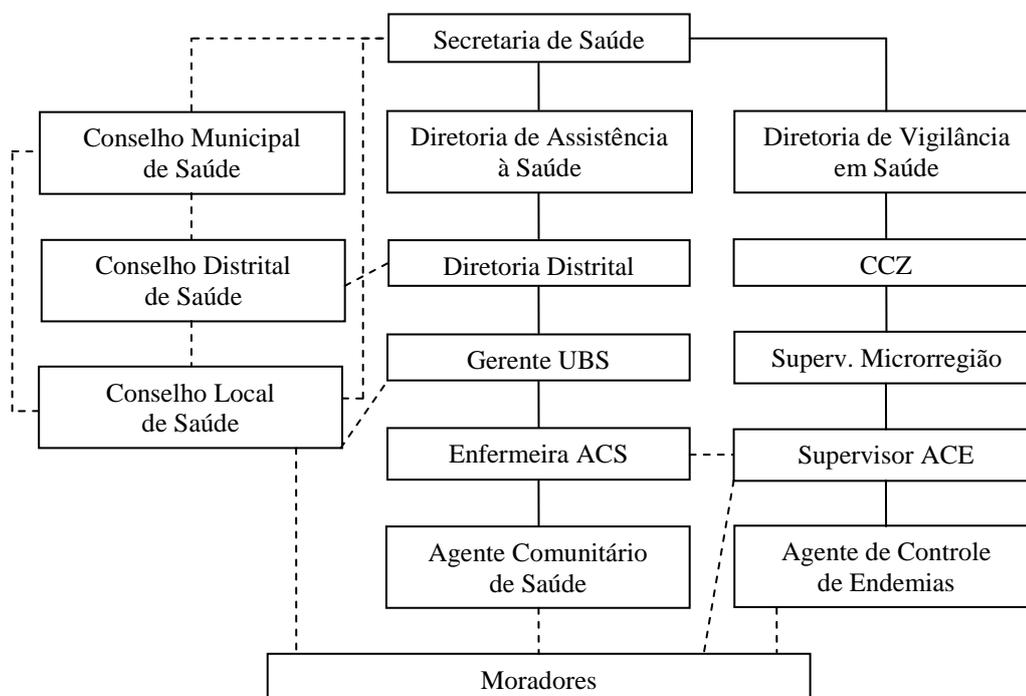


Figura 9 - Estrutura de implementação das ações de controle do dengue no bairro Jacy

Legenda: Linha contínua – subordinação / Linha tracejada – vinculação funcional

Fonte: Fonte: Elaborado pelo autor com base nas entrevistas e em Campo Grande (2009).

As orientações ou direcionamentos sobre as ações de políticas públicas em relação ao combate ao dengue vem da Secretaria de Saúde (Sesau) do município, que repassa essas orientações à diretoria do distrito sul, que por sua vez, repassa essas orientações às unidades de saúde de sua área. Nessas orientações já vem determinado o modo de combate que será realizado (inclusive as ações, como a *blitz* educativa), adaptado as particularidades de cada região do município (Agente Comunitária de Saúde, 2014; Gerente, 2014; Enfermeiro, 2014; Associação de Moradores Jacy, 2013).

“A Sesau é o coordenador geral de tudo isso. Então ela é quem incentiva e a única que tem estrutura pra poder viabilizar todos os eventos em qualquer lado da cidade” (Associação de Moradores Jacy, 2013). “A estratégia vem...vamos supor, na época de epidemia que houve, tudo vem da secretaria, já é de Campo Grande” (Enfermeiro, 2014). “É uma demanda da secretaria, então a gente se organizou e fez uma blitz” (Gerente, 2014). “A gente já recebe tudo, fala “oh vocês tem que fazer isso, isso”. Já vem, acho que a própria

Prefeitura que manda, manda pra unidade o que deve ser feito e a gente trabalha em cima do que eles pedem pra ser feito” (Agente Comunitária de Saúde, 2014).

O Supervisor ACE Jacy (2014) afirma que há uma hierarquia, os agentes de endemias se reportam ao supervisor da área, o supervisor da área responde ao supervisor geral, que responde ao CCZ. A coordenação técnica do CCZ é quem monta o planejamento do combate no município e repassa à secretária de saúde, que avalia e determina as ações que serão colocadas em prática. Os direcionamentos do CCZ são repassados aos supervisores gerais de cada região, repassadas aos supervisores de área dos bairros e em seguida para os agentes de endemias (Coordenador Campo Grande, 2013).

“Dessa forma é feito. Supervisores gerais...então região urbana tem um supervisor geral. Abaixo deles, supervisores de área, que aí ele tem de oito a dez agentes sob sua responsabilidade. E o agente que tem uma microárea determinada, de 800 a 1000 imóveis que ele visita a cada dois meses. Essa é a estrutura. Então quem faz o trabalho de controle da dengue é o agente de controle de endemias” (Coordenador Campo Grande, 2013).

Nas situações em que os ACS necessitam do apoio dos agentes de endemias, o enfermeiro é quem recepciona as demandas e repassa ao supervisor ACE do Jacy (Gerente, 2014; Agente Comunitária de Saúde, 2014; Enfermeiro, 2014). *“Somos nós que repassamos (os casos críticos). Os casos aqui, a gente passa para o pessoal das endemias” (Enfermeiro, 2014).* *“Todas as semanas ele tem que vir aqui, tem uma caixinha de coisas que a gente encontra irregularidade na área. Aí a gente passa pra ser resolvido” (Agente Comunitária de Saúde, 2014).*

Para outros participantes, a coordenação das ações de dengue é realizada pela UBS ‘Dona Neta-Guanandi’ (Ceinf São Francisco de Assis, 2014; Escola Municipal João Nepomuceno, 2014; Escola Municipal Harry Amorim Costa, 2014; Escola Municipal Brigida Ferraz Foss, 2014). *“O enfermeiro ali da unidade básica ali, é o coordenador. Que ele sempre assim, as ações que eles vão ter, eles vêm aqui passam para mim, pra passar para os pais” (Ceinf São Francisco de Assis, 2014).* *“O posto de saúde, vem o coordenador geral deles lá, vem e conversa com a direção” (Escola Municipal Harry Amorim Costa, 2014).*

Sobre o conselho local de saúde, a Gerente (2014) afirma que as deliberações realizadas juntamente com os conselheiros são encaminhadas ao conselho municipal de saúde e para a Sesau, a fim de serem tomadas as devidas providências.

Condições normativas / plano de ação de combate

As ações de políticas públicas do combate são legalmente constituídas através do “plano de ação de combate ao dengue”. Dentre os participantes da pesquisa no bairro, apenas a Gerente afirmou ter participado da elaboração do plano de ação de combate ao dengue, ao contrário de todos os outros participantes (Enfermeiro, 2014; Agente Comunitária de Saúde, 2014; Supervisor ACE Jacy, 2014; Igreja São Marcos, 2014; Ceinf São Francisco de Assis, 2014; Associação de Moradores Jacy, 2013; Escola Municipal Harry Amorim Costa, 2014; Escola Municipal João Nepomuceno, 2014; Escola Municipal Brigida Ferraz Foss, 2014). Da mesma forma, nenhum dos moradores (2013) entrevistados afirmou conhecer ou ter participado da elaboração do plano de ação.

“Nós participamos da execução das ações. Do plano, eu não me lembro de ter participado de nenhuma reunião. Na elaboração, eu não me lembro não” (Escola Municipal Brigida Ferraz Foss, 2014). *“Não (participamos). A gente não faz parte da elite”* (Escola Municipal João Nepomuceno, 2014). *“Porque não é divulgado, você só vê alguém passando, indo e vindo fazendo alguma coisa, mas ninguém fala em projeto de ação, de nada...ninguém te informa”* (Morador 5, 2013).

Segundo o Enfermeiro (2014), o Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) é o responsável pela coordenação do combate ao dengue no município. De acordo com o Coordenador (2013), o plano de ação de combate ao dengue é desenvolvido na coordenadoria de controle de vetores do CCZ. São membros dessa coordenadoria de controle de vetores, o coordenador, os oito supervisores gerais das microrregiões urbanas de Campo Grande, um responsável de pulverização (fumacê) e o diretor do CCZ. O plano desenvolvido é um plano interno da secretaria de saúde, que definirá a atuação dos agentes públicos, como o modo de ação sobre visitas domiciliares, pontos estratégicos *etc.* (Coordenador Campo Grande, 2013).

Para constituição do plano, esse setor utiliza de séries históricas de incidência, bem como dos relatórios de casos de suspeitas de dengue condensados na secretaria de saúde, para conhecimento dos bairros mais atingidos. Esse plano de ação interno é apresentado ao secretário de saúde do município para aprovação. Após a aprovação do secretário, o plano é apresentado no conselho municipal de saúde e parceiros, que constituem o ‘Comitê de Mobilização de Combate à Dengue’⁶⁹ (Coordenador Campo Grande, 2013).

⁶⁹ Segundo o Coordenador (2013), a motivação à constituição do comitê de mobilização já era prevista no PNCD. *“Constituir Comitês Nacional e Estaduais de Mobilização com participação dos diversos segmentos da sociedade”* (FUNASA, 2002, p. 10).

Dentre os parceiros internos podem ser citadas outras secretarias municipais, como secretaria de obras e secretaria de meio ambiente. Por exemplo, a secretaria de obras auxilia nos mutirões de limpeza nos bairros, onde utiliza de seus caminhões para a retirada de entulho presente nas residências. Outro exemplo é a atuação da secretaria de meio ambiente, que notifica e multa os proprietários de imóveis e terrenos baldios que se recusam a colaborar com o combate, uma atribuição que foge ao trabalho da secretaria de saúde. Dentre os parceiros externos podem ser citados: o Exército, o Rotary Club, o Conselho Regional de Corretores de Imóveis (CRECI), o Conselho Regional de Engenharia e Agronomia de Mato Grosso do Sul (CREA), Maçonaria, *etc.* (Coordenador Campo Grande, 2013).

A Gerente (2014) afirma que todos os gerentes de unidades básicas foram convidados a participar da elaboração do plano de ação. Segundo ela, o plano de ação do município conta ainda com membros da sociedade civil, que fazem parte do ‘Comitê de Mobilização de Combate à Dengue’. *“Esse plano a gente elabora, com o comitê da dengue. E o comitê da dengue, ele tem a sociedade civil, aquele Rotary Club, o Exército. Então todo mundo contribui de alguma maneira. Então eles assim, eles fazem parte da comunidade, e foram dando suas opiniões também”* (Gerente, 2014).

Segundo a Gerente (2014), algumas alterações são realizadas no plano de ação ao longo do tempo. *“Como a dengue é cíclica, geralmente a gente faz um plano após a epidemia, para que não ocorra outra vez. Mas quando vem à epidemia, ela nunca vem igual ao outro ano. Aí a gente, volta tudo de novo, faz outro planejamento, esse foi o primeiro plano que eu participei, foi agora em 2012, quando caiu drasticamente”*. Ainda, segundo ela, o vírus do dengue e o mosquito vêm evoluindo, *“o mosquito ele não dava na seca, não dava em água suja, hoje em dia ele se prolifera até na fossa”* (Gerente, 2014).

Situações conflituosas

Não foi possível observar situações conflituosas durante a elaboração do plano de ação, já que apenas a Gerente dentre os entrevistados do bairro participou da elaboração. Como observado pela Gerente (2014), inclusive os membros da sociedade civil organizada são estimulados a participar das discussões envolvendo o plano de ação. Contudo uma situação conflituosa pôde ser observada, que agentes comunitários e de endemias não conseguem trabalhar juntos nas ações de combate (Agente Comunitária de Saúde, 2014; Enfermeiro, 2014; Gerente, 2014; Supervisor ACE Jacy, 2014).

A Gerente (2014) e Supervisor ACE Jacy (2014) explicam que em algumas unidades básicas de saúde do município há a integração entre esses dois tipos de agente, mas é uma realidade mais em unidades atendidas pelo Programa Saúde da Família (PSF), o que não é o caso da UBS 'Dona Neta-Guanandi'. *“O ministério da saúde ele pede a junção (entre ACS e ACE). Está acontecendo mais nas estratégias (Estratégia de Saúde da Família - ESF) primeiro, que é trazer o agente de endemia, para a unidade de saúde. Por enquanto aqui não”* (Gerente, 2014).

Segundo o Supervisor ACE Jacy (2014), o Plano Nacional de Combate a Dengue (PNCD) contempla que algumas tarefas deveriam ser realizadas tanto por ACS como pelos ACE, contudo alguns ACS se recusam a colaborar. Essa recusa é mais visível entre agentes comunitários mais antigos, que acreditam que, com a criação da função dos agentes de endemias, essas tarefas deveriam ser atribuídas somente a esses últimos. *“No Jacy é maior a dificuldade. Só que tem nos dois (bairros). Só que no Jacy é maior, porque é um povo (agentes) mais antigo”* (Supervisor ACE Jacy, 2014).

A Agente Comunitária de Saúde (2014) explica que antigamente apenas os ACS eram responsáveis por tratar dos problemas relacionados ao dengue. Então foi criado o cargo de agente de endemias, que ganha mais do que o agente comunitário, para tratar exclusivamente dos problemas relacionados aos vetores. E recentemente, uma série de problemas ao dengue foi repassada aos ACS, ainda que esses agentes tenham demandas próprias a lidar. Isso causou indignação entre os ACS, que entendem estar resolvendo problemas que seriam dos ACE, sem qualquer tipo de remuneração adicional. Então, o sindicato da categoria (ACS) instruiu que os trabalhadores deixassem de preencher o *checklist* do dengue, que funciona como um relatório sobre as ocorrências observadas nas residências – já que, de toda maneira, um ACE iria preencher relatório referente àquela residência. Isso não quer dizer que as orientações estão sendo deixadas de lado, mas apenas os relatórios não estão sendo preenchidos.

“A gente passava o relatório todo que a gente fez pra eles, aí eles iam tá ganhando em cima da gente, do trabalho que a gente fez. E o nosso salário não, a gente não contesta em fazer, porque a gente tá aqui pra trabalhar, mas desde que seja valorizado, porque a gente não tava tendo valor nenhum, simplesmente trabalhando pra eles, passando relatório. Não eles, tanto é que a briga de todo mundo aqui é por isso, porque a gente tava trabalhando dois serviços e eles ganhando, eles ganhando pelo que a gente tava fazendo. Então aí o Sindicato

falou “não, não é justo, já que eles ganham mais que nós pra fazer esse serviço, porque, que nós vamos tá fazendo pra eles?” (Agente Comunitária de Saúde, 2014).

A situação relatada pela ACS foi confirmada pela Gerente da unidade. *“O que o agente comunitário teme? Ele (ACE) pegar o serviço do agente comunitário, e passar (pro CCZ) como se ele tivesse feito, mas ele não fez. Então é uma dificuldade imensa, não só aqui, em toda a rede. Tem lugares que deu certo (a integração ACS e ACE), mas tem lugares que não deu certo. Eu não participei de nenhum dessas unidades que fizeram essa junção, nenhuma dessas unidades... todas eram fragmentadas” (Gerente, 2014).*

Espaço para discussão com moradores

Procurando saber da existência de um espaço ou abertura para discussão das ações junto à população atendida, foi identificado o conselho local de saúde. No conselho local de saúde os problemas são apresentados, discutidos e deliberados, e se encaminham ofícios para o conselho municipal de saúde e para a secretaria de saúde para resolução dos problemas indicados (Gerente, 2014; Agente Comunitária de Saúde, 2014; Associação de Moradores Jacy, 2013; Coordenador Campo Grande⁷⁰, 2013). No entanto, pouca gente procura saber sobre o conselho local ou assistir as reuniões (Agente Comunitária de Saúde, 2014; Coordenador Campo Grande, 2013).

“Tem o conselho que é tratado qualquer problema, dificuldade que tem, tem o conselho. Todo mês tem a reunião do conselho, então alguma reclamação mais assim que a população quer fazer também, também tem o conselho, conselho gestor. Só que a população também não tem muito interesse não, de vir. Eles reclamam, mas só que a gente convida, a reunião do conselho é pouca gente que vem” (Agente Comunitária de Saúde, 2014).
“Geralmente se você vai nesses lugares, é um mínimo de pessoas que vão pra discutir isso. Fora associação de moradores, convidava a população pra quem quisesse participar...ia meia dúzia de pessoas pra chegar numa discussão” (Coordenador Campo Grande, 2013).

Além do conselho local, foi identificado que a associação de moradores promove algumas assembleias de discussão das demandas junto à comunidade (Associação de Moradores Jacy, 2013; Escola Municipal Brigida Ferraz Foss, 2014; Escola Municipal Harry Amorim Costa, 2014). O presidente explica que as assembleias normalmente vêm depois da reunião do conselho local de saúde, onde funcionam pra passar ao morador as informações

⁷⁰ O Coordenador (2013) indica também os conselhos das regiões urbanas do município e o conselho municipal de saúde como espaços onde é possível discutir as ações de políticas públicas.

sobre como serão realizadas as ações. Por outro lado, Supervisor ACE Jacy (2014), Escola Municipal João Nepomuceno (2014), Ceinf São Francisco de Assis (2014), Igreja São Marcos (2014), Enfermeiro (2014) e moradores (2013) afirmaram desconhecer qualquer espaço nesse sentido, que permita aos moradores opinar sobre as ações de políticas públicas.

Canais de reclamações ou sugestões

Com relação aos canais para efetuar reclamações e sugestões, existem duas formas principais. Na primeira, o morador liga na ouvidoria da secretaria de saúde para efetuar sua reclamação, que repassa ao distrito, que repassa à unidade de saúde (Gerente, 2014; Enfermeiro, 2014; Coordenador Campo Grande, 2013). Na segunda, o morador procura a unidade básica ou os agentes para realizar a reclamação (Agente Comunitária de Saúde, 2014; Igreja São Marcos, 2014; Escola Municipal João Nepomuceno, 2014; Escola Municipal Harry Amorim Costa, 2014; Ceinf São Francisco de Assis, 2014).

“A ouvidoria SUS é o único canal de reclamação. Liga na ouvidoria, aí vem para mim, aí eu passo para pessoa que é de direito. Pra tá me respondendo. Se é uma reclamação, eu entro em contato com o morador para saber melhor o que tá acontecendo. Aí junto tudo, e faço o repasse para a secretaria, porque às vezes tem coisas que a gente não resolve aqui” (Gerente, 2014). Da segunda forma, *“reclamação a gente sempre fala pra procurar o agente, pra tá encaminhando. Eu posso até fazer, eles entregarem pra mim, a gente entrega aqui (na unidade), porque qualquer reclamação que é feita é entregue aqui”* (Agente Comunitária de Saúde, 2014). *“Eu acredito que seria mesmo pelo próprio agente de saúde, porque eles fazem um trabalho casa a casa. E do próprio posto de saúde”* (Escola Municipal Harry Amorim Costa, 2014).

Os relatos de metade dos moradores (2013) demonstram que procurariam os ACS ou a secretaria de saúde caso necessitassem de ajuda, contudo a outra metade dos moradores não soube dizer quem ou onde procurariam caso precisassem realizar uma reclamação. *“Eu sempre falo com o agente que sempre vem aqui. A gente fala com o agente o que tá acontecendo, se tem algum vizinho que tá com dengue, se não tá cuidando do quintal”* (Morador 1, 2013). *“A gente conversa muito aqui em casa, mas assim denunciar, falar...nem sei aonde que a gente procura”* (Morador 8, 2013).

Dentre aqueles que indicaram procurar o ACS ou a Sesau caso necessitassem de ajuda, dois desses moradores já efetuaram reclamações. Em ambos os casos houve uma resposta positiva da prefeitura, resolvendo o problema apontado. *“Eu já fiz. No caso foi, o caso dessa*

praça mesmo, que ela tava abandonada. Tava cheia de tampinha, de garrafa, de copinho. A gente tava cansado de ser sozinho nessa prevenção” (Morador 3, 2013).

Além da ouvidoria, unidade de saúde ou ACS, outro canal para efetuar reclamações do dengue seria através do telefone do Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) ou através dos agentes de endemias (Supervisor ACE Jacy, 2014; Coordenador Campo Grande, 2013). *“É pelo telefone do CCZ, que é 3313-5001, e os agentes... principalmente os agentes. Os agentes e o telefone do CCZ. Ou eles ligam no Centro de Controle de Zoonoses, que aí eles pegam e fazem uma solicitação lá”* (Supervisor ACE Jacy, 2014). *“Aqui no CCZ tem dois telefones, que a gente divulga isso pra população e tem a ouvidoria da Secretaria de Saúde e da Prefeitura. Todos esses canais, as pessoas fazem as suas reclamações, fazem os seus pedidos e chega pra gente”* (Coordenador Campo Grande, 2013).

Para o presidente da Associação de Moradores Jacy (2013), apenas a associação tem a capacidade de intervir junto à prefeitura ou órgãos governamentais, assim seria o canal adequado para realizar reclamações. Por fim, o Ceinf São Francisco de Assis (2014) e Escola Municipal Brigida Ferraz Foss (2014) indicam que os moradores podem estar entrando em contato com os meios de comunicação para reclamações, como televisão por exemplo. *“Eu acho que hoje em dia está tudo tão fácil. A internet, as pessoas mandam um e-mail para tv, acho que está fácil até demais. Eu acho que só não participa, só não é ativo quem não quer, realmente”* (Escola Municipal Brigida Ferraz Foss, 2014).

Discussão ou comunicação das ações

De acordo com Gerente (2014), Enfermeiro (2014), Supervisor ACE Jacy (2014), Escola Municipal Harry Amorim Costa (2014), Escola Municipal João Nepomuceno (2014), Ceinf São Francisco de Assis (2014), Associação de Moradores Jacy (2013), Igreja São Marcos (2014) e Agente Comunitária de Saúde (2014), as ações de controle do dengue estão sendo mais comunicadas do que discutidas com a população. *“Eu acho que são mais comunicadas, eu acho que não tem um espaço, não tem debate”* (Escola Municipal Harry Amorim Costa, 2014).

“Não tem muita opinião assim não, é mais o nosso trabalho dia-a-dia mesmo, o trabalho do agente” (Agente Comunitária de Saúde, 2014). *“Comunicadas. “Você tem que fazer isso e pronto”. Ninguém discute, ninguém pergunta, ninguém opina nada. É isso e pronto. É desse jeito, já vem pronto. A receita prontinha”* (Escola Municipal João Nepomuceno, 2014). *“Discussão não tem não, só é comunicada mesmo. Se fosse assim,*

tivesse mais diálogo, mais transação assim, seria mais fácil do que agora. Por exemplo, quem mora no bairro, sabe o que está acontecendo no bairro. Vai passar a dificuldade para eles, seria bem mais fácil o combate” (Igreja São Marcos, 2014).

“Mais assim comunicada, mais assim aulinha, “ah falo sobre dengue”, mas não é uma discussão aberta, uma roda de conversa. Porque assim, eu acredito muito na roda de conversa, quando tem o debate com a população. Porque a gente pensa de um jeito, a população pensa de outro” (Gerente, 2014). Para a Gerente ainda, é preciso alterar as metodologias de trabalho, de modo a incluir os moradores na discussão das ações. “As metodologias devem ser bem alteradas, a educação popular tem que estar mais ativa. O morador às vezes naquele pouco (tempo) ele me passa outro conhecimento” (Gerente, 2014).

Já a Escola Municipal Brigida Ferraz Foss (2014) não considera que as ações sejam apenas comunicadas. Na opinião da diretora, o combate ao dengue é algo tão institucionalizado já, que todas as discussões já aconteceram no passado, faltando apenas colocar em prática. *“No começo, quando começou as campanhas, que só se falava disso, foi uma campanha bem maciça. Eu acho que as dúvidas pipocaram. Aí foi o momento que houve muita troca, houve muita conversa. Acho que foi esse momento, hoje em dia, eu acho que não existe mais tanta dúvida em relação a isso. Não tem o que você ficar discutindo. A prevenção é a mesma, as suas atitudes são as mesmas, não tem como você mudar, ficar floreando” (Escola Municipal Brigida Ferraz Foss, 2014).*

Tendo em vista os pontos destacados nessa subseção, o Quadro 8 apresenta um panorama geral da descrição do bairro Jacy.

QUADRO SÍNTESE CASO JACY
Situação Jacy - Problema do dengue não controlado. Embora os agentes sejam bem aceitos nas residências, há um problema muito grande com áreas descobertas.
Trabalho ACS - Atua na atenção básica em saúde. Realiza orientações junto às famílias e controle mecânico. Necessários 18 ACS para cobertura do bairro, contudo apenas oito trabalhando.
Dificuldades ACS - Dificuldade em entrar nas residências para prestar orientações, não realização das tarefas indicadas, imóveis fechados sem morador, falta de compreensão acerca do trabalho do ACS e conflito de horários entre ACS e moradores.
Trabalho ACE - Realizam orientações junto aos moradores, vistoria e controle em terrenos baldios, comércios e outros imóveis. Não há integração com os ACS.
Motivações p/ participação da população - Moradores motivados por proteger suas famílias ou pessoas mais próximas.
Incentivaria a participação da população - Realização de mais campanhas de conscientização, maior envolvimento com as escolas, multas para quem não colaborar com o combate, mais fiscalização e orientação no dia-a-dia, dentre outros.
Coprodução em nível individual, grupal ou coletiva - Coprodução individual, nenhum morador entrevistado participou de ações coletivas.
Motivações setor público - Coprodução do dengue é a opção mais barata de combate para o governo.
Condições técnicas - Combate não poderia ser realizado sem a participação da população.
Diferenças Jacy em relação a outros bairros - Melhor condição financeira dos moradores. Dificuldade no acesso aos moradores, maior número de pendências da região.
Parceiros na implementação - Conselho local de saúde (monitoramento de atividades), Associação de moradores (intermediação interesses comunidade), Escola Harry Amorim Costa, Brigida Ferraz e João Nepomuceno (educação em saúde) e Ceinf São Francisco de Assis (educação em saúde).
Processo de implementação - Secretaria de saúde > Diretoria de assistência à saúde > Diretoria distrital > Gerente UBS > Enfermeira > ACS > Morador.
Plano de ação de combate - Apenas a gerente participou da elaboração do plano de ação (em anos anteriores).
Situações conflituosas - Não foram identificadas situações conflituosas na elaboração do plano (já que apenas a gerente participou). Já ACS e ACE tem dificuldade em trabalhar juntos, pois acreditam que parte de suas funções deveria ser desempenhada pela outra classe de agente.
Espaço de discussão com moradores - Único espaço identificado foi o conselho local de saúde. Presidente da associação de moradores é representante do bairro.
Canais de reclamações ou sugestões - Podem ser realizadas através da ouvidoria da secretaria de saúde, Ligações no CCZ, procurar a unidade básica ou um dos agentes.
Discussão ou comunicação das ações - Ações são apenas comunicadas à população.

Quadro 8 – Quadro síntese da descrição do caso Jacy
 Fonte: Elaborado pelo autor (2015).

4.5 Caso Tijuca

O Tijuca foi um dos bairros que apresentou em 2012 ‘alta incidência’ para casos de dengue no município de Campo Grande – MS (CAMPO GRANDE, 2012a). O bairro Tijuca localiza-se na região sudoeste de Campo Grande denominada ‘Lagoa’ (vide Figura 5) e conta com uma população de 14.136 habitantes (CAMPO GRANDE, 2011).

Para facilitar a descrição do caso do controle vetorial do dengue no bairro Tijuca, foi obtido junto a um supervisor dos Agentes de Controle de Endemias (ACE) um relatório que apresenta o perfil de ocupação do bairro. Os dados do relatório indicam que no bairro existem

4.876 imóveis residenciais, 479 comerciais, 506 terrenos baldios, sete pontos estratégicos⁷¹ (borracharias, reciclagem, cemitérios, etc.) e 59 outros (igrejas, centros espírita, escolas, etc.) – totalizando 5.927 imóveis no bairro.

Além do perfil de ocupação, questionou-se os moradores do bairro sobre a qualidade e regularidade na prestação de serviços públicos básicos como água, esgoto, energia e coleta de lixo. Embora no geral os moradores se mostrem suficientemente bem atendidos em relação a esses serviços, os Moradores 6, 7 e 8 (2013) indicam a ausência de um sistema de esgoto em suas residências. Da mesma forma, os Moradores 3 e 4 (2013) reclamam que deveria haver mais coleta de lixo durante a semana no bairro. “*Deveria ter mais coleta de lixo aqui diariamente. Porque aqui é muito pouco que passa, duas vezes na semana*” (Morador 3, 2013).

Nesse sentido, enquanto pesquisador é necessário fazer um comentário. Dentre os cinco bairros pesquisados, o Tijuca foi o único em que se encontrou problemas de infraestrutura mais sérios. Além da falta de asfalto em algumas partes do bairro, o principal problema observado foi a quantidade de lixo nas calçadas, praças e terrenos baldios. Esse problema foi também identificado pela Gerente da Unidade Básica da Saúde da Família (UBSF) Jardim Antártica (2014), Enfermeira Tijuca I (2014), ACS Tijuca II (2014), Supervisor ACE Tijuca I (2014), Associação de Moradores Tijuca II (2013) e Supermercado Trazzi (2014).

“*Se você passar nos terrenos baldios aqui no Tijuca, tem um monte de lixo doméstico*” (Gerente, 2014). E continua, “*tem dias certos de coleta. E eu não entendo porque isso, jogar lixo em terreno baldio, não tem explicação. É tão fácil tirar de casa, o caminhão passa e leva*” (Gerente, 2014). “*De repente tem um imóvel abandonado ali, as pessoas jogam lixo ali. Ele (lixo) não vai andando lá no mato*” (ACS Tijuca II, 2014). “*Aqui no bairro tem muito terreno vazio. Então, acaba virando depósito de lixo*” (Supermercado Trazzi, 2014).

Na implementação da política de controle do dengue no bairro Tijuca, observa-se que as ações são realizadas tanto por agentes públicos quanto privados, sendo que há uma prevalência notória de agentes públicos direcionada ao problema. Os profissionais de linha de frente ou “implementadores de rua” que interagem diretamente com os moradores em relação

⁷¹ Pontos estratégicos são considerados locais vulneráveis à proliferação do vetor, devido ao acúmulo de materiais que servem como criadouros (ANVISA, 2008).

ao combate ao dengue no bairro Tijuca são os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os Agentes de Controle de Endemias (ACE).

A motivação expressa para esses agentes públicos e seus supervisores atuarem no processo de implementação do controle vetorial do dengue é por as ações de combate fazerem parte das atribuições de seu cargo (Coordenador Campo Grande, 2013)⁷². *“Isso já é nosso, é cobrado do ACS mesmo, preconizado”* (ACS Tijuca II, 2014). *“Na verdade, é o nosso ganha pão. O nosso ganha pão. Servir como servidores públicos, como o próprio nome já fala”* (Supervisor ACE Tijuca II, 2014). *“A única parte que ele (ACS) pega do CCZ é a dengue, que a dengue também é uma atribuição do agente comunitário de saúde. Só que como eles trabalham com vários outros programas que é hipertenso, gestante e tal...essas coisas. Aí pra não sobrecarregar eles, a maior parte da dengue, a gente é que faz. Mas eles também têm que fazer”* (Supervisor ACE Tijuca II, 2014).

Trabalho ACS

Como observado, os ACS atuam no nível de atenção básica em saúde, em que observam problemas de saúde do idoso, saúde da mulher, saúde da criança *etc.*, - e nesse ínterim também tratarão com os moradores sobre o problema do dengue⁷³ (Gerente, 2014; ACS Tijuca I 2014; ACS Tijuca II, 2014; Supervisor ACE Tijuca II, 2014; Coordenador Campo Grande, 2013). As ações de combate ao dengue realizadas pelos ACS envolvem orientações às famílias sobre como evitar a reprodução do mosquito, algum controle mecânico⁷⁴ mais simples, e preenchimento do *checklist* do dengue.

“O agente comunitário de saúde não tem só dengue para fazer, ele faz toda a parte de criança, gestante, hipertenso, diabético. E orientação, leishmaniose, hanseníase, tudo ele faz” (Gerente, 2014). *“A gente fala de dengue, de leishmaniose, de tuberculose, de hanseníase. Falamos de saúde preventiva. É a prevenção. Falamos de muita coisa, a gente pesa a criança, a gente orienta idosos. Temos acompanhamento de hipertenso, diabético, tuberculoso, hanseníase, é um trabalho bem complexo”* (ACS Tijuca II, 2014). *“O agente comunitário de saúde é aquele que vai de casa a casa pra ver carteirinha de vacina,*

⁷² O Coordenador do combate ao dengue no município é o chefe do Serviço de Controle de Vetores do Centro de Controle de Zoonoses (Alcides Ferreira).

⁷³ Brasil (1997) confirma a atuação dos ACS nessa seara, prestando assistência à criança, ao adolescente, à mulher, ao trabalhador, ao adulto e ao idoso.

⁷⁴ Eliminação, remoção ou vedação de depósitos com água que possam se tornar possíveis criadouros do mosquito do dengue (FUNASA, 2001a).

hipertenso, a saúde do idoso, da mulher, essa questão. E ele tem que fazer a parte educativa da dengue” (Coordenador Campo Grande, 2013).

Como observado, além dos cuidados voltados à saúde da família, os ACS realizam orientações junto às famílias e auxiliam no controle mecânico do vetor quando possível (Enfermeira Tijuca I, 2014; Enfermeira Tijuca II, 2014; ACS Tijuca I, 2014). *“Eles fazem ação de orientação, na verdade, de combate a dengue. Sobre prevenção, controle de foco. Eles fazem a inspeção também do domicílio, eles olham o quintal, eles olham dentro da casa, toda essa parte compete a eles. E se tiverem focos, se eles encontrarem, eles têm que notificar pra gente que encontrou foco e eliminar”* (Enfermeira Tijuca I, 2014).

Os moradores (2013) do bairro confirmam o papel dos ACS na prestação de orientações sobre o combate e vistoria dos imóveis. Segundo o Morador 3 (2013), *“aqui no nosso bairro tem a moça da saúde que vem, sempre passa aqui, mas é uma vez por mês”*. De acordo com a maioria dos moradores, as visitas dos ACS para acompanhamento das ações e prestação de orientações é mensal, contudo dois moradores informaram que os agentes podem ficar vários meses sem aparecer na residência (Moradores 4 e 7, 2013). *“Olha, já teve meses...passar de sete a oito meses, porque é uma troca o tempo todo de agente de saúde. De repente você tá esperando o seu agente de saúde, aparece outro, com quase um ano aparece outro. E assim vai”* (Morador 4, 2013).

Além de orientações e controles mecânicos mais simples, os ACS preenchem um *checklist* da visita ao imóvel em relação ao dengue, que serve para gerar um relatório quantitativo de focos identificados e orientar os pontos que devem ser vistoriados (Gerente, 2014; Enfermeira Tijuca II, 2014; ACS Tijuca I, 2014; ACS Tijuca II, 2014) pelo agente. *“A gente tem um instrumento que chama checklist. São 17 figuras mostrando que se tiver no quintal aquelas figuras, essas figuras são objetos que possam acumular água. Então eles dão o checklist ali, se satisfatório, se o morador deixa tudo organizado é ‘s’ de Satisfatório, se não é ‘i’ de Insatisfatório, porém ele é orientado”* (Enfermeira Tijuca II, 2014).

A ACS Tijuca I (2014) explica que o *checklist* é preenchido normalmente durante o período de mutirão, período em que é deixado de lado os cuidados sobre atenção básica para lidar especificamente com o problema do dengue. As visitas dos mutirões costumam ser mais rápidas, pois estão voltadas à apenas um problema. Os agentes comunitários procuram remanejar entre si as microáreas de atuação durante o mutirão, para que devido à afinidade construída com seu ACS, os moradores não atrasem a visita repassando outros problemas (ACS Tijuca I, 2014).

Os ACS do Tijuca I e II ficam lotados na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) ‘Jardim Antártica’, onde contam com a supervisão de enfermeiras que direcionam as microáreas de atuação de cada um e dão orientações sobre o trabalho a ser executado⁷⁵ (Gerente, 2014; ACS Tijuca II, 2014). “*O agente comunitário de saúde tem uma área certinha. Então, quem determina o que vai ser trabalhado naquela época é o enfermeiro*” (Gerente, 2014). Além disso, as enfermeiras realizam palestras sobre assuntos diversos de saúde na própria unidade de saúde, sendo que um desses assuntos é o combate ao dengue (Gerente, 2014; Enfermeira Tijuca I, 2014; Enfermeira Tijuca II, 2014).

Ambas as equipes de agentes comunitários de saúde do Tijuca I e II ficam lotados na UBSF Jardim Antártica. Segundo a Gerente, para realizar a cobertura da área do Tijuca I são necessários 13 ACS, sendo que no momento, devido a contratações recentes o quadro está completo. Já na área do Tijuca II, seriam necessários nove ACS, no entanto apenas cinco estão trabalhando no momento (Enfermeira Tijuca II, 2014). De acordo com Enfermeira Tijuca I (2014) e Enfermeira Tijuca II (2014), essas áreas estão descobertas em função de pedidos de exoneração, aposentadoria ou atestado médico prolongado. A Associação de Moradores Tijuca II (2013) confirma a ausência de ACS ativos no bairro, em que segundo o presidente, “*há bastante tempo não vê, não assiste a presença de nenhum tipo de agente na rua, fazendo algum tipo de trabalho*”.

Dificuldades trabalho ACS

Algumas dificuldades poderiam justificar a rotatividade observada entre os agentes comunitários de saúde do Tijuca, dentre essas: (1) excesso de peso nas mochilas caso estejam carregando todo o material preconizado; (2) falta de materiais para a execução do trabalho; (3) o desgaste do trabalho sob sol quente, sem a utilização de protetor solar e com o uniforme desgastado; (4) a baixa remuneração paga aos ACS.

A Enfermeira Tijuca I (2014) indica o peso excessivo da mochila como um dos fatores que causam desgaste do ACS, caso carregue todo o material preconizado. A ACS Tijuca I aponta a ausência de materiais para a própria execução do serviço. Além disso, afirma que a prefeitura não cede qualquer protetor solar para protegê-los diariamente do sol (Enfermeira Tijuca I, 2014; ACS Tijuca I, 2014; ACS Tijuca II, 2014), bem como o uniforme que deveria protegê-los, está desgastado (ACS Tijuca II, 2014).

⁷⁵ O enfermeiro (a) tem a função de atuar como instrutor / orientador das atividades a serem realizadas pelos ACS (SAKATA, 2009).

Por fim, o baixo salário pago aos agentes foi apontado como um fator desmotivador (Gerente, 2014; ACS Tijuca I, 2014; ACS Tijuca II, 2014). Nas palavras da Gerente (2014), *“eu acho que o agente comunitário mal remunerado é um fator. Acho que falta de incentivo financeiro para o agente comunitário, acaba afetando um pouquinho o trabalho deles. Poderia ser um pouco mais valorizado”*.

No que se refere às dificuldades encontradas pelos ACS no controle do dengue, identificou-se: (i) moradores que não deixam os ACS entrarem em suas casas para prestar orientações (Gerente, 2014; Enfermeira Tijuca I, 2014; ACS Tijuca I, 2014; ACS Tijuca II, 2014; Coordenador Campo Grande, 2013); (ii) apesar das orientações, alguns moradores não realizam as tarefas de limpeza ou controle indicadas pelos agentes (Gerente, 2014; Enfermeira Tijuca I, 2014; Enfermeira Tijuca II, 2014; ACS Tijuca I, 2014; Coordenador Campo Grande, 2013); (iii) imóveis fechados sem qualquer morador (Enfermeira Tijuca I, 2014; Coordenador Campo Grande, 2013); (iv) conflito de horários entre ACS e moradores, que normalmente estão trabalhando na hora da visita (Enfermeira Tijuca I, 2014; Associação de Moradores Tijuca I, 2013); (v) falta de entendimento das atribuições do agente em relação ao combate (Enfermeira Tijuca I, 2014; ACS Tijuca I, 2014).

“Entra em todos os imóveis, só não entra naquele que tem recusa, que o morador não aceita mesmo” (Enfermeira Tijuca I, 2014). *“O morador tem que receber o agente, acompanhá-lo na visita e depois seguir essas orientações básicas que é do seu dia a dia”* (Coordenador Campo Grande, 2013). *“Tem morador que não abre nem a porta. Por exemplo, diz “não, eu não preciso que você entre na minha casa”. Tem esse lado. Acho que a dificuldade maior é a rejeição, mas acho que isso ainda é minoria. A dificuldade maior é, por exemplo, entra, aceita a orientação, mas não faz. Essa, eu acho a maior dificuldade, o entrave. Na saúde pública, acho que isso é o meio geral assim, que dá certo desânimo na gente é isso”* (Gerente, 2014).

“O morador ainda tem a visão de quem tem que inspecionar o quintal dele é o agente, não é o próprio morador. Uma visão errada. A gente vai fazer esse mutirão mesmo, aí vai falar “ainda bem que vocês chegaram pra limpar meu quintal”. Não é essa nossa orientação, a gente tá lá pra orientar. Outra parte também que é um problema são os imóveis fechados. Aqui muita gente trabalha nos horários que a gente passa. Então a gente encontra muito imóvel fechado. Isso é um problema também. E aqueles que não gostam de receber ninguém em casa. Não abre de jeito nenhum, então isso é complicativo” (Enfermeira Tijuca I, 2014).

“E o horário de serviço das unidades é justamente no horário que você (morador) não se encontra. Então essa é a nossa dificuldade” (Associação de Moradores Tijuca I, 2013).

A Enfermeira Tijuca II (2014) explica que em situações de imóveis fechados onde os moradores não se encontram naquele momento na residência, é possível combinar um horário alternativo no final de semana, para que o agente “recupere a residência visitada”. Nessa situação, ao agente comunitário de saúde é concedida uma folga de igual período durante a semana.

Situação bairro Tijuca

Apesar das dificuldades identificadas na subseção anterior, as Enfermeiras Tijuca I e II (2014) afirmam que os agentes comunitários de saúde são bem aceitos nas residências, contudo, o maior problema para elas são os moradores que não acatam as orientações (conforme já foi demonstrado). *“Nunca nos trataram mal. Mas a gente percebe que é só a gente virar as costas, volta aquele comportamento, o mesmo comportamento”* (Enfermeira Tijuca II, 2014).

Nesse sentido, o Coordenador (2013) comenta que foi realizada uma pesquisa com a população de Campo Grande para conhecer a parcela da população que tinha conhecimento dos métodos de combate e a parcela da população que realizava ações de controle em suas residências. *“Em 2007, depois da epidemia, pediu-se para o Ministério da Saúde fazer um levantamento em Campo Grande...92% da população pesquisada, ela tinha conhecimentos sobre a dengue e sobre as formas de controle, 10% apenas desses 92% é que realizavam alguma ação. Isso é muito pouco ainda”* (Coordenador Campo Grande, 2013).

Com relação à incidência de dengue no bairro, a Gerente (2014), a Enfermeira Tijuca I (2014), a Enfermeira Tijuca II (2014), o Supervisor ACE Tijuca I (2014), a ACS Tijuca I (2014) e a ACS Tijuca II (2014) afirmam que o Lira do Tijuca é ‘preocupante’, mas não está tão alto quanto nos anos anteriores. *“Igual esse ano mesmo, teve casos, está tendo casos, mas é bem menos. No ano passado, deu para contar quem não teve”* (ACS Tijuca I, 2014). *“Graças a Deus, em relação à incidência, a gente está num patamar menor...já estivemos num patamar bem alto”* (ACS Tijuca II, 2014). Contudo, a Gerente (2014) afirma que dentre os bairros da região, o Tijuca ainda é o bairro com maior incidência do dengue.

O Supervisor ACE Tijuca I (2014) afirma que foram encontrados apenas no mês de janeiro de 2014, 97 focos de dengue num total de 2.621 imóveis sob sua supervisão. Contudo explica que há uma subnotificação de focos de dengue no bairro, principalmente em

decorrência do desencontro com os moradores no momento da pesquisa do Lira (1.032 imóveis encontravam-se fechados). Isso acontece, pois na situação de não haver morador na residência a ser pesquisada, os agentes procuram outra que o morador esteja disponível. Segundo ele, essas residências que não se encontra o morador são aquelas onde estão o maior número de focos. *“Devido a pesquisa, horário...nunca vai no imóvel acha, devido o imóvel tá fechado. A gente sempre acha que o morador tá em casa, mas não tá. O Lira não mostra a realidade”* (Supervisor ACE Tijuca I, 2014).

Da mesma forma, o Coordenador (2013) explica que o número de incidência nos bairros é feita por amostragem, assim às vezes pode estar tudo bem em uma casa, mas a do lado ter focos. Explica também que a ausência de foco, não quer dizer ausência de possibilidades de foco. Como a larva sobrevive mais de um ano nos recipientes, quando começa o período de chuvas, pode ser que aquele bairro que não tinha focos, aumente em número de casos. *“Então é tudo relativo. É uma amostragem, então às vezes ele dá incidência zero e às vezes não tem caso...mas daqui a pouco começa a chover, começa a aparecer os casos, começa a aumentar a incidência. Então isso é relativo”* (Coordenador Campo Grande, 2013).

Essa situação do dengue não estar controlado no bairro Tijuca pode ser observada através do número de casos identificados junto aos moradores (2013). Dentre os oito moradores participantes da pesquisa, apenas em duas ocorrências houve identificação negativa de dengue em algum morador da residência⁷⁶. Questionados se consideram o dengue um problema de saúde pública no bairro, aqueles moradores que tiveram casos de dengue na família afirmaram que ‘sim’, consideram o dengue como um problema de saúde pública. Por outro lado, aqueles moradores que não tiveram casos de dengue na família afirmaram que ‘não’, não consideram o dengue como um problema de saúde pública no bairro.

Trabalho ACE

Os Agentes de Combate a Endemias (ACE), assim como os ACS, realizam orientações junto aos moradores com relação ao combate ao dengue (Enfermeira Tijuca I, 2014; Supervisor ACE Tijuca I, 2014; Supervisor ACE Tijuca II, 2014; ACS Tijuca I, 2014). *“São dois trabalhos, que eu expliquei, um (ACS) faz o controle de saúde da família, o outro (ACE) controle mecânico e eliminação de possíveis criadouros da dengue. É mudança de*

⁷⁶ Interessante apontar que a diretora da Escola Municipal Brigida Ferraz Foss do bairro Jacy afirmou ser moradora do bairro Tijuca, onde disse ter sido infectada pelo mosquito do dengue duas vezes.

hábito, os dois fazem o mesmo trabalho, orientar. Só que cada tem sua visão, ele tem sua meta pra cumprir, o outro tem a sua” (Supervisor ACE Tijuca I, 2014).

É necessário apontar que não existe ‘integração’ entre ACE e ACS no bairro. Segundo a Gerente, a integração é alocar o ACE na unidade de saúde, onde trabalha conjuntamente com os ACS. Embora não exista a integração tal qual era esperado de Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), as demandas dos ACS são apoiadas pelos ACE (Supervisor ACE Tijuca I, 2014; Supervisor ACE Tijuca II, 2014; ACS Tijuca I, 2014). Segundo a Enfermeira Tijuca I (2014) e ACS Tijuca I (2014), as duas categorias de agente tentam trabalhar conjuntamente, repassando informações e apoiando um ao outro.

“Aqui a gente tenta trabalhar em conjunto. O chefe deles vem aqui. Então, a gente tenta trabalhar assim, é diferente das outras unidades” (ACS Tijuca I, 2014). *“A gente trabalha com as unidades, as equipes”* (Supervisor ACE Tijuca I, 2014). *“A gente trabalha integrado com eles. Se às vezes algum problema que eles veem lá na casa que eles visitam, eles passam pra gente. Que algumas coisas eles não fazem. Por exemplo, tratamento, eles não fazem, aí eles passam pra gente”* (Supervisor ACE Tijuca II, 2014).

Sobre a integração entre ACS e ACE, o Coordenador (2013) explica que *“o Ministério da Saúde, em 2010 para 2011, saiu uma portaria⁷⁷ pedindo a integração do agente de controle de endemias dentro do Programa de Saúde da Família. Então nós temos já 18 áreas de abrangência em Campo Grande onde tem o agente de controle de endemias dentro da estratégia de saúde da família. Então ali eles já tão trabalhando junto e incentivando mais o agente comunitário a dentro das residências ele tá vendo a questão dos depósitos, questão de orientação”* (Coordenador Campo Grande, 2013).

Além de orientações com os moradores, os ACE realizam: (1) vistoria em imóveis fechados sem morador; (2) controle mecânico de possíveis focos do mosquito; (3) vistoria em comércios, terrenos baldios e pontos estratégicos, em que procuram observar possíveis criadouros para o mosquito do dengue; (4) resolução de situações críticas repassadas pelas enfermeiras e ACS; (5) utilização de métodos de combate indisponíveis aos ACS, como os larvicidas; (6) realização do Levantamento de Índice Rápido (Lira), pesquisa para conhecimento da situação de cada bairro e direcionar ações de acordo com o caso.

⁷⁷ Portaria n. 1.007, de 4 de maio de 2010, define critérios para a incorporação dos agentes de combate às endemias nas equipes de saúde da família (BRASIL, 2010).

“Tem imóvel particular que tá fechado. O que tá pra aluguel e venda que tá na imobiliária, nós temos uma parceria com o sindicato dos imobiliários. Vai uma equipe nossa, pega a chave e trabalha isso lá...vai lá olhar, ver se tá tudo ok, vedar vaso sanitário, ralo. Então as casas pra aluguel e venda, a gente já tem um trabalho implantado” (Coordenador Campo Grande, 2013). *“Denúncia de imóvel abandonado é tudo encaminhado, acaba vindo pra nossa mão aqui. A gente tem que primeiro ver, pra depois encaminhar pra ter a solução”* (Supervisor ACE Tijuca I, 2014). *“Aqui a gente trabalha em equipe, faz o controle mecânico. Que significa? Eliminar os possíveis depósitos e criadouros que a gente acha”* (Supervisor ACE Tijuca I, 2014).

“A gente trabalha na visita domiciliar, orientação. A gente faz vistoria das residências. Fora, dentro das casas, terreno, quintais, terreno baldio, comércio, locais públicos, creche, posto de saúde. Enfim, geral. A gente faz o controle mecânico que é eliminação de depósito, possíveis depósitos. A gente faz tratamento também quando a gente encontra já as larvas. Quando não é possível eliminar, a gente faz o tratamento. Basicamente é isso” (Supervisor ACE Tijuca II, 2014). *“A diferença, na verdade, é que o ACE, ele faz o controle químico, que a gente não faz. Eles tratam. E eles entram em terreno baldio e comércio que a gente não entra”* (Enfermeira Tijuca I, 2014). Além disso, os agentes de endemias fazem o Lira, pesquisa que o CCZ utiliza para conhecer a situação de cada bairro (Gerente, 2014).

A Gerente (2014) e Enfermeira Tijuca I (2014) afirmam que essas atribuições do ACE já foram, no passado, atribuições dos ACS. Eram os agentes comunitários de saúde os responsáveis por orientar, realizar o controle mecânico e o tratamento de possíveis focos. *“Teve uma época que a gente fazia tudo, depois que separou”* (Enfermeira Tijuca I, 2014). *“O agente comunitário de saúde fazia toda a parte química, a parte de administração mecânica. Se tinha uma piscina, era o agente comunitário que tratava”* (Gerente, 2014).

Motivações da participação da população

Questionados sobre o que leva a população a colaborar e participar das ações de combate, os agentes públicos e privados afirmam que os moradores são motivados quando há relatos de casos e mortes por dengue na região, onde pensam que hoje a pessoa que morre pode ser alguém distante mas da próxima vez pode ser um amigo ou parente (Gerente, 2014; Enfermeira Tijuca I, 2014; Enfermeira Tijuca II, 2014; ACS Tijuca I, 2014; ACS Tijuca II, 2014; Supervisor ACE Tijuca I, 2014; Supervisor ACE Tijuca II, 2014; Associação de

Moradores Tijuca I, 2013; Escola Estadual Blanche dos Santos Pereira⁷⁸, 2014; Escola Estadual Aracy Eudociak⁷⁹, 2014; Comunidade São Paulo Apóstolo, 2014; Coordenador Campo Grande, 2013).

“A maioria da população brasileira já teve dengue e casos de dengue hemorrágica, então isso é um fator que faz com que a população participe” (Escola Estadual Blanche dos Santos Pereira, 2014). *“Tem pessoas que já tem consciência do problema. Que geralmente, ou já tiveram doenças da dengue, no caso ou conhece alguém que teve. Então isso aí sensibiliza a pessoa. A pessoa, automaticamente ela se policia, cria uma consciência né? Aí ela ajuda. Então isso aí é o que, geralmente, é o que motiva as pessoas a nos ajudar. Geralmente quando a pessoa nunca teve problema, ela acha que nunca vai ter né? Aí é aonde que ela não coopera. Basicamente é isso”* (Supervisor ACE Tijuca II, 2014).

“As pessoas se conscientizam diante da dor ou de uma necessidade, no caso da dengue, a partir da doença. Muitos já passaram ou senão particularmente falando, alguém da família passou já pela condição da doença. Então sentiu na pele as consequências que a dengue traz. Então vendo diante do sofrimento, das consequências aí dessa doença, as pessoas acabam aderindo a essa campanha” (Comunidade São Paulo Apóstolo, 2014). *“Só uma pessoa que teve na sua residência alguém que passou por esse sofrimento de ter a infelicidade de ser picado pelo mosquito da dengue e saber o transtorno que ela traz, que ele se preocupa. Caso contrário não. Tem que viver na pele. Isso que eu vejo”* (Associação de Moradores Tijuca I, 2013).

“Quando dói alguma coisa, quando acontece um caso grave. Aí a população dá uma assustada, você pode perceber, se acontecer um caso grave numa quadra, a população ao redor começa a ficar mais atenta, a participar mais” (Gerente, 2014). *“Sempre quando morre alguém, eles ficam um pouquinho engajados. Isso impacta eles, é morte...só isso. E quando tem, por exemplo, casos na família, alguém pegou, a pessoa fica um pouquinho mais temerosa e se cuida mais, cuida do seu quintal”* (Enfermeira Tijuca II, 2014).

“Olha, dizem que a gente só troca a fechadura depois que a casa é arrombada...então, antes que aconteça com você, você tem que estar orientando, informando. No meu entender o que nós temos que fazer é isso aí, a comunidade estar acordando, está vendo que estão

⁷⁸ A Escola Estadual Blanche dos Santos Pereira participa da pesquisa, pois foi identificada como uma parceira das ações de combate ao dengue no bairro. A entrevista foi realizada com o supervisor educacional da escola.

⁷⁹ A Escola Estadual Aracy Eudociak participa da pesquisa, pois foi identificada como uma parceira das ações de combate ao dengue no bairro. A entrevista foi realizada com a coordenadora pedagógica da escola.

perdendo pessoas, vizinhos estão indo embora, por causa da dengue” (ACS Tijuca II, 2014). “Eles estão se conscientizando porque de repente perdeu um amigo, perdeu um parente ou porque acontece aqui do lado “minha vizinha”. Aí, as pessoas estão se conscientizando” (ACS Tijuca II, 2014).

“Essa população ela não tem se engajado ainda. Só no período da epidemia quando ela vê que o parente tá doente, um filho, um irmão, sei lá, alguém da família pegou dengue. Aí ele começa a fazer, começa a ligar, começa a denunciar o vizinho, denunciar não sei quem. Mas a hora que acalma, a dengue é isso... ela vem explode, depois ela baixa...a população esquece. A gente não conseguiu ainda, já tentou todos os formatos (de combate), até agora não é toda a população como um todo que se engaja” (Coordenador Campo Grande, 2013).

“Foram as grandes epidemias...2007, 2012 foram as maiores que a gente percebeu. Então acho que isso assustou a população. Então, isso é uma coisa que a gente percebe. Quando você tem um ano de epidemia, muitos casos, que tem vários óbitos, no outro ano a gente quase não tem. Vem aquele medinho de ver que morreu tanta gente ano passado. Acho que eles cuidam mais. Aí esse ano já não tem, parece que o pessoal dá uma relaxada, pode esperar que para o ano que vem vai ter de novo” (Enfermeira Tijuca I, 2014). E continua, “a gente até brincou, quando começar janeiro você já tem que colocar uma notícia “morreu não sei quantos por dengue”, porque daí a pessoa cuida. Elas falam “elas estão morrendo, eu vou cuidar”. Esse é o importante, é o medo mesmo. Você tem que chocar a pessoa para ela despertar. Se você ficar muito simpático, as pessoas não se conscientizam” (Enfermeira Tijuca I, 2014).

De fato, as narrativas dos agentes públicos e privados coincidem com as afirmações dos moradores. Para os moradores (2013), a principal motivação para realização do controle do dengue é evitar a doença em sua família e vizinhança. Questionados se existe algo que os desmotiva a realizar o combate, cinco dos moradores entrevistados afirmaram não haver situação que os faça desanimar. Por outro lado, três moradores afirmaram se sentir desanimados quando percebem que não há interesse das outras pessoas em colaborar, como vizinhos por exemplo. *“Desanima porque a gente cuida da casa da gente, mantém tudo limpinho e o vizinho não mantém. Não adianta eu manter minha casa limpa se o vizinho ali não mantém” (Morador 3, 2013).*

O que incentivaria participação da população

Os participantes da pesquisa deram algumas opiniões sobre o que incentivaria uma maior participação da população nas ações de combate. Foram mencionadas: (i) obrigar os proprietários de terrenos baldios a limpar seus terrenos (Morador 7, 2013); (ii) realização de mais eventos e campanhas de conscientização junto aos moradores (Enfermeira Tijuca I, 2014; Escola Estadual Blanche dos Santos Pereira, 2014; Associação de Moradores Tijuca II, 2013); (iii) mais propagandas veiculadas em meios de comunicação (Enfermeira Tijuca II, 2014; Associação de Moradores Tijuca II, 2013); (iv) poderia haver maior envolvimento com as escolas (Enfermeira Tijuca I, 2014); (v) poderia haver mais fiscalização e orientação no dia-a-dia pelos agentes (Supervisor ACE Tijuca I, 2014); (vi) poderia multar quem não realiza ações de combate ao dengue na residência (Gerente, 2014; Supervisor ACE Tijuca II, 2014; ACS Tijuca II, 2014; Associação de Moradores Tijuca II, 2013; Comunidade São Paulo Apóstolo, 2014; Moradores 1, 3, 4 e 8, 2013).

“Acho que tem que punir o que faz errado. Acho que, por exemplo, esses terrenos que tá aí não tem dono, tem que limpar, não é verdade? Porque olha, tanto terreno baldio tudo sujo aí, ninguém faz nada” (Morador 7, 2013). Já para a Enfermeira Tijuca II (2014), deveriam haver mais propagandas nos meios de comunicação em massa para divulgação do combate, devido ao seu alcance. *“Porque eu acho que os meios de comunicação, a mídia em si tem grande impacto e um alto alcance. Eles podiam colocar mais propagandas no rádio, na televisão”* (Enfermeira Tijuca II, 2014).

Da mesma forma, a Enfermeira Tijuca I (2014), Escola Estadual Blanche dos Santos Pereira (2014) e Associação de Moradores Tijuca II (2013) indicam que campanhas de conscientização têm efeito de estimular a população a participar, principalmente quando aliadas as escolas. *“Eles pegam os bairros, daí o bairro inteiro entra nessa história de limpar, cuidar. Então isso é legal. Existem sim, acho que existem formas de mobilizar nesse sentido. Com gincana, educação, indo nas escolas, porque os alunos ajudam muito. A gente percebe bem claro isso. Então ajuda, isso são multiplicadores na verdade”* (Enfermeira Tijuca I, 2014).

Outra forma de estimular a participação popular seria através de mais fiscalização e orientação pelos agentes no dia-a-dia, como observado pelo Supervisor ACE Tijuca I (2014), *“eles têm que aumentar o efetivo, a cobrança”*. Por fim foram indicadas ‘multas’, como forma de estimular a população a se engajar nas ações de combate (Gerente, 2014; Supervisor ACE Tijuca II, 2014; ACS Tijuca II, 2014; Associação de Moradores Tijuca II, 2013; Comunidade São Paulo Apóstolo, 2014; Moradores 1, 3, 4 e 8, 2013). *“Se comessem a cobrar essas*

irregularidades assim, de repente quando pegar no bolso, o negócio fica mais fácil” (ACS Tijuca II, 2014). *“Tem que multar mesmo, multar quem suja. Ver jogando lixo, chamar alguém, multar, pegar a placa do carro, multar. É o único jeito. Doendo no bolso”* (Gerente, 2014). *“Porque se multasse, na realidade não haveria tanto lixo”* (Morador 4, 2013).

De acordo com o Coordenador (2013), já foram realizadas várias tentativas de mobilizar a população para as ações de combate, no entanto, nenhuma se mostrou satisfatoriamente eficaz. *“Ao longo dos tempos, a gente foi mudando a forma de...mas nenhuma mostrou ainda um resultado satisfatório mesmo...que você possa "vamo emplacar essa, que vai emplacar". Atinge uma parte da população, a grande maioria não se mobiliza, não se incomoda”* (Coordenador Campo Grande, 2013).

Coprodução em nível individual, grupal ou coletivo

Os moradores do bairro Tijuca se mostram individualistas frente à situação do dengue, onde não apresentam a mesma disponibilidade para cuidar de sua residência e do bairro (Gerente, 2014; Enfermeiras Tijuca I e II, 2014; Supervisores ACE Tijuca I e II, 2014; Associações de Moradores Tijuca I e II, 2013; Escola Estadual Blanche dos Santos Pereira, 2014; Escola Estadual Aracy Eudociak, 2014; Comunidade São Paulo Apóstolo, 2014; Supermercado Trazzi, 2014; Coordenador Campo Grande, 2013). *“Ninguém quer participar do conjunto, é mais individualista, tem que mudar isso aí. Trabalhar os jovens, que os velhos não mudam mais não”* (Supervisor ACE Tijuca I, 2014).

“Esse é o mau da nossa sociedade, eu meu preocupo com aquilo que me diz respeito e deixo de me preocupar com o outro. Às vezes eu ainda não passei pela realidade da doença, não tomo consciência da importância da prevenção. E aquilo acaba afetando muitas vezes, não ali, mas o vizinho, alguém que mora ao lado, próximo. Então falta essa conscientização da coletividade, a consciência da coletividade, não só a preocupação com o eu, a preocupação com a minha família, mas também aqueles que me circundam, aqueles que estão ao meu redor” (Comunidade São Paulo Apóstolo, 2014). *“São mais individualistas. A gente fez uma passeata, sabe quem foi na passeata? Nós funcionários. Todos os funcionários. Ficou um de cada categoria no posto, o resto foi tudo pra rua”* (Enfermeira Tijuca II, 2014).

“Tem gente que acha que o poder público é que tem que fazer isso na nossa casa. Quem participa no bairro é um número muito pequeno, um número muito pequeno. Aí é o ponto, que se a gente conseguisse que essa população tivesse uma participação maior. E falo isso porque assim, a gente faz eventos em alguns bairros, em algumas regiões ou na área

central e você vê que a participação é muito pouca. A população é assim, enquanto você não oferecer nada pra ele, ele não tem interesse...ele quer algo que ele tenha algo em troca, ele quer ganhar alguma coisa. E nesse momento o que você tá proporcionando, na verdade é conhecimento. Mas parece que não é interesse da grande maioria e aí você consegue muita pouca adesão” (Coordenador Campo Grande, 2013).

Os participantes explicam que embora os moradores não colaborem com o combate em ações mais amplas na comunidade, eles ficam atentos à conduta de vizinhos ou outros moradores (Enfermeira Tijuca I, 2014; ACS Tijuca II, 2014; Supervisor ACE Tijuca II, 2014; Escola Estadual Blanche dos Santos Pereira, 2014). *“No geral é individualista. Ele se preocupa com o terreno baldio que tá na frente da casa dele. O quintal da frente da casa do outro vizinho...geralmente é o ser humano”* (Supervisor ACE Tijuca II, 2014). *“Na realidade, no cotidiano, no dia-a-dia, nas visitas que você vai, as pessoas “minha casa, meu quintal aqui está tudo perfeito, você mesmo verificou, que não depósito, não tem nada. Mas a fulana é assim. Mas em tal lugar é assado””* (ACS Tijuca II, 2014).

Com relação a ações de combate ao dengue na comunidade, metade dos moradores participantes afirmou ver ações em andamento sendo executadas pelos agentes públicos, mas nenhum dos moradores participou dessas ações. *“Da população não. Aqui não. Só mesmo os agentes de saúde que passam”* (Morador 6, 2013). Os moradores justificaram sua não participação pelos motivos de: (i) ausência de agentes articuladores no bairro para promover essas ações (Moradores 4, 7 e 8, 2013) e (ii) falta de vontade ou desinteresse em participar dessas ações (Morador 6, 2013). Os moradores (2013) restantes não conseguiram atribuir motivo para a não participação.

Motivações: setor público ou condições econômicas

Para Gerente (2014), Enfermeira Tijuca I (2014), ACS Tijuca II (2014), Supervisor ACE Tijuca I (2014), Comunidade São Paulo Apóstolo (2014), Escola Estadual Blanche dos Santos Pereira (2014) e Associação de Moradores Tijuca I (2013), a motivação do setor público em realizar ações de controle do dengue é devido à prevenção ser uma opção mais barata economicamente do que a despesa com tratamento de pacientes. *“Tem a questão financeira, sem dúvida nenhuma, porque é gasto muito dinheiro anualmente em decorrência da doença causada pela falta de prevenção”* (Comunidade São Paulo Apóstolo, 2014).

“E a doença, quanto que o poder público gasta de dinheiro para curar, ao invés de prevenir? É muito mais barato. Se você parar e pensar, poderia até se investir mais em

prevenção. Custo de internação sai muito mais alto, eu acho que o governo pensa mais ou menos por aí” (Gerente, 2014). “É muito mais fácil a gente investir em educação, em prevenção, do que no tratamento. O tratamento é muito caro. E as pessoas vão a óbito mesmo. Morrer por dengue hoje chega a ser sacanagem. Então compensa investir em saúde pública, compensa investir na prevenção” (Enfermeira Tijuca I, 2014).

Na opinião da Enfermeira Tijuca I (2014) e Supermercado Trazzi (2014), não apenas o gasto com tratamento é reduzido, mas o próprio gasto com o combate também. *“Não tem verba. O governo não tem verba para fazer tudo. Não dá. Imóvel fechado, não entra. Imóvel para alugar, você precisa de chaveiro, você precisa de autorização judicial para você abrir a casa, para você colocar um chaveiro lá dentro” (Enfermeira Tijuca I, 2014). “Para o governo é despesa, então fica mais barato para ele incentivar a pessoa a combater” (Supermercado Trazzi, 2014).*

Já para Enfermeira Tijuca II (2014), ACS Tijuca I (2014), Supervisor ACE Tijuca II (2014) e Coordenador Campo Grande (2013), o governo precisa da ajuda da população, devido a sua incapacidade de atuar sozinho no combate ao dengue. *“Porque se for só do poder público, não tem como. É pouca gente, então tem que juntar todo mundo. Só um não consegue. A população tem que agir. E só ele (governo) não vai, não tem como” (ACS Tijuca I, 2014). “Porque nós sozinhos não damos conta” (Enfermeira Tijuca II, 2014). “A população é o protagonista. O combate a dengue é o povo. O governo pode fazer o que for, mas se a população não conscientizar e participar de fato, efetivamente. É difícil” (Supervisor ACE Tijuca II, 2014).*

Condições técnicas

Nesse sentido, entende-se que o combate não poderia ser realizado sem a participação da população (Gerente, 2014; Enfermeira Tijuca I, 2014; Supervisores ACE Tijuca I e II, 2014; ACS Tijuca I e II, 2014; Supermercado Trazzi, 2014; Associação de Moradores Tijuca I, 2013; Coordenador Campo Grande, 2013). Considera-se que o governo tem sua parcela de contribuição, mas se a população evitasse deixar lixo e recipientes com água a céu aberto, melhoraria a situação do dengue no bairro.

“Porque se for só do poder público, não tem como. É pouca gente, então tem que juntar todo mundo. Então assim, eu acho que eles batem muito assim, juntos, todos nós juntos, consegue combater. Só um não consegue” (ACS Tijuca I, 2014). “Porque não pode

ficar só nas costas de um, ou só de uma classe. Então, quer dizer, a população tem que estar presente sim. É importantíssima a população nesse combate” (ACS Tijuca II, 2014).

“Se nós fizéssemos a nossa parte, o vizinho do terreno baldio a parte dele, o governo a parte dele, não teria dengue” (Supermercado Trazzi, 2014). *“Porque só o poder público indo lá diariamente não tem resolvido isso, já é histórico, a gente tem estudo sobre isso. Então é preciso que a população se engaje, se ela não se engajar, você sozinho você vai apagar o fogo”* (Coordenador Campo Grande, 2013).

De fato, os moradores (2013) afirmaram auxiliar no combate ao dengue realizando limpeza e evitando deixar acumular água em estruturas presentes em suas residências. No entanto, a maioria dos moradores não conseguiu identificar outras formas de participação além daquelas que já executam, o que poderia ser um indicativo da necessidade (e dependência) das orientações realizadas pelos agentes públicos. Apenas o Morador 8 (2013) apontou, que poderia *“tá conversando com os amigos, com os parente tudinho da importância dos riscos que corre”*.

Diferenças do Tijuca em relação a outros bairros

É possível observar diferenças entre os moradores do Tijuca em relação à população de outros bairros da região. Segundo a Gerente (2014) e a Enfermeira Tijuca II (2014), o Tijuca é um bairro em que a população tem menos condições financeiras e instrução em relação a outros bairros da região. Apesar da falta de instrução, a Enfermeira Tijuca II (2014) afirma que não falta conhecimento de como fazer o combate, contudo as pessoas não o fazem por “relaxismo”.

Outra dificuldade no bairro é a vistoria em casas fechadas, que estão nessa situação devido à venda, aluguel, construção ou aos moradores estarem em horário de trabalho (Supervisores ACE Tijuca I e II, 2014; Associação de Moradores Tijuca I, 2013). *“Agora com essa explosão aí que tá de construção de casa nova. A maioria dessas casas aí, a pessoa é casal, a pessoa trabalha o dia todo. A gente não consegue entrar. Então tem muito isso também, a gente encontra muita casa fechada”* (Supervisor ACE Tijuca II, 2014). O Supervisor ACE Tijuca II (2014) afirma que se não trabalhado em horário alternativo, a pendência de casas sem vistoria ficaria em torno de 40%. Índice próximo ao informado pelo Supervisor ACE Tijuca I (2014), que dentre 2.621 imóveis sob sua supervisão, 1.032 encontravam-se fechados.

Uma questão crítica observada no Tijuca é o lixo, não apenas em relação a quantidade de materiais acumulados nas casas, mas também devido ao descarte irregular em terrenos baldios, apesar de funcionar o serviço de coleta (Gerente, 2014; Enfermeiras Tijuca I e II, 2014; ACS Tijuca II, 2014; Associação de Moradores Tijuca II, 2013; Supermercado Trazzi, 2014). *“É uma questão muito crítica. As pessoas, agora virou moda virarem coletores. Eles pegam, separam a latinha, eles separam as pets. Olha, é terrível. As pessoas, cada qual tem o seu montinho em casa. Assim, não são todos, mas existem”* (ACS Tijuca II, 2014).

“Na Tijuca tem muito terreno baldio e tem muita casa que são catadores de lixo, esse é o problema” (Enfermeira Tijuca II, 2014). *“Se você passar nos terrenos baldios aqui no Tijuca, tem um monte de lixo doméstico. Dá vontade de pagar um caminhão e botar lá pra limpar”* (Gerente, 2014). *“Aqui no bairro tem muito terreno vazio. Então, acaba virando depósito de lixo. Mas tem pessoas que gostam de jogar muito lixo no terreno dos outros”* (Supermercado Trazzi, 2014).

Nesse sentido, a ACS Tijuca II (2014) relata uma situação em que quase foi agredida por tentar fazer com que uma pessoa não jogasse lixo no terreno baldio. *“Que nem nesses tempos atrás, o carroceiro quase me agrediu porque eu fui pedir para ele não jogar lixo num quintal vazio. E ele falou que ali era área da prefeitura. Aí, ele começou a falar mal do prefeito, eu falei “então, você vai lá falar para ele. Agora você acha que os moradores aqui do lado têm culpa disso? Agora imagina a sua casa como é que é”. Você precisa ver como ele foi agressivo comigo, eu vi a hora dele pegar a pá e meter em mim”* (ACS Tijuca II, 2014).

Importante destacar que aparentemente o bairro se mostra perigoso, exemplo disso foi o que aconteceu durante a entrevista com a diretora da Escola Estadual Blanche dos Santos Pereira (2014). A entrevista teve que ser interrompida e continuada com o supervisor educacional da escola. Isso aconteceu devido a uma mãe ter procurado a diretora no momento da entrevista para falar que um homem, maior de idade, tinha ido a casa dela no dia anterior e dito que iria voltar ao final da aula para matar a filha dela. Se isso aconteceu num período tão curto da entrevista, provavelmente o problema de segurança pública no bairro é muito grave.

A Enfermeira Tijuca II (2014), Supervisor ACE Tijuca I (2014) e ACS Tijuca II (2014) afirmam ser comum conviver com situações perigosas como a citada, principalmente em relação ao número de usuários de drogas presentes no bairro. *“O que faltava melhorar aqui é o policiamento, acabar com esse usuário, acabar com a droga. Que o corredor aqui é*

nervoso, o que você vê de família destruída por aí. Povo usando descaradamente na rua” (Supervisor ACE Tijuca I, 2014).

“Aqui no Tijuca, os viciados eles não escondem que são viciados, eles fumam na calçada. Ao ar livre, no dia de sol. Já teve uma agente que pediu pra mudar de área, ela era do Tijuca. Ela falou “não quero mais trabalhar ali porque eles pediram meu celular, eu falei que não carregava celular. Eles falaram que na próxima visita se eu não tivesse nada pra dar, ia sobrar pra mim”. Ela ficou com muito medo, eu fiz documento, pedi pra trocar ela de área e colocar um homem. Mas é bem descarado mesmo ali na Tijuca, não é o bairro inteiro. Você sabe onde é as boca de fumo, toda esquina tem uma” (Enfermeira Tijuca II, 2014).

Como observado, em função da falta de segurança já houve a necessidade de remanejar agentes comunitários de sua microárea. *“Teve que remanejar, porque não gostaram (traficante), acharam atitude suspeitas, não foram com a cara (do ACS), graças a Deus eu não tenho esses problemas. Mas acontece sim. Não dá para entender a cabeça do usuário. De repente vamos supor, eu estou fazendo a visita domiciliar, eu saio dali, meu celular toca, eu atendo. Eles não estão sabendo que é a minha mãe ou a minha chefe me ligando, eles estão ali, eles “está falando para alguém, fica de olho”. É complicado. Não dá para entender a cabeça de algumas pessoas. Tem que fazer remanejamento mesmo”* (ACS Tijuca II, 2014).

Outra dificuldade relacionada é em relação ao medo de alguns moradores em receber os agentes em suas residências, pensando que talvez possam ser criminosos trajados como agentes de saúde (ACS Tijuca II, 2014; Supervisores ACE Tijuca I e II, 2014). *“Devido a desconfiança com roubo neh...férias, tem muita bandidagem. Devido ao índice de criminalidade, que tá tendo demais”* (Supervisor ACE Tijuca I, 2014). *“E realmente acontece lá assalto, o pessoal vai lá e entra lá. É uniforme do correio, é uniforme de agente de saúde. Aí o pessoal fica receoso, aí dificulta bastante”* (Supervisor ACE Tijuca II, 2014).

Por fim, a Enfermeira Tijuca II (2014) e Supervisor ACE Tijuca I (2014) relatam que muitas famílias abandonam o usuário de droga na residência, explicando que o indivíduo não tem condições de cuidar de si mesmo, quanto mais de uma casa. *“Tem muito imóvel abandonado, família abandona ele que não aguenta. Tem muito imóvel abandonado de usuário de droga, que a família não aguenta. Vai embora. Não tem uma vida, não tem respaldo. Isso aí complica a vida”* (Supervisor ACE Tijuca I, 2014).

Parceiros na implementação

Com relação aos parceiros atuantes na dinâmica de combate, o conselho local de saúde e seus conselheiros foram considerados parceiros (Gerente, 2014; Enfermeiras Tijuca I e II, 2014; Associação de Moradores Tijuca I, 2013). O conselho local de saúde é constituído por trabalhadores da unidade de saúde, gestores e usuários. O conselho local de saúde atua no sentido de atender solicitações da UBSF junto ao governo, cobrando algum posicionamento mais efetivo por parte da prefeitura (Gerente, 2014; Associação de Moradores Tijuca I, 2013).

“O conselho, ele é um apoio muito grande para gente em todos os sentidos. O conselho consegue algumas coisas, consegue solicitar algumas coisas, que talvez a gente não conseguisse solicitar, porque o conselho tem um papel muito importante. O conselho é deliberativo. Por exemplo, no começo do ano, faltava alguns materiais, faltava armário, faltava o ar condicionado chegar. Ainda faltam algumas coisas, mas daí foi elaborado um documento junto com o conselho e encaminhado para a gestão. Então, quando vai com uma assinatura do conselho local de saúde, tem um peso maior” (Gerente, 2014).

Não apenas o conselho local de saúde, mas seus membros participantes têm sido identificados como parceiros na promoção das atividades junto à comunidade. *“E o conselho local, as nossas reuniões, geralmente a gente divulga para eles o trabalho. Eles servem como divulgadores e auxiliam nas atividades, eles também participam. Então, eles têm uma colaboração muito boa nessa parte de divulgação da comunidade”* (Gerente, 2014).

Os presidentes de associações de moradores do Tijuca I e II são membros do conselho local de saúde (Gerente, 2014; Associações de Moradores Tijuca I e II, 2013). Além de seu papel no conselho, as ações das associações de moradores são voltadas a intermediação dos interesses da comunidade e do poder público. A ACS Tijuca I (2014) afirma que os presidentes de bairro são parceiros nas atividades, sempre apoiando o trabalho dos ACS quando necessário. A motivação das associações para participação das ações de combate foi devido ao número de casos de dengue observados na região. A escolha dos métodos de participação no combate foi segundo eles, *“é porque o que a gente tem em mãos”* (Associação de Moradores Tijuca I, 2013) e *“o único meio hoje, falar a verdade para você, que a gente tem em mãos”* (Associação de Moradores Tijuca II, 2013).

Além das associações de moradores, foram indicadas algumas escolas da região como parceiras, como: a Escola Estadual Aracy Eudociak e a Escola Estadual Blanche dos Santos Pereira. As ações executadas pelas escolas consistem em palestras para tratar do assunto do dengue (Enfermeiras Tijuca I e II, 2014; ACS Tijuca II, 2014; Associações de Moradores Tijuca I e II, 2013). *“Que quando a gente tem que dar palestra pra esse público...ah tem que*

dar palestra pra criança, falar de dengue. A gente vai nas duas escolas que são parceiras” (Enfermeira Tijuca II, 2014).

Além das palestras ministradas por profissionais das unidades de saúde, em todas as escolas entrevistadas identificou-se que o combate ao dengue faz parte do conteúdo programático dos alunos. *“Os professores trabalham em sala de aula a questão da prevenção, para que os alunos trabalhem isso com os pais e responsáveis em casa”* (Escola Estadual Blanche dos Santos Pereira, 2014). *“O motivo único é que é da disciplina. Com a dengue ou sem a dengue, aqui no Tijuca 2 o professor vai trabalhar como componente da disciplina, independente. Assim como nós trabalhamos a malária. Não tem malária aqui, mas o professor de ciências trabalha, entendeu?”* (Escola Estadual Aracy Eudociak, 2014).

Segundo o Coordenador (2013), buscam-se nos bairros, parceiros comprometidos com a implementação da política. Exemplo de parceiros são as escolas, que trabalham o conteúdo do dengue dentro das disciplinas ministradas. *“Através da rede de educação, escolas municipais, estaduais e particulares. De preferência, a municipal já está na grade, mas as outras também colocam na grade curricular, principalmente nas matérias de ciências, biologia, ter um trabalho sobre isso”* (Coordenador Campo Grande, 2013).

Os comércios da região também auxiliam, anexando cartazes e avisos sobre o combate (Enfermeira Tijuca I, 2014; Associação de Moradores Tijuca I, 2013). O Supermercado Trazzi foi um parceiro identificado pela Enfermeira Tijuca I e Associação de Moradores Tijuca I como auxiliando nas ações de combate. As ações do supermercado consistem em: (i) doação de alimentos quando existem ações sendo executadas, como por exemplo, um café da manhã antes do desenvolvimento de uma ação; (ii) cessão do espaço do supermercado para vacinação de crianças, a exemplo da vacinação da poliomielite; (iii) divulgação das ações da unidade básica através do carro de som do supermercado, que percorre o bairro diariamente.

A motivação do supermercado em colaborar é devido aos proprietários serem moradores do bairro. Da mesma forma, as pessoas que pedem por auxílio nas ações são também moradores do bairro, as quais tem relações de amizade com os proprietários. *“Nós cedemos o espaço e contribuindo com os agentes, na medida do possível para atender o pessoal. Que na realidade, são pessoas...a maioria que trabalha na saúde são moradores do bairro, aí vai criando um elo. Então, o pessoal pede, você atende, não tem nada de dificuldade. São pessoas que já conhecem, que moram aqui no bairro, que são clientes do mercado e vai criando aquele elo de amizade e conhecimento. Aí fica mais fácil de você ceder os espaços e fazer as ajudas”* (Supermercado Trazzi, 2014).

Outro parceiro identificado foi a Comunidade São Paulo Apóstolo, que realiza comunicados direcionados a prevenção do dengue durante as celebrações (Associação de Moradores Tijuca II, 2013). O responsável pela comunidade confirma essa participação, além disso, afirma ceder o espaço da igreja para as equipes de saúde. A motivação da comunidade em participar foi em considerar que é a função da igreja trabalhar em prol de algo que vai trazer benefício para o bairro em que está inserida (Comunidade São Paulo Apóstolo, 2014).

Processo de implementação

Para começar a esclarecer o processo de implementação via abordagem de coprodução, na Figura 10 é apresentada a estrutura de implementação de controle do dengue do bairro Tijuca.

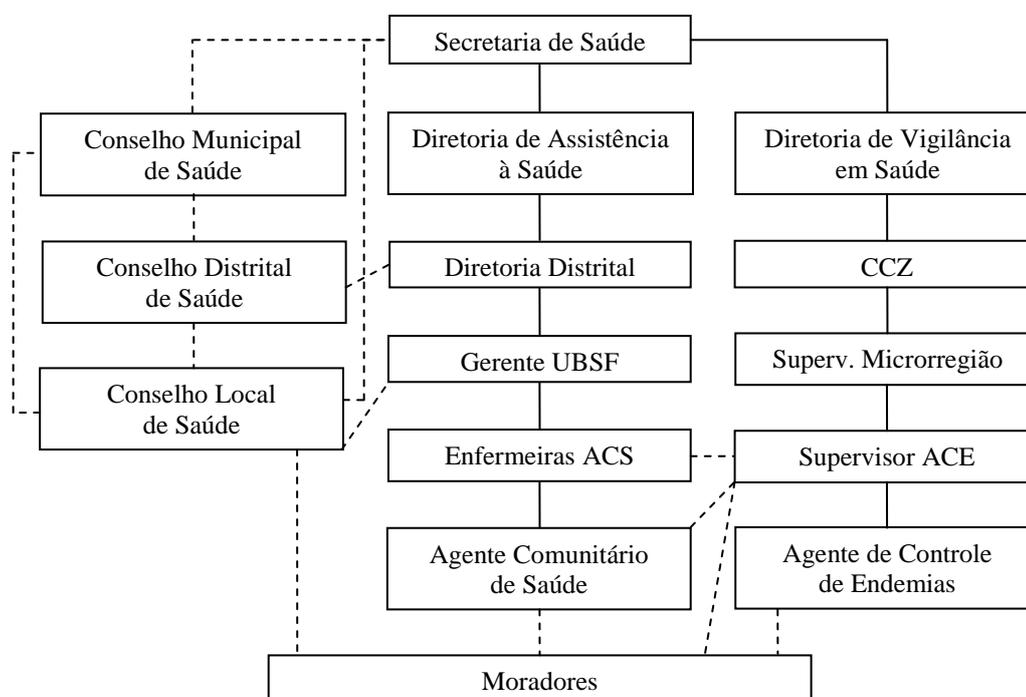


Figura 10 - Estrutura de implementação das ações de controle do dengue no bairro Tijuca

Legenda: Linha contínua – subordinação / Linha tracejada – vinculação funcional

Fonte: Fonte: Elaborado pelo autor com base nas entrevistas e em Campo Grande (2009).

As orientações ou direcionamentos sobre as ações de políticas públicas em relação ao combate ao dengue vêm da secretaria de saúde do município, que repassa essas orientações à diretoria do distrito, que por sua vez repassa essas orientações às unidades de saúde de sua área. Nessas orientações já vem determinado o modo de combate que será realizado (inclusive as ações, como os mutirões), adaptado as particularidades de cada região do município (Gerente, 2014; Enfermeiras Tijuca I e II, 2014; ACS Tijuca I, 2014).

“O distrito manda orientações falando "oh nós estamos em epidemia, agora a estratégia é força tarefa. E vem da Sesau as orientações, passa pra o distrito, o distrito passa pra nós em e-mail ou em reunião. Aí eu passo pros ACS” (Enfermeira Tijuca II, 2014). “Isso é centralizado na Sesau. Vem lá da Sesau ou do distrito. Por exemplo, eles fazem levantamento do Lira. O Lira deu alto só no Batistão ou no Tijuca. Então vem uma orientação pra reforçar o trabalho no Batistão ou no Tijuca. Aí já vem a ordem também pro grupo do CCZ, que são os ACE, vir ajudar, fazer uma reunião com a gente pra apoiar, pra poder a gente bolar uma estratégia. O que a gente vai fazer. Quais são as áreas descobertas que não tem agente, que vocês querem que nós ajudamos” (Enfermeira Tijuca II, 2014).

Os Supervisores ACE Tijuca I e II (2014) afirmam que a coordenação técnica do combate ao dengue no município é responsabilidade do Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), que segundo o Coordenador está vinculada à ‘Diretoria de Vigilância em Saúde’. A coordenação técnica do CCZ é quem monta o planejamento do combate no município e repassa à secretária de saúde, que avalia e determina as ações que serão colocadas em prática. Os direcionamentos internos do CCZ são repassados aos supervisores gerais de cada região, repassadas aos supervisores de área dos bairros e em seguida para os agentes de endemias (Supervisores ACE Tijuca I e II, 2014; Coordenador Campo Grande, 2013).

“Dessa forma é feito. Supervisores gerais...então região urbana tem um supervisor geral. Abaixo deles, supervisores de área, que aí ele tem de oito a dez agentes sob sua responsabilidade. E o agente que tem uma microárea determinada, de 800 a 1000 imóveis que ele visita a cada dois meses. Essa é a estrutura. Então quem faz o trabalho de controle da dengue é o agente de controle de endemias” (Coordenador Campo Grande, 2013).

Nas situações em que os ACS necessitam do apoio dos agentes de endemias, não apenas as enfermeiras ou a gerente repassam as demandas aos Supervisores ACE, mas os próprios agentes comunitários podem fazer isso (ACS Tijuca I, 2014). *“Ele (supervisor ACE) encontra a gente, ele orienta também “faz assim”. Ou se a gente acha algum foco, se ele tiver passando e você chamar ele, ele vem. Então, ele é bem legal. Ele que coordena, ele que está em cima [...] Ele interage bem assim com a gente. Tem gente que fala “ah, ele é meio chato”, mas não é, ele interage bem. Tudo que você quiser para ele, você pode passar, que ele tenta ir” (ACS Tijuca I, 2014).* Já o Supermercado Trazzi (2014), considera que a coordenação das ações de combate ao dengue no bairro é realizada na UBSF ‘Jardim Antártica’.

Condições normativas / plano de ação de combate

As ações de políticas públicas do combate são legalmente constituídas através do “plano de ação de combate ao dengue”. Dentre os participantes da pesquisa no bairro, apenas a Gerente (2014) afirmou ter participado da elaboração do plano de ação de combate ao dengue, ao contrário de todos os outros participantes (Enfermeiras Tijuca I e II, 2014; ACS Tijuca I e II, 2014; Supervisores ACE Tijuca I e II, 2014; Escola Estadual Blanche dos Santos Pereira, 2014; Escola Estadual Aracy Eudociak, 2014; Comunidade São Paulo Apóstolo, 2014; Associações de Moradores Tijuca I e II, 2013; Supermercado Trazzi, 2014). Da mesma forma, nenhum dos moradores (2013) participantes afirmou conhecer ou ter participado da elaboração do plano de ação.

“Eles já chegam normalmente com as ações prontas, já define. E eles pedem para a gente ajudar e a gente contribui. Mas elaborar o plano, não” (Supermercado Trazzi, 2014). *“Da elaboração não. Veio já pronto. Eu não sei se esse plano veio do Ministério da Saúde ou foi bolado aqui em Campo Grande. Eu acredito que foi uma estratégia da prefeitura, lá da Secretaria de Saúde”* (Enfermeira Tijuca II, 2014). *“Da elaboração não. Só ativamente mesmo, nas casas, nas visitas. Agora, a elaboração no papel...não”* (ACS Tijuca II, 2014). Por outro lado, a Enfermeira Tijuca I (2014) confirma a participação da Gerente enquanto representante da unidade de saúde na elaboração do plano de ação.

O plano de ação de combate ao dengue é desenvolvido na coordenadoria de controle de vetores do CCZ. São membros dessa coordenadoria de controle de vetores, o Coordenador, os oito supervisores gerais das microrregiões urbanas de Campo Grande, um responsável pulverização (fumacê) e o diretor do CCZ. O plano desenvolvido é um plano interno da secretaria de saúde, que definirá a atuação dos agentes públicos, como o modo de ação sobre visitas domiciliares, pontos estratégicos *etc.* (Coordenador Campo Grande, 2013).

Para constituição do plano, esse setor utiliza de séries históricas de incidência, bem como dos relatórios de casos de suspeitas de dengue condensados na secretaria de saúde, para conhecimento dos bairros mais atingidos. Esse plano de ação interno é apresentado ao secretário de saúde do município para aprovação. Após a aprovação do secretário, o plano é apresentado no conselho municipal de saúde e parceiros, que constituem o ‘Comitê de Mobilização de Combate à Dengue’⁸⁰ (Coordenador Campo Grande, 2013).

⁸⁰ Segundo o Coordenador (2013), a motivação à constituição do comitê de mobilização já era prevista no PNCD. *“Constituir Comitês Nacional e Estaduais de Mobilização com participação dos diversos segmentos da sociedade”* (FUNASA, 2002, p. 10).

Dentre os parceiros internos podem ser citadas outras secretarias municipais, como secretaria de obras e secretaria de meio ambiente. Por exemplo, a secretaria de obras auxilia nos mutirões de limpeza nos bairros, onde utiliza de seus caminhões para a retirada de entulho presente nas residências. Outro exemplo é a atuação da secretaria de meio ambiente, que notifica e multa os proprietários de imóveis e terrenos baldios que se recusam a colaborar com o combate, uma atribuição que foge ao trabalho da secretaria de saúde. Dentre os parceiros externos podem ser citados: o Exército, o Rotary Club, o Conselho Regional de Corretores de Imóveis (CRECI), o Conselho Regional de Engenharia e Agronomia de Mato Grosso do Sul (CREA), Maçonaria, *etc.* (Coordenador Campo Grande, 2013).

Da mesma forma, a Gerente (2014) confirma que o plano é discutido junto ao ‘Comitê de Mobilização de Combate à Dengue’, do qual participam membros de organizações como bombeiros, exército, maçonaria *etc.* *“Tem um comitê de combate a dengue. E eles chamam a gente para reuniões regulares, para apresentar o projeto, o plano. Esses dias teve uma, mas aqui não precisou ir, foram as unidades que estavam ruins, mais alto de infestação”* (Gerente, 2014). *“Tinha o secretário de saúde, o CCZ. Estava todo mundo lá. Era mais assim, gerente de unidade, CCZ. Tinha alguém do Exército, também tinha. Tinha militar, tinha o pessoal da maçonaria no dia que eu fui também. Tinha várias entidades participando do comitê”* (Gerente, 2014).

Além das organizações citadas, participam do Comitê, os membros do conselho municipal de saúde (Gerente, 2014; Enfermeira Tijuca I, 2014). *“O Conselho Municipal de Saúde participa. Porque assim tem o conselho local, e desse conselho local alguns participam do conselho distrital e alguns desses participam do municipal. Na verdade, a população está representada pelos seus conselheiros. Subentende-se que o conselheiro local levou as suas argumentações para o distrital, que levou para o municipal. E o municipal está lá representando a população. Eles têm voz e voto”* (Enfermeira Tijuca I, 2014).

Questionada se o plano vem passando por modificações ao longo do tempo, a Gerente não soube dar essa informação. Já as Enfermeiras Tijuca I e II (2014) explicam que o plano é modificado ano a ano. Para a Enfermeira Tijuca I (2014), isso é motivado por modificações que vem acontecendo na própria doença. *“Antes não podia ser água assim, vamos dizer, naquele calorão danado, precisava ter uma sombrinha. Agora não, eles estão se reproduzindo em qualquer lugar. Isso complicou”* (Enfermeira Tijuca I, 2014).

Situações conflituosas

Não foi possível observar situações conflituosas durante a elaboração do plano de ação, já que no bairro apenas a Gerente dentre os entrevistados participou da elaboração. Como observado pela Gerente, inclusive os membros da sociedade civil organizada são estimulados a participar das discussões envolvendo o plano de ação. Da mesma forma, embora no geral observe-se um bom relacionamento entre ACS e ACE, o Supervisor ACE Tijuca II (2014) indica que alguns ACS não querem participar das ações de combate. Segundo ele, essa atribuição foi repassada aos ACE, mas posteriormente retornou aos ACS. Então alguns agentes comunitários de saúde não querem voltar a fazer esse monitoramento.

Além disso, a Enfermeira Tijuca II (2014) e Supervisor ACE Tijuca II (2014), tanto enfermeiras quanto ACS ficam um pouco insatisfeito por atuar nos mutirões. Essa insatisfação não está relacionada ao trabalho a ser realizado, mas à cobrança por cobrir todo o atendimento de sua microárea em apenas 15 dias (pois nos outros 15 dias se tratam apenas de dengue). *“Se for pra combater dengue, vamos fechar agenda, mas não pode. Aí fica o enfermeiro combatendo dengue e tocando o serviço normal de todo dia. Aí você acaba estafado. Não só o enfermeiro, mas a equipe”* (Enfermeira Tijuca II, 2014).

Espaço para discussão com moradores

Observando-se a existência de um espaço ou abertura para discussão das ações junto à população atendida, o único espaço identificado foi o conselho local de saúde (Gerente, 2014; Enfermeiras Tijuca I e II, 2014; ACS Tijuca II, 2014; Supervisor ACE Tijuca I, 2014; Associações de Moradores Tijuca I e II, 2013; Coordenador Campo Grande⁸¹, 2013). De acordo com a Gerente (2014), Enfermeiras Tijuca I e II (2014) e Coordenador Campo Grande (2013), os moradores devem procurar algum dos conselheiros (que representam a comunidade dentro do conselho) para apresentar sua demanda, no entanto pouca gente procura saber sobre o conselho ou assistir as reuniões. No conselho local de saúde os problemas são apresentados, discutidos e deliberados, onde se encaminha ofícios para a secretaria de saúde (Gerente, 2014; Enfermeira Tijuca I, 2014; Supervisor ACE Tijuca I, 2014; Associação de Moradores Tijuca I, 2013).

“Tem o conselho gestor, só que não vai pra frente porque a população não participa” (Supervisor ACE Tijuca I, 2014). *“A população deveria participar mais. Ela deveria perceber que ela tem o espaço, é que ela não usa. Existe espaço, existe conselho, existe a*

⁸¹ O Coordenador (2013) indica também os conselhos das regiões urbanas do município e o conselho municipal de saúde como espaços onde é possível discutir as ações de políticas públicas.

unidade, ela só não vem” (Enfermeira Tijuca I, 2014). “Sempre que a gente tem reunião do conselho, vai falar sobre dengue, a gente convida moradores. Pede para os agentes comunitários os convidarem. Mas, a participação é muito pouca, não consegue. A reunião do conselho é reunião aberta, o morador pode participar e deve” (Gerente, 2014). “Geralmente se você vai nesses lugares, é um mínimo de pessoas que vão pra discutir isso. Fora associação de moradores, convidava a população pra quem quisesse participar...ia meia dúzia de pessoas pra chegar numa discussão” (Coordenador Campo Grande, 2013).

“Todas as nossas reuniões, ela é redigida, ela é transcrita em ata e prestada satisfação, vamos por assim para a parte gestora, no caso, a Secretaria Municipal de Saúde, que é dentro da unidade. E o nosso do Conselho Municipal, que vai também para eles o quê que nós estamos trabalhando, como, quando. Fora isso, há ofícios que a gente direciona, de repente para as secretarias, no qual a gente se refere no dia da pauta, até solicitando um apoio, uma ajuda ou até mesmo cobrando uma satisfação, uma atitude por parte” (Associação de Moradores Tijuca I, 2013). “Porque quando tem uma solicitação do Conselho de Saúde local, a coisa é atendida. O problema é que nunca aconteceu isso. E a população se unir, se mobilizar pra reivindicar alguma coisa. Eu tô aqui há oito meses, eu nunca vi. Quando tem reunião do Conselho de Saúde local só vem os membros, não vem ninguém mais” (Enfermeira Tijuca II, 2014).

No entanto, Supervisor ACE Tijuca II (2014), ACS Tijuca I (2014), Escola Estadual Blanche dos Santos Pereira (2014), Escola Estadual Aracy Eudociak (2014), Comunidade São Paulo Apóstolo (2014), Supermercado Trazzi (2014) e moradores (2013) afirmaram não conhecer qualquer espaço nesse sentido, que permita aos moradores opinar sobre as ações de políticas públicas. *“Olha, eu não sei se tem. Talvez até tenha, mas não é do meu conhecimento” (Supermercado Trazzi, 2014). “É como eu te disse, se tivesse uma união entre os agentes de saúde, os presidentes do bairro...eles fizessem as correria...tipo, pegassem os problemas daqui e levasse lá, talvez seria uma maneira” (Morador 4, 2013).*

Canais de reclamações ou sugestões

Com relação aos canais para efetuar reclamações e sugestões, existem duas formas principais. Na primeira, o morador liga na ouvidoria da secretaria de saúde para efetuar sua reclamação, que repassa ao distrito, que repassa à unidade de saúde (Gerente, 2014; Enfermeiras Tijuca I e II, 2014; ACS Tijuca II, 2014; Supermercado Trazzi, 2014; Coordenador Campo Grande, 2013). Na segunda, o morador procura a unidade básica ou os

agentes para realizar a reclamação (Gerente, 2014; Enfermeira Tijuca II, 2014; ACS Tijuca I e II, 2014; Associações de Moradores Tijuca I e II, 2013).

“Se eles tiverem que falar, na unidade em si. Mas, se tiver que fazer reclamação ou solicitar algum tipo de serviço, tem a ouvidoria. Que o morador pode ligar, pode falar do terreno baldio, pode reclamar, pedir visita do CCZ. Tudo na ouvidoria, ele pode fazer. A ouvidoria serve para isso exatamente, para solicitar essas coisas” (Gerente, 2014). *“Tem a ouvidoria, eles podem reclamar na ouvidoria. E pode reclamar direto com a gerente também. E dá sugestão. Você pensa que alguém tem sugestão? Só reclamação”* (Enfermeira Tijuca II, 2014).

Os relatos de metade dos moradores (2013) demonstram que procurariam os ACS ou a unidade de saúde caso necessitassem de ajuda, três moradores não souberam dizer quem ou onde procurariam caso precisassem realizar uma reclamação, e outro, disse que entraria em contato com o CCZ. Dentre aqueles que indicaram procurar o ACS ou a unidade de saúde caso necessitassem de ajuda, dois desses moradores já efetuaram reclamações. Em um dos casos houve uma resposta positiva da prefeitura, resolvendo o problema apontado, já no outro, a resposta da prefeitura foi incapaz de resolver o problema.

“Sempre que eu vejo uma coisa errada eu falo pra minha agente de saúde, pra que ela tome providência ou comunique com os superiores dela conseguir. Tem casas que ficam fechadas muito tempo e eles fizeram, conseguiram entrar. Porque tem uns vizinhos meu lá que conseguiram entrar e tirar os focos de dengue, mas tem outros vizinhos que não deixam agente de saúde entrar. Eu fiz passar pra agente de saúde que tinha um vizinho que não conseguia entrar na casa. Aí ela arrumou um jeito de entrar lá” (Morador 2, 2013).

Além da ouvidoria, unidade de saúde ou agentes comunitários, outro canal para efetuar reclamações do dengue seria através do Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) ou através dos agentes de endemias (Supervisores ACE Tijuca I e II, 2014; Associação de Moradores Tijuca I, 2013; Coordenador Campo Grande, 2013). *“Vai muita denúncia lá pra o CCZ e pra ouvidoria, e volta pra gente pra gente fazer o levantamento daquele fato”* (Supervisor ACE Tijuca I, 2014). *“Aqui no CCZ tem dois telefones, que a gente divulga isso pra população e tem a ouvidoria da Secretaria de Saúde e da Prefeitura. Todos esses canais, as pessoas fazem as suas reclamações, fazem os seus pedidos e chega pra gente”* (Coordenador Campo Grande, 2013).

Já para Escola Estadual Blanche dos Santos Pereira (2014) e Comunidade São Paulo Apóstolo (2014) seriam através dos meios de comunicação, como televisão, rádio *etc.* “*Rádio e televisão. São os que eles mais usam, que nós conseguimos observar. Ultimamente tenho percebido bastante isso*” (Escola Blanche dos Santos Pereira, 2014). Por sua vez, a Escola Estadual Aracy Eudociak (2014) não conseguiu identificar canais disponíveis para efetuar reclamações ou sugestões em relação ao dengue.

Discussão ou comunicação das ações

De acordo com Gerente (2014), Enfermeiras Tijuca I e II (2014), Supervisores ACE Tijuca I e II (2014), ACS Tijuca II (2014), Escola Estadual Blanche dos Santos Pereira (2014), Escola Estadual Aracy Eudociak (2014), Comunidade São Paulo Apóstolo (2014), Associações de Moradores Tijuca I e II (2013) e Supermercado Trazzi (2014), as ações de controle do dengue estão sendo mais comunicadas do que discutidas com a população. “*Eu acho que é mais ação mesmo, tem muita ação. Mas discutir mesmo “ah, vamos chegar hoje e falar só sobre dengue”, não*” (ACS Tijuca I, 2014).

Para a Gerente (2014), Enfermeira Tijuca I (2014), Supervisor ACE Tijuca I (2014), ACS Tijuca I (2014), isso acontece por culpa da própria população, que não se mostra disposta a participar dos espaços existentes para discussão. “*Mais comunicadas. Mas a população fica meio inerte, a população não está muito interessada em participar*” (Gerente, 2014). “*Se for discutir, quase ninguém tem paciência. Então, discutir, discutir, ficar discutindo, eles não gostam muito não. Você tem que levar o negócio já meio que mastigado, só para eles engolirem*” (ACS Tijuca I, 2014).

“*Não é discutido, porque a população não quer ouvir. Quer que o órgão público resolva o seu problema, acha que é do órgão... não é de todo mundo. Ninguém quer participar do problema dos outros*” (Supervisor ACE Tijuca I, 2014). “*Talvez falta um pouco...talvez falta discussão. Duas coisas eu vejo. É importante esclarecer, é importante orientar, é importante discutir. Não só impor, não só jogar, mas também deixar que a população fale, que a população opine, dê o seu parecer*” (Comunidade São Paulo Apóstolo, 2014). Já a ACS Tijuca II (2014) considera que as ações são discutidas todos os dias com a população, entendendo que no momento da orientação é possível aos moradores dar sua opinião ao ACS. “*Elas são discutidas com a população todos os dias, porque esse é o nosso trabalho, estar falando de dengue*” (ACS Tijuca II, 2014).

Tendo em vista os pontos destacados nessa subseção, o Quadro 9 apresenta um panorama geral da descrição do bairro Tijuca.

QUADRO SÍNTESE CASO TIJUCA
Situação Tijuca - Problema do dengue não controlado. Embora os agentes sejam bem aceitos nas residências, esses não acatam as orientações dos agentes.
Trabalho ACS - Atua na atenção básica em saúde. Realiza orientações junto às famílias, controle mecânico e preenchimento do <i>checklist</i> . Necessários 22 ACS para cobertura do bairro, contudo apenas 17 trabalhando.
Dificuldades ACS - Dificuldade em entrar nas residências para prestar orientações, não realização das tarefas indicadas, imóveis fechados sem morador, falta de compreensão acerca do trabalho do ACS e conflito de horários entre ACS e moradores.
Trabalho ACE - Realizam orientações junto aos moradores, vistoria e controle em terrenos baldios, comércios e outros imóveis. Não há integração com os ACS.
Motivações p/ participação da população - Moradores motivados por proteger suas famílias ou pessoas mais próximas.
Incentivaria a participação da população - Realização de mais campanhas de conscientização, mais propaganda veiculada em meios de comunicação, multas para quem não colaborar com o combate, mais fiscalização e orientação no dia-a-dia, dentre outros.
Coprodução em nível individual, grupal ou coletiva - Coprodução individual, nenhum morador entrevistado participou de ações coletivas.
Motivações setor público - Coprodução do dengue é a opção mais barata de combate para o governo.
Condições técnicas - Combate não poderia ser realizado sem a participação da população.
Diferenças Tijuca em relação a outros bairros - Pior condição financeira e de escolaridade dos moradores. Dificuldade no acesso aos moradores, maior número de pendências da região. Grande quantidade de lixo disposto de maneira irregular e muitos usuários de droga abandonados pela família.
Parceiros na implementação - Conselho local de saúde (monitoramento de atividades), Associações de moradores (intermediação interesses comunidade), Escola Aracy Eudociak, Blanche dos Santos Pereira (educação em saúde) e Supermercado Trazzi (doação de alimentos, cessão de espaço e divulgação das ações).
Processo de implementação - Secretaria de saúde > Diretoria de assistência à saúde > Diretoria distrital > Gerente UBSF > Enfermeira > ACS > Morador.
Plano de ação de combate - Apenas a gerente participou da elaboração do plano de ação (em anos anteriores).
Situações conflituosas - Não foram identificadas situações conflituosas na elaboração do plano (já que apenas a gerente participou). Da mesma forma, não foi identificada qualquer problema no relacionamento entre ACS e ACE.
Espaço de discussão com moradores - Único espaço identificado foi o conselho local de saúde. Presidentes das associações de moradores são representantes do bairro.
Canais de reclamações ou sugestões - Podem ser realizadas através da ouvidoria da secretaria de saúde, Ligações no CCZ, procurar a unidade básica ou um dos agentes.
Discussão ou comunicação das ações - Ações são apenas comunicadas à população.

Quadro 9 – Quadro síntese da descrição do caso Tijuca

Fonte: Elaborado pelo autor (2015).

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados da pesquisa, bem como a discussão fundamentada desses achados. Para a análise e discussão dos dados, utilizaram-se as categorias de análise especificadas no capítulo de metodologia e os respectivos elementos que compõem cada uma dessas categorias (condições de coprodução e processo de coprodução), conforme descrito no Quadro 4. Miles, Huberman e Saldaña (2014) indicam a utilização do *framework* conceitual para a categorização da análise dos dados.

Posteriormente à análise e discussão das categorias propostas, foi realizada uma análise fundamentada em *csQCA* visando identificar os elementos contextuais relevantes a explicar a incidência de dengue nos casos pesquisados. Entende-se que a análise dos elementos contextuais identificados em cada bairro poderia ser relevante para explicar o fenômeno, tendo em vista que a dinâmica de implementação (municipal) para o controle vetorial do dengue é similar entre os casos.

5.1 Processo de coprodução

Para a categoria ‘processo de coprodução’, a análise e discussão foca nos seguintes elementos: (i) coprodutores participantes, (ii) *inputs* fornecidos pelos coprodutores; (iii) motivações dos coprodutores; (iv) nível em que ocorre a coprodução; (v) papel do governo na relação; (vi) princípios democráticos da coprodução. Para cada análise dos pontos elencados, foram elaboradas proposições que permitiriam comparar os achados e orientar uma agenda de pesquisa para estudos futuros.

5.1.1 Coprodutores participantes

No capítulo de descrição dos casos foram identificados os coprodutores participantes do processo de implementação da política de combate ao dengue via abordagem de coprodução. Como observado no referido capítulo, a implementação do controle mecânico do dengue é realizada por coprodutores públicos e privados. Nesse sentido, o Quadro 10 elenca os coprodutores participantes da dinâmica de implementação nos casos pesquisados.

PARTICIPANTES				
PARATI	SEMINÁRIO	JOCKEY CLUB	JACY	TIJUCA
Gerente UBSF	Gerente UBSF	Gerente UBS	Gerente UBS	Gerente UBSF
Enfermeira	Enfermeira	Enfermeira	Enfermeiro	Enfermeira Tijuca I
				Enfermeira Tijuca II
ACS	ACS	ACS	ACS	ACS Tijuca I
				ACS Tijuca II
Superv. ACE Parati I	Supervisor ACE	Supervisor ACE	Supervisor ACE Jacy	Superv. ACE Tijuca I
Superv. ACE Parati II				Superv. ACE Tijuca II
Associação Moradores Parati	(não participa)	(não encontrado)	Associação Moradores Jacy	Associação Moradores Tijuca I
(não há escolas no Parati)	(não há escolas no Seminário)	Escola Padre José Valentim	Escola Brigida Ferraz Foss	Escola Aracy Eudociak
			Escola Harry Amorim Costa	
		Escola Amando de Oliveira	Escola João Nepomuceno	Escola Blanche dos Santos Pereira
			Ceinf São Francisco de Assis	
(não foi identificado igrejas)	(não foi identificado igrejas)	Igreja São Geraldo Magela	Igreja São Marcos	Comunidade São Paulo Apóstolo
SIMPAP-MS	CEI	(não identificadas outras organizações)	(não identificadas outras organizações)	Supermercado Trazzi
	Seminário Propedêutico			
	UCDB			
Moradores	Moradores	Moradores	Moradores	Moradores

Quadro 10 - Coprodutores participantes da dinâmica de implementação

Fonte: Elaborado pelo autor (2015).

Na organização do Quadro 10, coprodutores semelhantes são apresentados numa dada linha, enquanto àqueles coprodutores aos quais não foi possível identificar um padrão transcaso foram incluídos na linha ‘outras organizações’. A análise *csQCA* aponta que grande parte da estrutura de implementação em termos das classes de participantes é similar entre os casos, o que pode ser explicado pelo fato de todos os bairros estarem localizados no município de Campo Grande-MS. Essa estrutura similar de implementação é evidenciada pela presença de Gerentes, Enfermeiras, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Agentes de Combate a Endemias (ACE) e moradores em todos os bairros (variáveis 1, 2, 3, 4 e 9, apêndice E).

Dentre esses, os coprodutores que normalmente interagem de maneira direta com os moradores (usuários) em relação ao combate ao dengue são os ACS e ACE. Na unidade de saúde, esses coprodutores recebem o apoio e suporte de Enfermeiras e Gerentes de unidade,

que embora normalmente não interajam diretamente com os usuários, têm atribuições que auxiliam na execução das ações de combate ao dengue nos bairros pesquisados.

Como mostrado no Quadro 10, em alguns bairros há a divisão de trabalho entre coprodutores de classes semelhantes (Parati e Tijuca). As realidades que motivaram esses coprodutores a atuarem em equipes diferentes dentro de um mesmo bairro são diferentes entre si. No Parati (incidência zero), a diferenciação é ocasionada pelos tipos de tarefas (atribuições) realizadas por cada equipe, enquanto no Tijuca (incidência muito alta) a diferenciação se dá pela área de cobertura contemplada por cada equipe.

No Parati (incidência zero), embora exista já uma divisão política dentro do bairro (Parati I e II), as equipes ACE não são separadas dessa maneira, mas de acordo com atribuições (tarefas) próprias executadas por cada equipe. Essas diferenças de atribuições de cada equipe ACE estão vinculadas à integração (ou não) com o trabalho da equipe de ACS atuante no bairro. Enquanto a equipe ACE Parati I não está integrada ao trabalho dos ACS, a equipe ACE Parati II realiza um trabalho compartilhado com os ACS. Essa divisão de trabalho com a equipe de ACS altera fundamentalmente as tarefas a serem realizadas por cada equipe de ACE.

A equipe de ACE não integrada aos ACS cobre uma área específica dentro do bairro Parati, onde são responsáveis por orientar moradores, fiscalizar terrenos baldios, imóveis fechados *etc.* Por outro lado, a equipe integrada aos ACS direciona seus esforços a imóveis fechados, terrenos baldios, comércios e outros (sem contato com moradores). Haverá o contato da equipe integrada com os moradores, apenas quando for uma situação repassada por um ACS. As atribuições de cada equipe de ACE serão mais claramente apresentadas na subseção ‘*inputs dos participantes*’.

Já no Tijuca (incidência muito alta), a presença de mais de uma equipe de coprodutores de classes semelhantes é decorrente do tamanho do bairro, bem como sua necessidade de cobertura correspondente, o que fez com que fosse necessário criar duas equipes de ACS e ACE (sem alteração nas atribuições). Como observado na descrição do caso, o Tijuca é o bairro em que há o maior número de moradores (14.136), praticamente o dobro em relação ao segundo bairro mais populoso dentre os pesquisados (Jockey Club, com 7.587).

Nesse sentido, é importante salientar que nos bairros onde funciona a integração (UBSF) do ACE na unidade de saúde há uma orientação à criação de equipes menores,

enquanto nos bairros onde não acontece a integração (UBS) são observadas equipes maiores. Se torna necessário esclarecer que no Tijuca (incidência muito alta) não há a integração do ACE na unidade de saúde (ainda que esteja denominado como UBSF) em nenhuma das duas equipes. Porém, outras orientações ao modo de atuação de uma UBSF podem ser observadas, como o estabelecimento de equipes menores e orientação a um trabalho compartilhado entre as classes de agente (ACS/ACE).

Exemplo do estabelecimento do tamanho das equipes entre UBS e UBSF é a comparação do número de ACS presentes nos bairros Jacy (UBS) e Tijuca (UBSF), ambos de ‘incidência muito alta’. No bairro Jacy são necessários 18 ACS para realizar a cobertura do bairro, que tem 5.026 moradores (279 moradores por ACS). Enquanto no bairro Tijuca, são necessários 22 ACS (divididos nas duas equipes) para realizar a cobertura do bairro, que tem 14.136 moradores (642 moradores por ACS). Assim, ao que parece, o estabelecimento de equipes menores e orientação a um trabalho compartilhado oferece um ganho em termos do número de moradores que podem ser atendidos.

Além da estrutura similar de produtores regulares observada em todos os casos, foram identificados outros coprodutores que têm participação na implementação do combate ao dengue. Esses coprodutores identificados através do Quadro 10, estão em número superior nos bairros de ‘incidência muito alta’ (Jacy e Tijuca) do que nos bairros de ‘incidência zero’ (Parati, Seminário e Jockey Club), conforme mostra a análise *csQCA* através da variável 10 ‘número de coprodutores’ (Apêndice E). Isso constatado, é necessário apontar que a literatura nos conduz no sentido contrário, ao afirmar que a maior participação de agentes públicos e privados sobre o problema em questão possibilitaria a melhoria da qualidade dos serviços públicos (IRVIN; STANSBURY, 2004; KLEIN JÚNIOR *et al.*, 2012).

Segundo os autores, essa maior participação social nos assuntos públicos possibilitaria a melhoria do entendimento das demandas dos cidadãos, aumento da *accountability* e transparência, e, melhoria da confiança no governo. Embora não contestando que essas premissas sejam verdadeiras, é observado que a maior parte das organizações que fazem parte da estrutura de implementação não tem como objetivo representar os interesses dos cidadãos ou apoiar iniciativas de cunho popular.

As únicas organizações identificadas que podem ser caracterizadas como atuando nessa seara dentre os casos pesquisados foram as ‘associações de moradores’. Nesse sentido, através da análise *csQCA* (variável 5, Apêndice E) se observa que embora em todos os casos existam associações de moradores, apenas nos bairros que apresentaram ‘incidência muito

alta' (Jacy e Tijuca) essas organizações representam seu papel de buscar os interesses dos moradores e da comunidade de maneira geral. Já nos bairros de 'incidência zero', a participação das associações de moradores se mostrou distante das questões de saúde do bairro (Seminário e Jockey Club), ou ainda, representando um papel acessório em relação do que poderia ser realizado (Parati).

Como apontado, a literatura sugere que uma maior participação social conduz à melhoria da qualidade dos serviços públicos. Nesse sentido, os bairros de 'incidência muito alta' em relação aos bairros de 'incidência zero' apresentaram duas características destoantes: a primeira diz respeito à maior quantidade de organizações presentes na implementação (variável 10, apêndice E), e a segunda, se refere à presença de organizações que tenham o objetivo de representar o interesse dos moradores e melhorar a qualidade de vida na comunidade (variável 5, apêndice E).

Como observado, essas duas características se apresentaram mais fortemente nos bairros de 'incidência muito alta' do que nos bairros de 'incidência zero'. Portanto, os dados empíricos indicam a necessidade de se entender mais a fundo a dinâmica de (1) inclusão dessas organizações à estrutura de implementação e a (2) a presença de um maior número de participantes nos bairros de 'incidência muito alta'. Ao que parece, a inclusão das associações de moradores à estrutura de implementação, bem como a observação de seu papel mais ativo nas questões de saúde dos bairros de 'incidência muito alta' (Jacy e Tijuca) acontece de maneira mais "reativa" do que "proativa". Segundo Rich *et al.* (1995), a reatividade acontece quando são necessárias ações remediais para uma dada situação problemática. Por outro lado, os autores apontam a conveniência de indivíduos ou organizações agirem proativamente, buscando resolver os problemas antes que a situação se agrave.

Entende-se que a iniciativa para a participação ativa das associações de moradores nos bairros de 'incidência muito alta' (Jacy e Tijuca) resultou de pressões ambientais (externas) e não de pressões internas às próprias associações. Foram obrigadas a ter uma participação mais ativa em função da gravidade do problema público de combate ao dengue enfrentado nos bairros de 'incidência muito alta'. Como afirmou o presidente do bairro Jacy (2013), "*nós fomos convidados (pela prefeitura), não como um convite mas como uma intimação [...] no meu nariz, eu não sabia que a dengue tava dentro da região, no meu bairro*". Da mesma forma, os presidentes de associações de moradores do Tijuca afirmam que a situação do dengue acabou por obrigar as associações a se engajarem ativamente no combate.

Outro tipo de participante identificado na estrutura de implementação de alguns bairros pesquisados foram as escolas da rede pública de ensino e Ceinfs (variável 6, apêndice E). Observou-se a presença de escolas e Ceinfs nos bairros Jockey Club (2 ocorrências), Jacy (4 ocorrências) e Tijuca (2 ocorrências). Por outro lado, não foram identificadas escolas nos bairros Parati e Seminário (incidência zero), conforme mostra a análise *csQCA* (Apêndice E). A ausência de escolas participantes nesses dois bairros não se refere ao desinteresse dessas em auxiliar na dinâmica de combate, mas realmente à ausência física de escolas.

Nas palavras da Gerente UBSF Seminário (2014), “*nós não temos escolas próximas. Nós temos o Ceinf (CEI), então nós fazemos nossas atividades ali no Ceinf da UCDB. É o único mais próximo a nós, então a gente intensifica lá*”. Entende-se que, se houvessem escolas ou Ceinfs públicos nesses bairros, esses com certeza participariam da dinâmica de combate, tendo em vista que é uma orientação da secretaria de educação trabalhar o tema (dengue) em sala de aula com os estudantes. Assim sendo, a maior presença de escolas participantes nos bairros de ‘incidência muito alta’ não está relacionada a qualquer postura pró-ativa particular dessas organizações, mas ao cumprimento do que foi estabelecido por sua secretaria responsável.

Outros coprodutores identificados no Quadro 10 foram: (1) Simpap-MS, (2) Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), (3) Centro de Educação Infantil (CEI), (4) Seminário Católico Propedêutico, e, (5) Supermercado Trazzi. Através da análise *csQCA*, foi identificada a presença de ‘outros coprodutores’ (variável 8, apêndice E) nos bairros Parati, Seminário (incidência zero) e Tijuca (incidência muito alta) – o que não permite estabelecer um padrão transcaso. Ao que parece, há a tentativa dos agentes públicos de cada bairro em integrar as organizações da comunidade nas ações de saúde (conforme proposto no PNCD, FUNASA, 2002 p. 8). Contudo, cada organização responde de maneira diferenciada a esses convites, tendo em vista que não há obrigatoriedade da participação.

Da mesma forma acontece com as Igrejas Católicas, que assim como outras instituições religiosas presentes nos bairros, são todas convidadas por agentes públicos a participar da dinâmica de combate. Contudo, segundo alguns entrevistados, essas igrejas, diferentemente de outras instituições religiosas (evangélicas, espíritas *etc.*), costumam responder de maneira mais favorável em colaborar sobre as questões de saúde do bairro. Essa maior disponibilidade em colaborar das igrejas católicas é observada em quatro ocorrências presentes no Quadro 10 (Seminário Propedêutico, Igreja São Geraldo Magela, Igreja São Marcos e Comunidade São Paulo Apóstolo).

Além dessas organizações que participam na coprodução, não se pode esquecer dos ‘moradores’, coprodutores que auxiliam na implementação da política pública de combate ao dengue. Conforme já explicitado, a análise *csQCA* identificou a presença de moradores colaborando com ações de controle do dengue em todos os casos pesquisados (variável 9, apêndice E).

Na próxima subseção são apresentados os *inputs* ou atividades realizadas por cada classe de participante na relação de coprodução.

5.1.2 *Inputs* dos participantes

Parks *et al.* (1981) e Pestoff (2006) entendem que os *inputs* são os insumos, recursos ou contribuições que cada participante oferece à relação de coprodução. Nesse sentido, foram identificados os *inputs* acrescentados pelos participantes diagnosticados na subseção anterior, conforme apresentado no Quadro 11. A partir do Quadro 11, foi realizada análise comparativa entre os casos (*csQCA*) para os *inputs* identificados (vide Apêndice F).

Participante	Paratí	Seminário	Jockey Club	Jacy	Tijuca
ACS	Orientações moradores, controle mecânico e preenchimento <i>checklist</i> .	Orientações moradores, controle mecânico e preenchimento <i>checklist</i> .	Orientações moradores e preenchimento <i>checklist</i> .	Orientações moradores e controle mecânico.	Orientações moradores, controle mecânico e preenchimento <i>checklist</i> .
Enfermeira	Coordenação e orientação ACS.	Coordenação e orientação ACS.	Coordenação e orientação ACS.	Coordenação e orientação ACS.	Coordenação e orientação ACS.
Gerente	Chefia UBSF, elo distrito sanitário e membro do conselho local.	Chefia UBSF, elo distrito sanitário e membro do conselho local.	Chefia UBS, elo distrito sanitário e membro do conselho local.	Chefia UBS, elo distrito sanitário e membro do conselho local.	Chefia UBSF, elo distrito sanitário e membro do conselho local.
ACE	Vistoria comércios, terrenos baldios e imóveis fechados (c/ integração).	Vistoria comércios, terrenos baldios e imóveis fechados (c/ integração).	Orientação famílias, vistoria comércios, terrenos baldios e imóveis fechados (s/ integração).	Orientação famílias, vistoria comércios, terrenos baldios e imóveis fechados (s/ integração).	Orientação famílias, vistoria comércios, terrenos baldios e imóveis fechados (s/ integração).
Escolas e Ceinf	-----	-----	Educação envolvendo o tema.	Educação envolvendo o tema.	Educação envolvendo o tema.
Associações de moradores	Fornece ponto de apoio.	-----	-----	Intermediação interesses e promoção de ações na comunidade.	Intermediação interesses e promoção de ações na comunidade.
Igrejas	-----	-----	Fornece ponto de apoio, divulga ações na comunidade.	Fornece ponto de apoio, divulga ações na comunidade.	Fornece ponto de apoio, divulga ações na comunidade.
Outros participantes	SIMPAP-MS (Fornece espaço físico ações UBSF).	UCDB (Fornece espaço físico e apoio clínico).	-----	-----	Supermercado Trazzi (Doação de alimentos, cessão de espaço e divulgação ações).
		CEI (Educação envolvendo o tema).			
		Seminário (Forneceu mudas crotalária).			
Moradores	Limpeza e controle de água acumulada na residência.	Limpeza e controle de água acumulada na residência.	Limpeza e controle de água acumulada na residência.	Limpeza e controle de água acumulada na residência.	Limpeza e controle de água acumulada na residência.

Quadro 11 – *Inputs* dos participantes da implementação
 Fonte: Elaborado pelo autor (2015).

De maneira geral, a análise *csQCA* aponta que os *inputs* acrescentados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são ações de controle do dengue voltadas à orientação das famílias sobre o modo de evitar a reprodução do vetor, realização de controles mecânicos mais simples e preenchimento do *checklist* do dengue durante período epidêmico (variáveis 1, 2 e 3 respectivamente, apêndice F). No entanto, algumas diferenças nesse modo padrão de atuação foram observadas nos bairros Jockey Club (incidência zero) e Jacy (incidência muito alta).

No Jockey Club os ACS não realizam o controle mecânico, apenas orientação dos moradores e preenchimento do *checklist*. Já no bairro Jacy, os agentes não preenchem o

checklist, apenas realizam orientações de moradores e controle mecânico de possíveis focos. Pelo que pôde ser notado, as duas unidades de saúde aos quais respondem esses bairros são mais sindicalizadas, então algumas atribuições do ACS passaram a ser questionadas pelo sindicato da categoria.

“Porque nós temos o sindicato, aí o sindicato falou “não, essa obrigação não é de vocês, a obrigação de vocês é orientar, falar pro morador ver tudo, mas que tem que fazer o checklist é o Agente de Saúde Pública”” (ACS Jacy, 2014). *“Com essa divisão, ficou determinado que o combate a dengue, combate a leishmaniose ficaria com o pessoal do agente pública, e o comunitário trataria mais a saúde da população [...] Por isso que eu te falei que é mais orientação do que o controle mecânico”* (ACS Jockey Club, 2014). Importante salientar que esses dois bairros são contíguos (CAMPO GRANDE, 2012a) embora atendidos por diferentes unidades de saúde. Então talvez o fato dos trabalhadores de saúde da região serem mais sindicalizados seja a justificativa para o modo de atuação diferenciado dos ACS nos dois bairros.

As ações realizadas pelos ACS em todos os bairros pesquisados são coordenadas por Enfermeiras lotadas nas unidades de saúde. Os dados da pesquisa apontam que as Enfermeiras são responsáveis por supervisionar o trabalho, direcionar microáreas de atuação e prover orientações aos agentes (variável 4, apêndice F). De acordo com Sakata (2009), Fernandes e Silva (2002) e Costa (2011), as enfermeiras têm a função de atuar como instrutoras e orientadoras das atividades realizadas pelos ACS.

Ainda, foi observado nos casos que as Enfermeiras realizam palestras na unidade de saúde sobre assuntos diversos de saúde (incluindo o dengue), bem como realizam visitas domiciliares a pacientes em situação crítica de saúde. Segundo Ermel e Fracolli (2006) e Brasil (2011b), além das atribuições já citadas, as enfermeiras também atuam na vigilância epidemiológica, realizam visitas domiciliares, realizam reuniões na comunidade e promovem atividades educativas.

Da mesma forma, as Gerentes das unidades de saúde foram identificadas como participantes importantes à implementação, pois são as chefias das unidades de saúde, elo de comunicação com o distrito sanitário e membro do conselho local de saúde em todos os casos pesquisados (variável 5, apêndice F). Nesse sentido, Alves, Penna e Brito (2004), afirmam que com a implantação do SUS no Brasil na década de 1990 e sua decorrente descentralização das instâncias de decisão, passou-se a demandar gerentes com habilidade de administrar com eficiência as necessidades de saúde em nível local.

Como observado na descrição dos casos, os Supervisores ACE assim como os ACE, são agentes de campo, responsáveis por: (i) orientar moradores sobre questões de vigilância em saúde, onde se enquadra o dengue; (ii) vistoriar comércios, terrenos baldios e imóveis fechados sem morador para realização de métodos de controle; (iii) aplicação de métodos de combate diferenciados dos ACS, que incluem o combate químico e com larvicidas; e (iv) realizar o Levantamento de Índice Rápido (Lira), que consiste na pesquisa de focos identificados dentro dos imóveis visitados.

Torres (2009) confirma as atribuições a serem realizadas pelos ACE, que envolvem a vistoria de imóveis, orientações aos moradores e aplicação de larvicidas e inseticidas. Os dados da pesquisa indicam que durante as vistorias, quando é possível realizar o controle mecânico, os ACE o realizam. Na impossibilidade de realizar o controle mecânico, como em locais de difícil acesso (ralos, por exemplo), são utilizados larvicidas que impedem a reprodução do vetor.

De acordo com a análise *csQCA*, exceção a esse modo de atuação padrão dos ACE e seus supervisores foi observado nos bairros Parati e Seminário (ambos de incidência zero), onde os ACE **não** realizam orientação aos moradores (variável 6, apêndice F), a não ser que seja uma circunstância crítica repassada por ACS ou Enfermeiras. Nesses bairros, os ACE trabalham conjuntamente com os ACS, auxiliando-os quando os moradores se recusam a colaborar com o combate. Esse modo diferenciado de atuação nos dois bairros foi o que os participantes trataram como “integração”.

Na integração, os ACE dedicam seus esforços a imóveis como comércios, terrenos baldios, pontos estratégicos e outros (não famílias). Ainda na integração, os ACE ficam lotados na unidade de saúde do bairro, onde são criadas aparentemente, maiores possibilidades de interação e relacionamento com os ACS. Ao que parece, esse relacionamento “estreito” entre as duas categorias de agentes permite resultados melhores, onde os agentes de ponta têm maior capacidade de resolver os problemas assim que surgem.

Assim, a integração entre ACS e ACE parece possibilitar melhores resultados do que a não integração. Pelo que se observa, a integração se mostra uma opção mais efetiva para a implementação, tendo em vista, como já foi observado, que é possível atender um número maior de imóveis ou com uma maior qualidade quando há complementaridade de esforços entre esses agentes. Nessa situação de complementaridade (integração) os ACS atendem apenas imóveis em que residem famílias, enquanto os ACE atendem imóveis sem morador, terrenos baldios, comércios *etc.* (variáveis 6 e 7, apêndice F). Quando não há essa

complementaridade, ambas as categorias de agente devem visitar as mesmas residências, o que de alguma forma poderia ser entendido como uma “duplicação de trabalho”.

Essa unificação de trabalho entre ACS e ACE é indicada no PNCD (FUNASA, 2002), visando maior efetividade nas ações voltadas a detecção de focos e casos de dengue. Segundo o Coordenador do combate ao dengue em Campo Grande, já existe uma orientação para que todas as unidades de saúde passem a atuar com a integração entre ACS e ACE, no entanto em apenas 18 bairros do município a integração está em funcionamento até o momento. *“Nós temos já 18 áreas de abrangência em Campo Grande onde tem o agente de controle de endemias dentro da estratégia de saúde da família”* (Coordenador Campo Grande, 2013).

Como apontado pelo Coordenador do combate ao dengue em Campo Grande (2013), a integração entre ACS e ACE está mais presente nas unidades que fazem parte da Estratégia de Saúde da Família (ESF). As unidades integradas à estratégia de saúde da família são denominadas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), enquanto aquelas não integradas são denominadas apenas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Nos casos pesquisados identificou-se que as unidades que atendem os bairros Parati, Seminário e Tijuca são UBSF, já as unidades que atendem os bairros Jockey Club e Jacy são UBS.

Contudo, embora o bairro Tijuca (incidência muito alta) seja atendido por uma UBSF onde deveria haver a integração entre ACS e ACE, na prática isso não acontece. Na UBSF do Tijuca, ainda que não exista a integração com os ACE, percebe-se um bom relacionamento entre as duas categorias de agente (bom relacionamento observado também nos casos Parati e Seminário – incidência zero). Por outro lado, a análise *csQCA* aponta que em dois dos bairros pesquisados há um relacionamento ruim entre ACS e ACE (variável 8, apêndice F), que são nos bairros Jockey Club e Jacy.

Coincidentemente ou não, esses bairros são os únicos dentre os pesquisados que são UBS e não UBSF. Também, conforme já observado, nesses dois bairros os funcionários da saúde são mais sindicalizados, o que altera fundamentalmente o relacionamento entre as classes de agente, tendo em vista que os ACS percebem que parte de suas atribuições deveriam ser responsabilidade dos ACE. Assim, em ambos os casos (Jockey Club e Jacy) existe uma dificuldade para as classes de agente atuarem de forma integrada, a fim melhorar a qualidade do serviço de combate ao dengue a população.

Embora exista uma orientação voltada à promoção da integração, prevê-se que nesses dois bairros haverá uma dificuldade em implementar esse novo formato de combate

(integração), em que há a divisão de trabalho entre as classes de agentes. Agora, por que se discutir essas dificuldades de integração na subseção de *inputs* dos participantes? Foi necessária trazer essa discussão, pois dependendo da facilidade ou dificuldade em implementar esse novo formato, poderá haver diferenças no modo de atuação dos participantes. Nesse sentido, percebe-se que essa orientação à integração será mais fácil e simples de ser implementada no bairro Tijuca do que nos bairros Jockey Club e Jacy, tendo em vista que nesses bairros há maior resistência dos ACS em relação aos ACE.

Os *inputs* padrão oferecidos pelas escolas e Ceinf (nos bairros em que estão presentes) estão voltados à conscientização dos alunos em torno do tema, bem como a promoção de atividades na escola que visem à diminuição da incidência no bairro (variável 9, apêndice F). Os *inputs* de Igrejas e comunidades católicas se mostrou padrão nos bairros em que estão presentes, envolvendo comunicados direcionados à prevenção do dengue durante as celebrações, bem como cessão de um espaço físico das igrejas como ponto de apoio para os agentes (variável 12, apêndice F).

A análise *csQCA* indica que os *inputs* das associações de moradores nos bairros de ‘incidência muito alta’ (Jacy e Tijuca) consistem na intermediação entre poder público e comunidade, onde se utilizam dos espaços disponíveis para buscar os interesses da população dos bairros (variável 11, apêndice F). Diferentemente, nos casos de ‘incidência zero’ as associações de moradores se mostraram distantes das questões de saúde do bairro (Seminário e Jockey Club), ou auxiliando apenas através da cessão da sede da associação como ponto de apoio para os agentes fazerem reuniões e guardarem material de expediente (Parati), conforme explicitado na variável 10 (Apêndice F). Exemplo de participação ativa das associações de moradores ocorreu no bairro Jacy (incidência muito alta), onde houve um esforço do presidente da associação junto às escolas do bairro para a realização de atividades e gincanas que visavam combater o dengue.

Organizações de outros tipos também foram identificadas como participantes da dinâmica de implementação no combate ao dengue. A Universidade Católica Dom Bosco (bairro Seminário) fornece o espaço físico onde funciona a UBSF atualmente, bem como apoio clínico à unidade através de seus professores e alunos. O Seminário Católico Propedêutico (bairro Seminário) forneceu várias mudas de uma planta chamada ‘Crotalária’⁸²

⁸² O efeito da Crotalária é atrair libélulas, que são um predador natural da larva do mosquito do dengue (GLOBO.COM/G1, 2013b).

para uma ação contra o dengue. Da mesma forma, o Simpap-MS (bairro Parati) oferece o espaço de sua sede para execução de atividades e eventos promovidos pela UBSF.

De modo geral, os entrevistados indicaram que os comércios dos bairros pesquisados costumam permitir que os agentes anexem cartazes em seus estabelecimentos⁸³. Exceção nessa participação dos comércios foi a do ‘Supermercado Trazzi’ (bairro Tijuca), em que suas ações consistem ainda em doação de alimentos para atividades, cessão do espaço físico para atividades e divulgação de campanhas de saúde através de carro de som do mercado. Por fim, a análise *csQCA* aponta que em todos os casos os moradores auxiliam no combate ao dengue realizando a limpeza e evitando deixar água acumulada em suas residências (variável 13, apêndice F).

Além de identificar os *inputs* que cada participante acrescenta a relação de coprodução, estes participantes foram classificados de acordo com o tipo de *input* fornecido. Essa classificação é fundamental tendo em vista que a literatura de coprodução explica a ação dos participantes de acordo com a natureza dos *inputs* ofertados. Parks *et al.* (1981) e Ostrom (1996) indicam que a coprodução é fundamentada no relacionamento entre ‘produtores regulares’ e ‘produtores-usuários’. Segundo Parks *et al.* (1981), ‘produtores regulares’ são os indivíduos ou organizações que prestam serviços dentro de sua função societal, enquanto ‘produtores-usuários’ são os indivíduos que consomem esses serviços.

Ainda, os dados da pesquisa permitem elucidar outra classe de participante que pouco aparece na literatura, ou a qual não foi dada merecida atenção, o *staff*. Utilizando a definição de Parks *et al.* (1981) poderia se considerar membros de *staff* como um tipo de produtor regular, pois esses atuam dentro de sua função societal para a provisão do serviço público. No entanto, Parks *et al.* explicitam que o alvo das ações de um produtor regular deveria ser os produtores-usuários dos serviços, o que não acontece com os membros de *staff*, que direcionam seus esforços ao suporte das atividades realizadas pelos profissionais de linha de frente.

Desta forma, no Quadro 12 estão classificados os *inputs* oferecidos pelos participantes da coprodução nos casos pesquisados.

PARATI	SEMINÁRIO	JOCKEY CLUB	JACY	TIJUCA
Gerente UBSF (<i>staff</i>).	Gerente UBSF (<i>staff</i>).	Gerente UBS (<i>staff</i>).	Gerente UBS (<i>staff</i>).	Gerente UBSF (<i>staff</i>).
Enfermeira (<i>staff</i>).	Enfermeira (<i>staff</i>).	Enfermeira (<i>staff</i>).	Enfermeiro (<i>staff</i>).	Enfermeira Tijuca I (<i>staff</i>).
				Enfermeira Tijuca II (<i>staff</i>).
ACS (produtor regular).	ACS (produtor regular).	ACS (produtor regular).	ACS (produtor regular).	ACS Tijuca I (produtor regular).
				ACS Tijuca II (produtor regular).
Superv. ACE Parati I (produtor regular).	Supervisor ACE (produtor regular).	Supervisor ACE (produtor regular).	Supervisor ACE (produtor regular).	Superv. ACE Tijuca I (produtor regular).
Superv. ACE Parati II (produtor regular).				Superv. ACE Tijuca II (produtor regular).
Associação Moradores (produtor auxiliar).	-----	-----	Associação Moradores (produtor regular).	Associação Moradores Tijuca I (produtor regular).
				Associação Moradores Tijuca II (produtor regular).
-----	-----	Escola Padre José Valentim (produtor regular).	Escola Brigida Ferraz Foss (produtor regular).	Escola Aracy Eudociak (produtor regular).
			Ceinf São Francisco de Assis (produtor regular).	
		Escola Amando de Oliveira (produtor regular).	Escola Harry Amorim Costa (produtor regular).	Escola Blanche dos Santos Pereira (produtor regular).
			Escola João Nepomuceno (produtor regular).	
-----	-----	Igreja São Geraldo Magela (voluntário).	Igreja São Marcos (voluntário).	Comunidade São Paulo Apóstolo (voluntário).
SIMPAP-MS (voluntário).	UCDB (produtor regular).	-----	-----	Supermercado Trazzi (voluntário).
	CEI (produtor regular).			
	Seminário Propedêutico (voluntário).			
Moradores (produtores-usuários).	Moradores (produtores-usuários).	Moradores (produtores-usuários).	Moradores (produtores-usuários).	Moradores (produtores-usuários).

Quadro 12 – Classificação dos *inputs* dos participantes

Fonte: Elaborado pelo autor (2015).

Nos casos pesquisados, foram tratados por ‘produtores-usuários’ os moradores que convivem com as situações de epidemia, que combatem e auxiliam no controle do dengue na região. Foi instituída essa definição de ‘produtores-usuários’ aos moradores que efetivamente contribuem à implementação da política pública, a fim de diferenciá-los de simples ‘usuários’, dos quais se subentende um papel passivo no combate, ou seja, somente o consumo do serviço sem participação na sua produção. Os ‘produtores regulares’ são os agentes públicos e privados que interagem com os usuários prestando informações ou auxiliando no combate (ACS, ACE, Supervisores ACE, Escolas Estaduais e Municipais, Ceinfs, Associações de

Moradores⁸⁴ e Universidade). E ainda, identifica-se os membros da estrutura de suporte oferecida pelas unidades de saúde (Enfermeiras e Gerentes, aqui denominados como ‘*staff*’).

Os métodos de atuação utilizados pelos ‘produtores regulares’ e ‘*staff*’ dentro de sua especialidade advêm do fato que esses atuam em cumprimento de sua função societal. A escolha dos métodos de controle não parece racionalizada no sentido de se pensar nas opções de métodos que a organização poderá adotar em relação ao controle. Parece uma decisão quase automática atuar naquilo que é competente. Ademais, essa “decisão” aos servidores públicos é impositiva, tendo em vista que suas correspondentes secretarias e órgãos definem sua participação.

Proposição 1: A inclusão dos coprodutores públicos na dinâmica de implementação, bem como os *inputs* oferecidos por esses atores são estabelecidos por marco normativo específico (condição normativa).

Então, a definição das ações a serem executadas por cada servidor público no exercício de seu cargo (função societal) é normalmente fundamentada por marco legal específico. Nesse ponto fica evidente a presença das condições normativas estabelecidas por Parks *et al.* (1981), em que sistemas de regras vem incluir e permitir que os indivíduos façam parte das atividades de coprodução. Outro exemplo, de como as regras interferem na dinâmica de trabalho do servidor acontece nos bairros Jockey Club e Jacy, em que o entendimento do sindicato da categoria (ACS) acerca do marco legal, direciona quais devem ser as tarefas a serem executadas pelos agentes.

Essa definição no modo de ação dos servidores públicos é observada não somente entre os trabalhadores vinculados às unidades de saúde, mas é observada também na participação das Escolas Estaduais e Municipais, nas quais o assunto do dengue já consta em seus projetos de ensino, o que obriga os professores a trabalharem esses conteúdos em sala de aula. Assim, fica claro que são as regras definidas para a atuação de cada cargo público, o elemento motivador para a ação desses atores.

Dentre os produtores regulares privados, a dinâmica de participação dos envolvidos é diferente do setor público. Por exemplo, os produtores CEI São Domingos Sávio (Seminário)

⁸⁴ Não foi considerada como ‘produtor regular’ a Associação de Moradores Parati, apenas as dos bairros Jacy e Tijuca, por motivo que será explicado.

trabalham o assunto em sala de aula com as crianças, contudo não fazem essa instrução das crianças por determinação da secretaria de educação. Embora não esteja estritamente determinado, existem orientações para que os Ceinfs promovam ou participem de campanhas comunitárias que venham a atender alguma necessidade local (UNESCO, 2005), então sua função societal obriga que participem de alguma forma.

Da mesma forma, como observado no capítulo de descrição dos dados, a atuação das associações de moradores Jacy e Tijuca, além de participação em instâncias de deliberação, envolve a realização de ações para a resolução do problema do dengue diretamente junto à comunidade. Exemplo disso foram as gincanas organizadas pela associação de moradores Jacy junto as escolas do bairro, em que foram coletados materiais que poderiam acumular água nas residências. No bairro Tijuca, foi observada a presença direta do presidente junto aos moradores e organizações do bairro, divulgando a problemática e pedindo apoio para as ações de combate.

No entanto, foi constatado que a inclusão dessas associações de moradores dos bairros de ‘incidência muito alta’ (Jacy e Tijuca) à estrutura de implementação, bem como a observação de seu papel mais ativo nas questões de saúde aconteceu de maneira mais “reativa” do que “proativa”. No caso da associação de moradores do bairro Parati (incidência zero), não se pode considerar sua atuação como reativa, pois não ocorreram situações graves em relação ao dengue no bairro. Ainda, para a associação de moradores Parati houve vários convites da unidade de saúde a ter uma participação mais ativa, mas esse convite foi rejeitado pelo presidente da associação, que prefere continuar atuando da maneira atual. Observa-se, ainda, que as associações de moradores de Seminário e de Jockey Club não se envolveram em ações relacionadas com a implementação da política.

De maneira geral, então, percebe-se que as próprias associações escolheram participar na implementação da política ou não, bem como determinam os *inputs* que acrescentarão ao processo. Observa-se que na ausência de uma estrutura normativa que oriente as ações desses atores, a atuação dos coprodutores privados sobre as atividades que consideram sua “responsabilidade” dependerá muito mais de uma interpretação própria, pois não estão desenvolvidos instrumentos escritos que fundamentem e orientem seu trabalho na implementação de determinada política.

Assim, como exemplificado pela atuação diferenciada das associações de moradores dos bairros estudados, a interpretação de sua função societal frente à política de controle do vetor do dengue influencia sua atuação e, conseqüentemente, a classificação atribuída aos

atores privados. Nos cinco casos observados foram evidenciadas três interpretações distintas: (1) de que a função societal de uma associação de moradores em manter e melhorar a qualidade de vida e proteger os interesses econômicos e sociais comuns requereria a participação direta da associação na resolução do problema do dengue; (2) de que esta mesma função societal poderia ser cumprida com um envolvimento mais indireto - por exemplo, na cessão do espaço de sua sede para que os agentes de saúde a utilizassem como ponto de apoio, visando contribuir para a melhor prestação de serviços de saúde no bairro (participação voltada ao suporte); e (3) que sua função societal não exigiria ação por sua parte na resolução do problema em pauta (no caso, o combate ao dengue).

Compreende-se que as associações de moradores poderiam considerar qualquer um desses entendimentos como um modo válido de atuação para a sua organização no combate ao dengue. Se a associação adotar a primeira interpretação, caso das associações de Jacy e de Tijuca 1 e Tijuca 2, se qualificaria como um ‘produtor regular’. Agora, se a associação adotar a segunda interpretação, caso da associação de Parati, oferecendo *inputs* de apoio mas não se envolvendo diretamente nas ações de controle, se classificaria como ‘produtor auxiliar’, uma categoria de coprodutor privado equivalente àquela de *staff* identificada entre coprodutores públicos. Finalmente, se for adotada a terceira interpretação (caso das associações de Seminário e Jockey Club), não se engajarão na coprodução, não podendo ser consideradas coprodutores.

Proposição 2: Enquanto os *inputs* oferecidos pelos coprodutores públicos são estabelecidos por marco normativo, os *inputs* oferecidos por coprodutores privados dependem de sua interpretação acerca do que consideram suas funções sociais.

Se não houvesse a possibilidade de comparação entre esses participantes semelhantes, talvez fosse impossível identificar as diferenças na atuação das associações de moradores. É possível inferir que as associações de moradores dos bairros de incidência zero poderiam realizar um papel mais ativo na dinâmica de coprodução. Se mostra relevante não somente ponderar por que há diversas interpretações de função societal frente o que parece ser o mesmo problema, mas também refletir sobre o potencial impacto dessas distintas interpretações em processos de implementação via coprodução. Por exemplo, poderia na situação de coprodução voltada à assistência de dependentes químicos, que organizações religiosas fornecessem apenas alojamento para esses indivíduos dormirem. No entanto, essas

organizações poderiam interpretar que seja dentro de sua função societal fornecer orientação espiritual visando auxiliar na reabilitação desses indivíduos. Claro que a interpretação da função social impacta no tipo e talvez no volume dos *inputs* direcionados à coprodução pela organização.

Como já observado, a exata observância dos deveres para os servidores públicos está fundamentada nos sistemas de regras que regulamentam sua atividade profissional (condição normativa). No caso dos coprodutores privados, embora existam estatutos e regulamentos que orientam seu modo de atuação na vida em sociedade, observa-se que essas organizações podem escolher não utilizar de toda sua capacidade (ou recursos) para a implementação de determinada política pública.

Assim, pode se considerar ‘produtores auxiliares’ como potenciais ‘produtores regulares’ (privados), tendo em vista que esses podem cada vez mais, segundo seu entendimento de sua função societal, ampliar as atividades que consideram ser sua obrigação (sejam estas de suporte ou direcionadas aos usuários finais). Há que se considerar ainda, a possibilidade de atores ainda não participantes (mas com funções societais relevantes) da dinâmica de coprodução venham a colaborar nas ações de combate (à exemplo das associações de moradores Seminário e Jockey Club).

Proposição 3: Enquanto aos coprodutores públicos é estritamente determinado seu modo de atuação, e por consequência sua classificação entre os tipos de coprodutor; aos coprodutores privados é possível alterar fundamentalmente seu modo de atuação na política pública, sendo possível inclusive, alterar sua classificação (de tipo de coprodutor) de acordo com os *inputs* ofertados.

Além de ‘produtores regulares’, ‘produtores auxiliares’, ‘*staff*’ e ‘produtores-usuários’, faltam caracterizar outras organizações que auxiliam no combate ao dengue, mas cuja função societal naturalmente as distancia da possibilidade de se tornar um ‘produtor regular’. É o caso de organizações como: Simpap-MS, Seminário Católico Propedêutico, Igreja São Geraldo Magela, Igreja São Marcos, Comunidade São Paulo Apóstolo e Supermercado Trazzi. Como, então, caracterizar esse tipo de coprodutor? Na conceituação de Alford (2002), esses atores poderiam ser caracterizados como ‘voluntários’. Pois segundo o autor, os coparticipes que recebem *private value* (benefício próprio, tradução livre) são considerados ‘usuários’ e os que não recebem este tipo de benefício são tratados como ‘voluntários’.

Nesse sentido, (i) as igrejas ou comunidade católica não têm como função societal divulgar avisos na comunidade ou ceder seu espaço para apoio de atividades de campo, mas oferecer orientação espiritual a seus fiéis (VATICANO, s/d); (ii) o Simpap-MS não tem como função societal a cessão de espaço para atividades da unidade de saúde, mas foi criado por necessidade de instituir um representante sindical para discutir junto ao governo do estado os salários da categoria (SIMPAP-MS, s/d); (iii) o Seminário Católico Propedêutico não tem como função societal fornecer mudas de Crotalária para ações de combate ao dengue, mas a formação de jovens para a vida sacerdotal (ARQUIDIOCESE DE CAMPO GRANDE, 2012); e (iv) o Supermercado Trazzi não tem como função societal apoiar a doação de alimentos, ceder seu espaço para atividades ou promover ações na comunidade através de veículos de som – mas sim, realizar a distribuição de alimentos no bairro visando a obtenção de lucros.

Na tentativa de traçar diferenciações entre os tipos de participante, através da análise *csQCA* (Apêndice G), foi definida a configuração de atuação dos participantes da pesquisa identificados na base de quatro variáveis, a saber: (a) É Função Societal do participante atuar na dinâmica de implementação? (FS – onde, 1 significa sim e 0 significa não); (b) Participante Cumpre em toda sua plenitude sua Função societal na dinâmica de implementação? (CF – onde, 1 significa sim e 0 significa não); e (c) Participante mantém Relacionamento Direto com usuários (RD – 1) ou apenas com outros coprodutores? (RD – 0); e (d) Mantém participação Contínua (CE – 1) ou Esporádica para a implementação? (CE – 0).

Assim, foi evidenciada a existência de cinco perfis ou tipos distintos de participantes, os quais foram denominados, de: produtores regulares, produtores auxiliares, *staff*, voluntários e produtores-usuários. Os perfis dos respectivos tipos de participantes foram configurados da seguinte forma de acordo com as variáveis apontadas: Produtores regulares (FS 1, CF 1, RD 1 e CE 1), Produtores auxiliares (FS 1, CF 0, RD 0 e CE 0), *Staff* (FS 1, CF 1, RD 0 e CE 1), Voluntários (FS 0, CF 0, RD 0 e CE 0) e Produtores-usuários (FS 0, CF 0, RD 1 e CE 0). Constata-se que as classes de participantes ‘produtores regulares’, ‘produtores auxiliares’, ‘*staff*’ e ‘voluntários’ estão vinculados a organizações ou são pessoas jurídicas, enquanto a classe de ‘produtores-usuários’ é composta por pessoas físicas.

Ficou evidente durante a análise dos dados que os participantes dos tipos ‘produtores auxiliares’ e ‘voluntários’ demonstraram uma atuação bastante similar, tendo em vista que afirmaram auxiliar na implementação da política “da forma com que poderiam”. A fim de estabelecer diferenças entre produtores ‘auxiliares’ e ‘voluntários’ foi realizada análise *csQCA* (Apêndice G). Nesse sentido, ratifica-se que esses participantes pertencem a tipos

diferentes, pois os primeiros têm a possibilidade de se tornarem produtores regulares da ação de política pública (atuando dentro de sua Função Societal – FS 1), enquanto aos últimos é privada essa possibilidade (atuando fora de sua Função Societal – FS 0).

Proposição 4: ‘Produtores auxiliares’ e ‘voluntários’ pertencem a tipos diferentes de participantes, pois enquanto aos produtores auxiliares existe possibilidade de se tornarem produtores regulares, aos voluntários isso não é possível (tendo em vista que sua função societal naturalmente o distancia dessa possibilidade).

Além de inferir que é possível que produtores auxiliares (privados) possam vir a se tornar regulares, infere-se também que, indivíduos ou organizações que ainda não são coprodutores (mas com funções societais compatíveis com a resolução do problema enfrentado pela política), podem em algum momento passar a participar como produtores auxiliares a princípio, ou mesmo como produtores regulares. Já para o setor público funciona outra dinâmica (como já observado), em que o arranjo institucional de regras estabelece e regulamenta a participação. Aliás, pesquisas futuras poderiam buscar compreender os mecanismos de inclusão das organizações, com atenção especial às organizações privadas, na dinâmica de coprodução.

A afirmativa de que produtores auxiliares possam vir a se tornar produtores regulares (privados) é sustentada principalmente nas situações observadas nos bairros de ‘incidência muito alta’ (Jacy e Tijuca). Nesses bairros, após vivenciar situações epidêmicas de dengue, as associações de moradores foram levadas a ter um estreitamento de relações com os agentes públicos atuantes na dinâmica de combate, bem como um maior envolvimento na entrega de serviços junto aos moradores. Como já apontado, nesses dois bairros foram identificadas ações voltadas à coleta de materiais nas escolas (Jacy) e à conscientização do problema junto aos moradores e comércios da região (Tijuca).

Desta forma, reforça-se o entendimento de que o modo de atuação de organizações não públicas vinculadas à coprodução depende de seu entendimento próprio acerca das atribuições que o competem. Nesse sentido, nem o poder público ou outras organizações podem obrigar esses atores a participar. Nas associações de moradores dos bairros Jacy e Tijuca por exemplo, tudo indica que foi a percepção que o dengue apresentava uma ameaça real à qualidade de vida dos moradores desses bairros que levou esses participantes a se incluírem mais ativamente nas atividades de coprodução.

Outro elemento relevante observado através dos dados da pesquisa (Apêndice G) foi que, enquanto os produtores regulares têm acesso direto aos usuários para a implementação da política, produtores auxiliares, voluntários e *staff* apenas têm acesso aos produtores regulares, dependendo desses últimos para participar (acesso indireto). Essa dependência dos produtores regulares acontece pois, de acordo com os dados da pesquisa, as funções realizadas por esses participantes (produtores auxiliares, voluntários e *staff*) para o controle do dengue estão mais voltadas para atividades de suporte.

Proposição 5: Enquanto ‘produtores regulares’ têm acesso direto aos usuários para a implementação da política, ‘produtores auxiliares’, ‘voluntários’ e ‘*staff*’ têm acesso apenas aos produtores regulares (acesso indireto aos usuários).

Na proposição, se utiliza a terminologia ‘usuários’ ao invés de ‘produtores-usuários’, entendendo que os produtores regulares terão acesso a todos os moradores (usuários) que residem nos bairros de sua atuação, não apenas àqueles que efetivamente auxiliam nas ações de combate (produtores-usuários). Aliás, considerar o grande grupo ‘usuários’ implica em reconhecer que, moradores não ativos possam se tornar ativos, e da mesma forma, que moradores ativos possam deixar de colaborar em algum momento com as ações de combate.

A constatação do relacionamento indireto entre diversos tipos de participantes (produtores auxiliares, voluntários e *staff*) e usuários pode causar algum estranhamento, pois, como pode por exemplo, associações de moradores não terem contato direto com os moradores para a implementação da política? Para isso, os dados da pesquisa levam a crer que, esse contato é indireto quando se trata da dinâmica de implementação do combate ao dengue, onde em alguns bairros percebe-se que o assunto não é prioridade e as associações preferem realizar um papel acessório (ou mesmo não participar). Contudo, entende-se que para outras políticas públicas poderia haver uma interpretação diferente das associações de moradores sobre a atuação exigida por sua função societal, que as levariam a ter um papel mais direto sobre a questão problema (como fazem os produtores regulares).

Proposição 6: Os participantes privados podem ocupar a posição de ‘produtores regulares’ para algumas políticas públicas e a posição de ‘produtores auxiliares’ ou não produtores para outras políticas públicas.

Nesse sentido, percebe-se que a presença de produtores regulares e produtores-usuários é fundamental para as atividades de coprodução. Não é a toa que Parks *et al.* (1981) e Ostrom (1996) estabelecem que as atividades de coprodução são mantidas pelo relacionamento entre produtores regulares e produtores-usuários, pois, esses são os indivíduos sem os quais as atividades de coprodução não poderiam ocorrer. Pondera-se que, ainda que outros tipos de participantes sejam importantes para a coprodução, apenas ‘produtores regulares’ e ‘produtores-usuários’ são essenciais. Com isso, se infere que em algumas situações podem ocorrer atividades de coprodução, ainda que registrada a ausência de ‘produtores auxiliares’, ‘voluntários’ ou ‘*staff*’.

Proposição 7: Embora seja importante a presença de ‘produtores auxiliares’, ‘voluntários’ e ‘*staff*’, são essenciais para as atividades de coprodução apenas a presença de ‘produtores regulares’ e ‘produtores-usuários’.

Proposição 8: Enquanto a participação de ‘produtores regulares’ e ‘*staff*’ é contínua sobre o problema enfrentado, a participação de ‘produtores auxiliares’ e ‘voluntários’ é esporádica.

Proposição 9: A participação de indivíduos específicos do grupo ‘usuários’ (total de moradores) é esporádica sobre o problema enfrentado, embora seja contínua a participação de ‘produtores-usuários’ no processo, já que parte dos indivíduos desse grupo se reveza nas ações de coprodução.

Observa-se que, enquanto a participação dos produtores regulares e *staff* é contínua sobre o problema, a dos produtores auxiliares e voluntários é indireta e esporádica. Exemplo disso é a participação do Seminário Católico Propedêutico (voluntário), que realizou uma iniciativa pontual de alguns membros e não institucional. Caso fosse uma ação institucional, poderia haver a continuidade ainda que os indivíduos fossem substituídos (passando a ter outro tipo de participação). Além disso, se aponta que a participação de indivíduos específicos do grupo ‘usuários’ (total de moradores) é esporádica sobre o problema enfrentado, embora sempre haja a presença de indivíduos desse grupo atuando como ‘produtores-usuários’.

Ainda, levanta-se a possibilidade da existência de alguma forma de hierarquização das relações, isso é, em que produtores regulares (públicos) funcionem como bloqueadores ou facilitadores para a participação de coprodutores privados (regulares, auxiliares, voluntários e produtores-usuários). Os dados da pesquisa apontam que os produtores regulares públicos têm a capacidade de acionar ou não acionar os indivíduos ou organizações que gostariam que fizessem parte da estrutura de implementação da política.

Proposição 10: Os coprodutores públicos têm a capacidade de facilitar ou restringir o acesso dos coprodutores privados às ações de coprodução

Embora não tentasse evidenciar uma hierarquização nas relações entre produtores regulares públicos e outros coprodutores privados, Ostrom (1996) visualizou que na comparação de casos brasileiros e nigerianos de coprodução, os produtores regulares públicos brasileiros encorajaram a participação de outros participantes, enquanto os produtores regulares públicos nigerianos desencorajaram a participação de outros participantes.

Especificamente nos casos pesquisados nessa tese, exemplo disso foi a inclusão das duas associações de moradores dos bairros de ‘incidência muito alta’ (Jacy e Tijuca), em que a prefeitura realizou um esforço para que essas lideranças fizessem parte das discussões e ações envolvendo o controle do dengue nos bairros. Como afirmou o presidente da associação de moradores do Jacy (2013), “*não fomos convidados, não como um convite, mas como uma intimação*”.

Exemplo da situação contrária aconteceu com a Sociedade Espírita Anorran (Seminário), em que, embora houvesse interesse da organização em participar, os agentes públicos acabaram por não acionar qualquer atividade a ser realizada pelo participante, ficando esse de fora das ações implementadas. Assim, percebe-se que há várias possibilidades de participação para atores privados, no entanto, talvez até em função de não haver uma obrigatoriedade (por meio das regras) na inclusão desses participantes, o setor público foca em incluir apenas quem for de seu extremo interesse.

Na próxima subseção são apresentadas as motivações ou fatores que levam os participantes a realizar as atividades de coprodução.

5.1.3 Motivações

Alford (2002, p. 33) há mais de uma década questionou “o que induz as pessoas a contribuírem com seu tempo e esforço para a coprodução?”. A fim de responder a essa questão e aplicá-la ao contexto da pesquisa, os participantes apontaram os elementos que os motivam sua participação nas ações de combate ao dengue, conforme demonstrado no Quadro

13. Com base no Quadro 13 foi possível realizar análise comparativa entre os casos (*csQCA*) para as motivações de cada classe de participante (vide Apêndice H).

Participante	PARATI	SEMINÁRIO	JOCKEY CLUB	JACY	TIJUCA
Gerente	Atribuição cargo.	Atribuição cargo.	Atribuição cargo.	Atribuição cargo.	Atribuição cargo.
Enfermeira	Atribuição cargo.	Atribuição cargo.	Atribuição cargo.	Atribuição cargo.	Atribuição cargo.
ACS	Atribuição cargo.	Atribuição cargo.	Atribuição cargo.	Atribuição cargo.	Atribuição cargo.
ACE	Atribuição cargo.	Atribuição cargo.	Atribuição cargo.	Atribuição cargo.	Atribuição cargo.
Associações de moradores	Sentimento pertencimento comunidade.	-----	-----	Responsabilidade da associação.	Responsabilidade da associação.
Escolas e Ceinf	-----	-----	Atribuição cargo.	Atribuição cargo.	Atribuição cargo.
Igrejas	-----	-----	Sentimento pertencimento comunidade.	Sentimento pertencimento comunidade.	Sentimento pertencimento comunidade.
Outros participantes	Simpap-MS (sentimento pertencimento comunidade).	UCDB (não foi possível identificar).	-----	-----	Supermercado Trazzi (sentimento pertencimento comunidade).
		CEI (responsabilidade da creche).			
		Seminário Propedêutico (não foi possível identificar).			
Moradores	Medo contrair a doença (interesse próprio).	Medo contrair a doença (interesse próprio).	Medo contrair a doença (interesse próprio).	Medo contrair a doença (interesse próprio).	Medo contrair a doença (interesse próprio).

Quadro 13 – Motivações dos participantes às ações de coprodução

Fonte: Elaborado pelo autor (2015).

Para realização da análise *csQCA* acerca das motivações das classes de participantes (Apêndice H) da coprodução, a tabela verdade foi construída da seguinte maneira: (a) Ausência do tipo de participante (0); (b) Atribuições do cargo (1); (c) Sentimento de pertencimento à comunidade (2); (d) Medo de contrair a doença / interesse próprio (3). De maneira geral, os dados da análise *csQCA* indicam que entre os servidores públicos a motivação para atuação no processo de implementação do controle vetorial do dengue é devido à própria atribuição do cargo que ocupam (variáveis 1, 2, 3, 4 e 6, apêndice H).

Isso acontece não apenas entre ACS, ACE, Enfermeiras, Gerentes e Supervisores ACE – mas foi observado inclusive nas Escolas e Ceinf participantes da pesquisa. Da mesma forma, foi identificado que pode ser considerada **responsabilidade** (ou dever) das associações de moradores resolver problemas da comunidade e proteger os interesses de seus moradores (variável 5), contudo as associações apenas se engajaram firmemente ao combate quando souberam da incidência de casos na região (Jacy e Tijuca), conforme já foi demonstrado.

Embora algumas associações considerem ser sua responsabilidade auxiliar na intermediação de interesses da comunidade junto ao poder público, essa responsabilidade está mais próxima a uma orientação de conduta do que ao exato cumprimento de um a regulamento escrito que conduz suas ações (a exemplo do que acontece entre os produtores regulares públicos). Pelo que se observa, sua participação em determinadas questões está associada à relevância com que consideram essas mesmas questões para sua comunidade, então seguem uma “agenda política”.

Dependendo da relevância ou interesse observado pelos membros da associação, algumas questões são destacadas enquanto outras são marginalizadas. As associações de moradores entrevistadas afirmaram priorizar algumas questões públicas, principalmente em decorrência de sua importância relativa para o bairro (seja limpeza das vias públicas, iluminação pública, sinalização de vias públicas, segurança pública, ou mesmo, o combate ao dengue). Por exemplo, embora a associação de moradores do bairro Parati ocupe o papel de ‘produtor auxiliar’ para o combate ao dengue, afirmou participar ativamente de questões envolvendo a limpeza, manutenção (junto à secretaria de obras) e sinalização das vias públicas (junto à Agetran – Agência Municipal de Transporte e Trânsito) – ocupando para essas últimas questões, a posição de produtor regular.

Desta forma, pode-se afirmar que existem diferenças entre as motivações de ‘produtores regulares’ públicos e privados. Quando se trata de produtores regulares públicos, suas ações estão fundamentadas sobre uma base racional-legal (o princípio da legalidade⁸⁵), assim há a obrigatoriedade do cumprimento do que está estabelecido em lei. Já para os produtores regulares privados (na pesquisa representada por associações de moradores, UCDB e CEI), embora existam orientações sobre o modo como operam suas organizações, há menos limitações à ação do que entre os produtores regulares públicos. Nessa situação, como observado na subseção anterior, os interesses ou prioridades dos gestores das organizações podem redirecionar seu modo de atuação ou atenção disponibilizada para algumas questões, ora estreitando interesses com o poder público, ora se distanciando.

Além das associações de moradores de Jacy e Tijuca, em duas outras oportunidades da pesquisa se observou ‘produtores regulares privados’ (CEI São Domingos Sávio e UCDB). Para o Centro de Educação Infantil (CEI), a motivação a participar seria em função da obrigação (dever) da creche em informar as crianças acerca de alguns assuntos, inclusive o

assunto do dengue. Já no caso da UCDB, não foi possível identificar suas motivações, pois não houve possibilidade de entrevistar qualquer representante desse participante. Ainda que não tenha sido possível entrevistar um representante da universidade, observa-se que suas ações são institucionais, pois há uma estrutura formada por professores e alunos voltada a fornecer apoio clínico à unidade de saúde. Assim, percebe-se entre os produtores regulares privados um sentimento de dever ou interesse profissional (pelo menos momentâneo) em auxiliar o setor público na implementação da política, porém esses interesses podem mudar ao longo do tempo, o que alteraria as suas ações com respeito à política pública.

Mas então, é possível a produtores regulares privados se afastarem das ações executadas (mesmo que façam parte de sua função societal)? Pelo que se observa, não há de fato um afastamento dos produtores regulares privados em relação às atividades que realizam em seu cotidiano, mas um afastamento das ações voltadas à implementação da política. Na realidade o que parece acontecer é que, de acordo com seu entendimento, atores privados (organizações) escolhem querer participar de atividades em parceria com o poder público ou não. Entende-se que em algumas situações há convergência de interesses entre produtores regulares públicos e esses atores privados, em que ambos consideram interessante a relação de parceria para o cumprimento de objetivos próprios de sua organização.

Proposição 11: A motivação para organizações privadas atuarem em parceria com o poder público em atividades de coprodução acontecerá se essas atividades facilitarem ou propiciarem o cumprimento de alguns de seus objetivos organizacionais próprios.

Um exemplo de situação desse tipo seria se o CEI São Domingos Sávio “fechasse as portas” aos ACS que realizam ações na creche. Isso não significaria de qualquer forma que o CEI deixaria de tratar com os alunos sobre a temática do dengue, mas apenas que a dinâmica e a intensidade com que a temática é tratada seria modificada. Na entrevista junto ao CEI fica evidente essa realidade, em que segundo a coordenadora, os trabalhadores da unidade de saúde precisam apresentar uma proposta de parceria condizente ao que se espera, para que se

⁸⁵ O princípio da legalidade estabelece que a ação dos agentes públicos deve ser condicionada e regulamentada por leis.

estabeleça a parceria. Pois na impossibilidade disso acontecer, o CEI fornecerá de maneira isolada o conhecimento aos alunos sobre o que precisam saber sobre o dengue⁸⁶.

“Eu acho como escola, o dever da escola é passar a informação correta pra todos os alunos [...] Todas as ações são planejadas e discutidas (com a UBSF), os temas decididos são trabalhados. Se não, não teria o porquê da gente aceitar esse tipo de parceria [...] Nós conversamos, discutimos os temas, discutimos as ações, discutimos a metodologia, eles montam a ação e vem até o centro infantil aplicá-la [...] Olha, muitas vezes existem certas propostas que não são assim adequadas pra crianças, pra educação infantil, então muitas são rejeitadas” (Coordenadora CEI São Domingos Sávio, 2014).

Na situação de não parceria, as organizações privadas acreditam que o relacionamento com o setor público não é, ou deixa de ser interessante em termo de seus objetivos organizacionais. Para ocorrer a parceria, produtores regulares públicos e privados precisam acreditar ser vantajoso estabelecer e manter as atividades de coprodução conjuntamente, o que poderia ser tratado como uma ‘condição técnica’. De acordo com Parks *et al.* (1981) e Ostrom (1996), quando qualquer das partes (pública ou privada) acredita ser desinteressante a parceria, buscará realizar suas ações isoladamente, sem a dependência de outros participantes.

Proposição 12: Se produtores regulares públicos ou privados considerarem desinteressante estabelecer parcerias com a outra parte, irão procurar isoladamente oferecer aos usuários os *inputs* que sua função societal estabelece.

Já com os produtores auxiliares e voluntários, o que se percebe é um sentimento de comunitarismo e solidariedade em relação ao bairro em que vivem ou convivem. Ao que parece, esses participantes se sentem responsáveis por ajudar ou colaborar da forma que for possível nas ações de combate ao dengue. Como observado, fazem parte dessa classe de participante as organizações de cunho religioso (variável 7, apêndice H), bem como outras organizações presentes nos bairros há algum tempo. Por exemplo, o Supermercado Trazzi (bairro Tijuca) já trabalha na região há mais de 15 anos, e os proprietários, inclusive, residem no bairro.

⁸⁶ Nessa situação não há possibilidade de estabelecimento de um relacionamento coprodutivo, pois as organizações locais acreditam que podem prestar seus serviços sem a dependência de agentes públicos (PARKS *et al.*, 1981; OSTROM, 1996).

Nesse sentido, Clary, Snyder e Stukas (1996) estabelecem seis categorias de motivações para a classe ‘voluntários’: (a) valores, em que as pessoas se voluntariam para expressar seus valores humanistas ou preocupação altruístas; (b) compreensão, em que as pessoas veem o trabalho voluntário como uma oportunidade para melhorar seu conhecimento do mundo e desenvolver habilidades; (c) aprimoramento, que permite que os indivíduos se desenvolvam psicologicamente e melhorem sua estima; (d) carreira, em que as pessoas se voluntariam para ganhar experiências benéficas às suas carreiras; (e) social, em que as pessoas se voluntariam para ajudar outras pessoas a se ajustarem a grupos sociais que são importantes para elas; e (f) protetora, em que as pessoas se voluntariam para lidar com ansiedades e conflitos internos. No entanto, de acordo com Alford (2002), e em conformidade com os dados obtidos na pesquisa, a categoria mais significativa de motivações para voluntários foi a de ‘valores’.

No que se refere às motivações para os produtores-usuários (moradores) participarem das ações de combate, os dados da pesquisa apontam que esses são motivados por evitar que sua família ou amigos contraiam a doença (variável 8, apêndice H). Esse resultado vai ao encontro do proposto por Alford (2002), onde afirma que usuários são mais motivados por incentivos não-materiais do que por sanções ou recompensas materiais. Com respeito à motivação dos produtores-usuários, chama atenção o fato de aquilo que os entrevistados relataram como os motivando, não corresponde necessariamente àquilo que consideram motivar outros produtores-usuários.

Como observado, os produtores-usuários participantes da pesquisa afirmaram se motivar para evitar contrair o dengue (incentivos não-materiais), no entanto consideram que outros usuários se motivariam por: eventos junto à comunidade, multas aos infratores, maior controle dos imóveis, mais propagandas veiculadas, propagandas mais impactantes, desconto no IPTU *etc.* (incentivos materiais e não-materiais). Como será observado mais adiante, as ações de coprodução nos casos pesquisados acontecem principalmente em nível individual. Aponta-se que se houvesse maior interesse coletivo para a execução dessas ações de coprodução, talvez a motivação observada entre os produtores-usuários pudesse migrar para ‘pertencimento à comunidade’, assim como acontece com produtores auxiliares e voluntários.

Desta forma, tendo identificado as motivações para cada classe de participante, observa-se que as motivações de produtores regulares públicos / *staff* (atribuições do cargo), produtores regulares privados / produtores auxiliares (cumprimento do dever), voluntários (comunitarismo) e produtores-usuários (interesse próprio) são diferentes entre si, conforme já

era indicado por Alford (2002). Nesse sentido, Glaser e Denhardt (2010) estabelecem que o sucesso da política pública estará atrelado ao “equilíbrio” adequado dos interesses desses participantes. Contudo, Thatcher (2001) aponta que esse equilíbrio não é facilmente mantido, devido aos diferentes valores dos participantes.

Proposição 13: As motivações dos distintos tipos de participantes são diferentes entre si.

Proposição 14: Produtores regulares públicos e *staff* são motivados por cumprir as atribuições do cargo que ocupam.

Proposição 15: Produtores regulares privados e produtores auxiliares são motivados por cumprir sua função (ou dever) societal.

Proposição 16: Voluntários são motivados por sentimento de comunitarismo e solidariedade em relação ao bairro.

Proposição 17: Produtores-usuários são motivados por evitar que sua família contraia a doença, isso é, por interesse próprio.

Proposição 18: As ações de implementação via coprodução dependerão do ajuste (equilíbrio) das motivações dos múltiplos participantes.

Algumas dificuldades neste sentido são evidenciadas pelos dados da presente pesquisa. De acordo com alguns produtores regulares, o engajamento dos moradores se intensifica em períodos de epidemia, quando os moradores estão assustados em função dos surtos de dengue. Esse medo de contrair a doença aparentemente motiva as pessoas à ação, percepção corroborada pelos depoimentos dos próprios moradores. Mas o que é o ‘medo’ de contrair dengue? De acordo com Michaelis (s/d), medo é uma “perturbação resultante da ideia de um perigo real ou aparente ou da presença de alguma coisa estranha ou perigosa”. Desta forma, é importante não apenas identificar as motivações dos usuários, mas identificar se os usuários consideram perigosa ou emergencial a situação enfrentada.

Proposição 19: A motivação dos usuários em participar das ações de coprodução (que os tornariam produtores-usuários) não é homogênea ao longo do tempo, em que sua presença mais (ou menos) ativa dependerá do reconhecimento do problema como algo válido de ser enfrentado (condição cognitiva).

Assim, a percepção dos usuários acerca da gravidade do problema enfrentado pode interferir no seu interesse em participar das ações de coprodução, ou seja, em se tornar produtores-usuários (condição cognitiva, que será tratada mais adiante). Desta forma, percebe-se que não há uma participação homogênea dos usuários ao longo do tempo, mas períodos de maior ou menor participação. Entende-se que, quando o problema está mais ativo (como em situações de epidemia), os usuários têm maior interesse em colaborar com as ações de coprodução, sendo esse o momento de maior dependência em relação aos coprodutores públicos envolvidos com o problema. Nessa linha, Jakobsen (2013) afirma que usuários são motivados a participar de atividades de coprodução quando forem dependentes do serviço público que as atividades de coprodução os fornecem.

Essa constatação pode ser testada através do padrão de epidemias que o município vivenciou (2007, 2010 e 2012). É possível identificar um padrão cíclico nas epidemias, pois quando o município enfrenta uma situação epidêmica (período de maior dependência do serviço de combate ao vetor), os usuários estão mais dispostos a contribuir com seu tempo e esforço para o combate⁸⁷. Com o passar do tempo, os usuários já não estão mais tão dispostos a contribuir com seu tempo e esforço, pois já não se ouvem mais relatos sobre casos de dengue com a mesma intensidade do ano anterior.

Desta forma, assim como alguns produtores regulares (privados) se mostraram mais dispostos a participar quando há uma situação emergencial a ser enfrentada, os produtores-usuários também tendem a participar de maneira “reativa”. Lembrando mais uma vez que o ideal seria que os moradores fossem ativos ainda que a situação não fosse calamitosa, agindo de maneira “proativa”. Considerando que as motivações dos indivíduos normalmente não mudam num período tão curto de tempo (e realmente não mudam), infere-se que o que modifica ao longo do tempo é sua percepção sobre o problema enfrentado.

Esclarecidas as motivações dos produtores-usuários participantes da pesquisa, é relevante também considerar quais as motivações para o governo querer coproduzir os serviços públicos. Os dados da pesquisa apontam uma clara dependência do governo em relação à participação dos produtores-usuários nas ações implementadas, em que vários dos entrevistados indicaram que o governo sozinho não teria condições de lidar com a situação do controle do dengue (condições técnicas). Esse aliás, é um dos princípios da coprodução, uma

⁸⁷ Alford (2002) estabelece que é necessário que os usuários estejam dispostos a contribuir com seu tempo e esforço para implementação das ações de coprodução.

relação de interdependência entre produtores e usuários, em que os propósitos dos primeiros não conseguiriam ser atingidos sem que os usuários contribuíssem com seu tempo e esforço (ALFORD, 1998, 2002).

Além da clara dependência do governo à ação dos produtores-usuários, os entrevistados indicaram outras motivações do governo por atuar conjuntamente com a população. Dentre essas foram citadas: (i) que a despesa com tratamento de doentes é superior à despesa com prevenção, e (ii) que o trabalho conjunto com a população reduz o custo financeiro para realização das ações de combate (ambas condições econômicas). Nesse sentido, se for utilizado como referência apenas o número de ACS (sem pensar em outros recursos necessários à implementação) ativos, deveriam ser contratados mais agentes para cobrir as áreas descobertas nos bairros e multiplicar esse valor por três – o que aumentaria o gasto da prefeitura com sua folha de pagamento.

Esse montante multiplicado por três é justificado pelo ciclo do mosquito, que pode eclodir em aproximadamente dez dias (FUNASA, 2001a, IOC, s/db), enquanto os ACS (segundo regulamentação específica, BRASIL, 2011b – um exemplo de condição normativa) devem vistoriar as residências uma vez ao mês. Então, além de ser a única forma possível para a realização do combate (no caso do dengue), o apoio da população permite que essa abordagem de implementação (coprodução) seja a mais econômica dentre as possíveis para a prefeitura.

Proposição 20: As motivações para o governo empreender ações de coprodução estão vinculadas às condições técnicas, econômicas e normativas.

Proposição 21: As condições de coprodução não apenas definem a escolha por essa abordagem, mas orientam a dinâmica de recursos empregados ao longo do processo de implementação.

Essa questão dos custos associados à implementação de políticas públicas é uma questão crítica à administração. Osborne e Gaebler (1992) já a sua época, apontavam a coprodução como uma estratégia de ação governamental que tipicamente visava a redução de custos. Ostrom (1996) aponta que em países em desenvolvimento a importância relativa da coprodução aumenta, devido às limitações orçamentárias com que convivem os governos – entendendo que a provisão desses *inputs* poderia ser complementada pela população.

As evidências da pesquisa, então, permitem inferir que as condições de implementação (técnicas, econômicas e normativas) não apenas possibilitam a implementação, mas afetam a dinâmica dos serviços públicos prestados. Isso fica claro ao se observar como as características técnicas, econômicas e normativas acabam por definir a dinâmica de alocação dos recursos existentes. Ainda sobre as condições de coprodução, essas serão mais bem desenvolvidas na subseção ‘condições de coprodução’.

Na próxima subseção é apresentado e discutido o nível em que ocorrem as atividades de coprodução, se individuais, grupais ou coletivas.

5.1.4 Nível de coprodução

Em relação ao nível em que as atividades de coprodução são realizadas pelos produtores-usuários, os dados da pesquisa evidenciam que o interesse desses em desenvolver ações de combate ao dengue em suas próprias residências e na comunidade é diferente. Embora todos os produtores-usuários entrevistados tenham afirmado realizar o combate em suas casas, apenas um morador (do bairro Parati) afirmou ter participado de ações coletivas na comunidade⁸⁸. Como se observou, a população, em sua maioria, promove as ações de combate apenas para benefício próprio e de seu entorno, assim caracteriza-se o nível de coprodução como **individual**. Brudney e England (1983) sugerem que a coprodução individual é aquela em que o usuário participa do serviço que usufrui diretamente.

Embora Brudney e England (1983) estabeleçam que as ações de coprodução possam ocorrer em nível individual, grupal ou coletivo, os achados de Glaser e Denhardt (2010) contestam essa premissa. Os autores, baseados nos relatos dos respondentes de sua pesquisa levantam dúvidas sobre a capacidade dos usuários de superarem o autointeresse e se engajarem em ações coletivas. Deste modo, tanto na pesquisa de Glaser e Denhardt (2010), como nos dados obtidos nessa pesquisa, a presença de ações individuais foi bastante superior às ações mais coletivas.

Proposição 22: Ações promovidas por produtores-usuários quase sempre ocorrem em nível individual, devido à dificuldade desses indivíduos em abandonar o autointeresse.

⁸⁸ A ação comunitária que o Morador 1 participou consistiu na limpeza e coleta de materiais dispostos irregularmente na rua em que morava.

Desta forma, observa-se que as atividades de coprodução individual realizadas no controle do dengue nos casos pesquisados não dependem de articulação ou relacionamento entre produtores-usuários. Isso posto, houve a tentativa de identificar as causas ou motivos para a dificuldade no estabelecimento de ações coletivas nos bairros entre os usuários. Dentre as dificuldades identificadas foram citadas: (i) a ausência de agentes articuladores para promoção das ações⁸⁹, (ii) a ausência de convite ou divulgação das ações, (iii) por acreditar ser obrigação do setor público realizar o combate, (iv) falta de vontade da população em realizar as ações, e (v) falta de tempo (normalmente por estar trabalhando) para participar das ações.

Proposição 23: Atividades de coprodução individual não dependem da articulação entre os produtores-usuários, isso é, a coprodução pode ocorrer ainda que esses indivíduos não possuam qualquer relacionamento entre si.

Mas ainda com a indicação de baixa interação entre as pessoas nos bairros, as ações de coprodução podem existir e, de fato, existem – não de maneira coletiva, mas de maneira “paralela”. Relevante observar que um dos tipos de interdependência identificado por Thompson (1967) foi justamente a interdependência paralela, descrita como uma situação em que o resultado final depende do trabalho de múltiplos atores, mas eles podem realizar seu trabalho individualmente, sem necessidade de levar em consideração o trabalho realizado por ou interagir com outros. Infere-se que a falta de ação coletiva não significa necessariamente uma falha na execução.

Proposição 24: A ausência de relacionamento entre os produtores-usuários para as atividades de coprodução não significa uma falha em sua execução, pois paralelamente esses indivíduos podem realizar as ações necessárias à implementação da política.

⁸⁹ Em pesquisa realizada, Ribeiro, Andion e Burigo (2015) diagnosticaram que a presença de agentes articuladores foi um dos elementos responsáveis para o efetivo cumprimento das ações de coprodução.

Frieling, Lindenberg e Stokman (2014) explicam essa realidade. Segundo os autores, mesmo em bairros com baixos índices de engajamento comunitário é possível apreciar um alto grau de habitabilidade (*liveability*, tradução livre). Isso acontece devido aos moradores não causarem qualquer incômodo uns aos outros, se sentirem seguros e cada um individualmente zelar por aspectos que influenciam na qualidade de vida no bairro.

Contudo, afirmam que se não compartilhada e fundamentada coletivamente a coprodução, a motivação de contribuir para a habitabilidade do bairro tende a diminuir automaticamente com o tempo (FRIELING; LINDENBERG; STOKMAN, 2014). Ou seja, a falta de atitudes e ações coletivas de coprodução pode afetar a continuidade dos esforços individuais. Talvez essa seja uma das explicações para a observação de um padrão cíclico nas epidemias de dengue no município, motivo pelo qual não é possível realizar a manutenção efetiva do controle do dengue ao longo do tempo.

Proposição 25: Se não fundamentada coletivamente, os esforços dos produtores-usuários à coprodução tendem a diminuir ao longo do tempo.

Na próxima subseção é identificado e discutido o papel do governo nas atividades de coprodução.

5.1.5 Papel do governo

Como observado, os dados da pesquisa apontam que os coprodutores governamentais exercem uma série de funções para a implementação da política, dentre essas estão: orientações aos moradores, realização de controle mecânico, vistoria em imóveis fechados, terrenos baldios e comércios *etc.* Essas atividades de coprodução são todas suportadas ou apoiadas por equipes da secretaria de saúde, representadas nos bairros pelas unidades de saúde, participantes que Alford (1998) tratou como administradores e profissionais (*managers* e *staff*, tradução livre).

Nesse sentido, Lam (1996) aponta que o governo pode atuar de diversas formas para a implementação das ações via abordagem de coprodução, como: (i) líder, apresentando ideias e promovendo atividades; (ii) árbitro, regulando a relação de reciprocidade entre produtores e usuários; e (iii) financiador, fornecendo recursos financeiros para os projetos. Os dados da presente pesquisa evidenciam o exercício de todos esses papéis por parte do governo municipal.

Proposição 26: Dentre os papéis esperados de ação para o governo (líder, árbitro e financiador), normalmente todos esses papéis estarão presentes, seja em maior ou menor grau.

Indícios disso podem ser observados nas atividades múltiplas realizadas pela secretaria de saúde do município, que: (1) trabalha nos bairros a promoção de atividades junto à população atendida, orientando sobre o modo que deve ser realizado o combate (indução da participação através de ACS e ACE, da mesma forma, estimula a promoção de ações e eventos atuando em parceria com as associações de moradores), (2) arbitra e promove as oportunidades de participação de organizações e moradores em nível local (regula a interação entre coprodutores através do arcabouço institucional, incluindo nessa dinâmica os conselhos de saúde como um importante espaço de discussão), bem como (3) financia as campanhas de combate ao dengue através de seus recursos (folha de pagamento, cartazes, material de consumo, televisão *etc.*).

Apesar dos multipapéis realizados pelo governo, os achados da pesquisa apontam que sempre um desses papéis será mais visível na relação. No caso do combate ao dengue nos bairros selecionados, o papel mais visível foi o de **líder**, promovendo orientações e estimulando a participação da população para a realização das atividades. Alford (1998) reconhece que se for identificada a necessidade de coprodução pelos usuários, então o papel dos agentes governamentais será mais voltado para a indução dos usuários para a coprodução. Parece ser essa a realidade nos bairros participantes da pesquisa.

Proposição 27: Embora se considere a presença de todos os papéis para o governo (líder, árbitro e financiador), sempre um desses papéis será mais claramente visível na relação de coprodução.

Na próxima subseção serão apresentados e discutidos os princípios democráticos da abordagem de coprodução, isso é, se privilegiam a participação efetiva dos usuários.

5.1.6 Princípios democráticos

Visando apresentar os dados obtidos na pesquisa envolvendo os princípios democráticos identificados nos casos, foi construída a Tabela 2 (tabela verdade) com dados

dicotômicos (0,1) para cada elemento, em que: (a) Moradores conhecem o plano de ação de combate ao dengue? [MP – Não (0), Sim (1)]; (b) Algum coprodutor entrevistado participou da elaboração do plano de ação de combate ao dengue? [CP – Não (0), Sim (1)]; (c) Moradores participam diretamente da implementação? [MI – Não (0), Sim (1)]; (d) Moradores são capazes de opinar na implementação? [MO – Não (0), Sim (1)]; (e) Associação de moradores participa do conselho local de saúde? [PC – Não (0), Sim (1)]; (f) Conselho local de saúde tem capacidade de alterar a implementação (CL – 1) ou apenas de monitorar a implementação (CL – 0)?; (g) Algum morador do bairro já realizou algum tipo de reclamação sobre o dengue? [RD – Não (0), Sim (1)]; (h) Ações a serem realizadas são apenas comunicadas (CD – 0) ou são discutidas com a população (CD – 1)?. Com base na Tabela 2 é realizada análise *csQCA* para os elementos identificados, em Apêndice I.

Tabela 2 – Princípios democráticos dos casos pesquisados

ELEMENTOS	PARATI	SEMINÁRIO	JOCKEY CLUB	JACY	TIJUCA
MP	0	0	0	0	0
CP	0	0	0	1	1
MI	1	1	1	1	1
MO	0	0	0	0	0
PC	0	0	0	1	1
CL	0	0	0	0	0
RD	0	0	0	1	1
CD	0	0	0	0	0
RESULTADO	1	1	1	0	0

Fonte: Elaborado pelo autor (2015).

Os dados da pesquisa apontam que as ações de políticas públicas do controle do dengue são elaboradas através do “plano de ação de combate ao dengue”. Durante a pesquisa observou-se que não apenas os moradores desconheciam esse plano de ação (variável 1, apêndice I), mas quase a totalidade dos coprodutores (inclusive governamentais) não participou de sua elaboração (as exceções foram as Gerentes das UBS e UBSF dos bairros de incidência muito alta). Assim, se tanto usuários, implementadores de rua e seus supervisores foram excluídos da possibilidade de articular de qualquer forma a política em desenvolvimento, não é possível afirmar que a coprodução sempre se configure como uma forma de implementação do tipo *bottom-up* (como era esperado através da revisão de literatura).

Como observado, a exceção foram as gerentes das unidades de saúde dos bairros que apresentaram ‘incidência muito alta’ (Jacy e Tijuca), que afirmaram ter participado das reuniões sobre a elaboração do plano de ação de combate ao dengue (variável 2, apêndice I). Aparentemente, as gerentes de unidades básicas com níveis mais altos de incidência no município foram convidadas a participar da elaboração do plano, que foi realizado juntamente com o ‘Comitê de Mobilização de Combate à Dengue’, instância de decisão da qual fazem parte membros da sociedade civil organizada. Além disso, no comitê participam também membros do conselho municipal de saúde para a discussão do plano de ação.

Então, o que se observa é que, para os entrevistados, em geral o plano chega “pronto” da secretaria de saúde do município, já indicando as ações a serem realizadas por cada membro. Essa postura da prefeitura deixa pouco espaço para articulações locais e demonstra que nesse caso a política de controle do dengue se caracteriza como *top-down*. Assim, entende-se que a coprodução é uma abordagem de implementação possível de ser utilizada tanto através da abordagem *bottom-up* quanto *top-down*.

Proposição 28: A coprodução é uma abordagem de implementação possível de ser utilizada tanto através da abordagem *bottom-up* quanto *top-down*.

Contudo, Ostrom (1996) esclarece que ao optar por adotar uma perspectiva *top-down* de implementação (e menos democrática, segundo Deleon e Deleon, 2002), apenas os usuários mais interessados irão persistir nas ações de coprodução, subentendendo que a maioria desses tenderia a deixar de coproduzir com o tempo. Da mesma forma, Frieling, Lindenberg e Stokman (2014) afirmam que se não fundamentada coletivamente na comunidade, o interesse dos usuários em participar das ações de coprodução tende a diminuir com o tempo. Assim, infere-se que a perspectiva *bottom-up* é uma alternativa mais sustentável à coprodução no longo prazo.

Proposição 29: Na perspectiva *bottom-up* de implementação via coprodução criam-se maiores incentivos (em relação a *top-down*) para que produtores-usuários permaneçam ativos na dinâmica de implementação ao longo do tempo.

Relacionado às duas proposições anteriores, é relevante lembrar que DeLeon e DeLeon (2002) não afirmam que perspectivas mais democráticas de implementação são necessariamente do tipo *bottom-up*, mas que a perspectiva *bottom-up* é mais democrática do que a perspectiva *top-down*, permitindo a inferência de que embora exista a possibilidade da coprodução formulada *top-down*, seria uma forma de implementação que incluía princípios democráticos. Além disso, DeLeon e DeLeon (2002) definem que uma implementação democraticamente orientada será aquela que houver o envolvimento popular direto ou indireto, sendo que formas mais diretas de envolvimento devem ser preferidas. Então temos uma abordagem de implementação democraticamente orientada onde os participantes não apresentam suas opiniões?

Nesse ponto, há uma lacuna na literatura que precisa ser mais bem estudada, pois por um lado observa-se a não-contribuição dos usuários ou dos implementadores de rua para a elaboração do plano de ação, mas por outro lado observa-se um tipo de implementação com possibilidades de participação direta e ativa dos usuários. Essa participação direta e ativa dos usuários é o que King, Feltey e Susel (1998) chamam de participação autêntica, em que se reduzem os níveis hierárquicos que afastam os usuários da ‘situação problema’, aumentando sua capacidade de participar.

Além da não-contribuição na elaboração, em todos os casos, os participantes da pesquisa entendem que as interações entre agentes e usuários não visam aprimorar a discussão do que está sendo executado, mas apenas comunicar os moradores sobre o que eles devem fazer no combate. Em menor número, outros participantes entendem que no momento da orientação é possível aos moradores discutir ou dar sua opinião ao agente comunitário. Contudo, não é possível observar, nos dados levantados, qualquer indício que evidencie a opinião dos moradores ocasionando modificações no modo como é realizado o combate. Assim, entende-se que as ações a serem executadas são mais comunicadas do que discutidas com a população (variável 8, apêndice I).

Portanto, as ações são mais comunicadas no sentido de convencer os usuários a trabalhar em prol da política pública, do que introduzi-los numa discussão mais ampla que dê voz para que opinem sobre os rumos do que esperam que seja realizado. Por outro lado, embora considere que as ações são mais comunicadas, o próprio relato do Coordenador indica que membros da sociedade civil participaram da elaboração do plano de ação através do ‘Comitê de Combate ao Dengue’.

Da mesma forma, o Coordenador aponta que os membros do conselho municipal de saúde participam das instâncias de discussão do plano de ação. Assim, parece que é privilegiada a opinião dos moradores apenas quando se trata da discussão em nível municipal. Para Ostrom (1996) e King, Feltey e Susel (1998), a apresentação de uma agenda pronta para os usuários não funciona bem. Argumentam que os usuários não devem ser apenas convencidos (participação convencional), mas incluídos a ser parte do processo decisório (participação autêntica). Segundo Ostrom (1996), quando o estilo *top-down* de implementação domina a tomada de decisão, apenas os cidadãos mais determinados irão persistir nas ações de coprodução.

Cabe questionar até que ponto a participação dos produtores-usuários na coprodução do controle do vetor do dengue pode ser caracterizada como ‘autêntica’ ou ‘democrática’ nos termos expostos por King, Feltey e Susel (1998), ou se, essas atividades de coprodução por produtores-usuários não consistem apenas em ‘aceitar’ ou ‘rejeitar’ os planos impostos e as ações recomendadas pelo governo. Se democracia nesse caso for tratada como participação, sim, a coprodução nos bairros pesquisados se mostra democrática (variável 3, apêndice I). Mas se for tratada democracia como autonomia, emancipação e envolvimento nos rumos da ação de política pública, então não, a coprodução nos bairros pesquisados não se mostra democrática (variável 4, apêndice I).

Desta forma, nos casos pesquisados os produtores-usuários se mostram ‘encarregados’ e não ‘empoderados’. Claramente há diferença entre os conceitos de democracia na implementação de DeLeon e DeLeon (2002) e de democracia participativa. Na democracia participativa, Santos e Avritzer (2009) e Abers *et al.* (2009) tratam da participação plural dos atores através de processos deliberativos que visem a inclusão e controle da sociedade sobre o Estado. Nesse sentido, apenas um dos três critérios de Fung (2006) para a participação democrática foi observado, a ‘inclusão’ dos usuários. No entanto, para o autor, outros dois critérios deveriam ser cumpridos: (i) a capacidade dos usuários opinarem nas decisões e não apenas acatá-las, e (ii) as discussões serem capazes de se converter em ações práticas.

Dentre as possibilidades de participação (agora tratando sobre democracia participativa de fato), poucos espaços foram encontrados de modo a incluir os usuários nas discussões de políticas públicas envolvendo a implementação do controle do dengue. Nas

entrevistas, apenas o conselho local de saúde⁹⁰ foi indicado como um espaço que permitiria uma influência mais clara da população sobre as questões públicas de saúde dos bairros.

O conselho local de saúde trata de todos os assuntos pertinentes à saúde do bairro, não sendo exclusivo para tratar das questões do dengue. De acordo com Campo Grande (s/d), participam do conselho os usuários (50%)⁹¹, trabalhadores da saúde (25%) e gestores e prestadores de serviços (25%)⁹². Ainda para Campo Grande (s/d), o conselho local de saúde é um órgão colegiado com poder de decisão sobre as ações desenvolvidas na unidade de saúde. Nessa instância de decisão é possível aos conselheiros debater e deliberar sobre problemas da região, bem como cobrar respostas mais ágeis e satisfatórias da prefeitura do município, conforme observado por Avritzer (2006) e Jacobi (2005).

De acordo com os dados da pesquisa, na etapa de implementação, os conselhos têm a função de dar agilidade aos desvios de rota que as ações de políticas estejam tomando, ou requisitar junto ao governo central alguns recursos que são necessários para a implementação das políticas públicas de saúde. Nesse ponto o conselho tem um papel essencial, pois através dos ofícios emitidos, pode pressionar a prefeitura para obtenção dos recursos necessários à implementação. De modo geral, as evidências da pesquisa sugerem que as ações dos conselhos locais estão mais voltadas ao monitoramento das atividades do que à elaboração de estratégias de ação⁹³ (variável 6, apêndice I).

Proposição 30: Os conselhos de políticas públicas têm sua importância para a implementação de políticas, principalmente no que se refere ao acompanhamento e monitoramento das atividades em andamento.

Então, ao contrário do que se esperava inicialmente, foi evidenciado nesta pesquisa que os conselhos podem realizar um papel importante na implementação das políticas públicas (inclusive de controle do dengue), e não somente nas etapas de elaboração e

⁹⁰ A exceção foi no caso Jacy, onde o presidente da associação de moradores disse fazer parte também do conselho regional de saúde. Contudo, foi o único participante dentre todos os casos pesquisados que disse participar dessa instância.

⁹¹ Usuários são os representantes dos indivíduos que utilizam ou dependem da prestação de serviços públicos de saúde do SUS.

⁹² Essa proporcionalidade é instituída pelo SUS, válida desde o Conselho Local de Saúde até ao Conselho Nacional de Saúde.

⁹³ A exceção ao que parece é o conselho municipal de saúde, que segundo alguns participantes tem real possibilidade de participar dos espaços de discussão que definem as políticas públicas de combate ao dengue no município.

avaliação. Essa expectativa menos ativa da ação dos conselhos na etapa de implementação foi embasada na afirmação de Wilson (2000), de que em se tratar dos conselhos, a participação popular estaria mais amadurecida nas etapas de elaboração e avaliação.

Este papel essencial dos conselhos locais de saúde na fase de implementação seria o acompanhamento e monitoramento das ações planejadas e realizadas e a cobrança de ações remediais quando necessário. Como apontado por Silva e Melo (2000) e Barrett (2004), ao longo do processo de implementação as ações não são apenas executadas, mas decisões cruciais precisam ser tomadas. As evidências do presente estudo sugerem que os conselhos podem ser uma das arenas de decisão ao longo do processo de implementação. Assim, os conselhos são potencialmente espaços participativos capazes de influenciar em vários momentos da etapa de implementação das políticas públicas.

No entanto, os dados da pesquisa mostram que o conselho local de saúde é conhecido mais pelos produtores regulares públicos e *staff* lotados na própria unidade de saúde (ACS, Enfermeiras e Gerentes), do que pelos outros participantes que não estão lotados na unidade (como ACE, Escolas, Igrejas, Comércio ou os próprios moradores dos bairros estudados), que parecem desconhecer essa instância de participação. Chama a atenção o fato dos únicos representantes dos usuários nos conselhos locais de saúde (variável 5, apêndice I) foram os presidentes de associações de moradores dos bairros de ‘incidência muito alta’ (Jacy e Tijuca) incluídos no estudo. Os presidentes das associações de moradores dos bairros de ‘incidência zero’ (Parati, Seminário e Jockey Club), não participam nos conselhos locais de saúde. Assim, os conselhos se evidenciam nos dados da pesquisa como um canal de participação popular, embora nos bairros pesquisados não sejam conhecidos ou utilizados pelos usuários em geral.

Outros canais de participação identificados para a população expressar suas opiniões, mais utilizados quanto à implementação do controle do dengue, foram: ligar na ouvidoria da secretaria de saúde, procurar a unidade básica ou conversar com os agentes, e ainda, ligar no Centro de Controle de Zoonoses (CCZ). No entanto, ao que parece, essa prática dos usuários reclamarem ou questionarem o que está sendo feito, pouco acontece. Isso é observado a partir da frequência de reclamações que os usuários fizeram, em que apenas quatro moradores entrevistados (dois do Jacy e dois do Tijuca, ambos bairros de ‘incidência muito alta’) dentre todos os casos pesquisados afirmaram ter feito reclamações em relação ao dengue (variável 7, apêndice I) – evidenciando novamente, uma participação superior em relação aos bairros de ‘incidência zero’. No caso Jacy, às duas reclamações foram dadas soluções, já no caso Tijuca apenas uma dessas conseguiu ser resolvida pela prefeitura.

5.2 Condições de coprodução

Nessa subseção são apresentadas e discutidas as condições relevantes à escolha da abordagem de coprodução para a implementação de políticas públicas. Essa discussão complementa os achados da seção anterior, na tentativa de indicar os elementos relevantes à efetiva escolha da implementação via abordagem de coprodução. Nesse sentido, além das condições já citadas na literatura (técnicas, econômicas e normativas), propõem-se duas condições adicionais (cognitivas e estruturais) relevadas pela análise dos dados empíricos. Os apontamentos realizados estão fundamentados em análise *csQCA* (vide Apêndice J), direcionados de acordo com cada categoria dessa seção ‘condições de coprodução’.

5.2.1 Condições técnicas

Parks *et al.* (1981) apontam que as condições técnicas à coprodução se referem ao *output* da ação de política pública ser resultado da junção de esforços de produtores regulares e usuários. Argumentam que quando esses esforços são complementares ou interdependentes há potencial para coprodução. No entanto, observam que quando esses esforços são substituíveis entre si (umas das partes puder realizar o trabalho do outro), não há potencial para produção conjunta de *outputs*. Desta forma, Alford (1998, 2002) argumenta que é necessária a interdependência entre produtores regulares e usuários para a coprodução, em que os objetivos da política pública não poderiam ser alcançados se os usuários não contribuíssem com seu tempo e esforço.

Nesse sentido, os dados da pesquisa permitem afirmar que os esforços ou *inputs* oferecidos pelos participantes são complementares e interdependentes entre si, e que a ação de política pública não conseguiria ser realizada sem a participação ativa dos produtores-usuários. Estes resultados são congruentes com os estudos de Ferreira *et al.* (2009), Lenzi e Coura (2004) e Cáceres-Manrique, Vesga-Gómez e Angulo-Silva (2010), que salientam a importância da participação popular na dinâmica de combate ao dengue, onde segundo esses autores, é imprescindível para que o combate ao vetor seja bem sucedido.

Assim, a participação dos produtores-usuários é essencial para as ações de combate, onde sem a presença desses seria praticamente impossível controlar o problema do dengue mecanicamente (levando em consideração que este tipo de controle é considerado o mais efetivo). É um exemplo que ilustra claramente a afirmação de Whitaker (1980), de que os

agentes governamentais podem encorajar, ilustrar técnicas e fornecer orientações, mas não conseguem sozinhos realizar a mudança.

Proposição 31: O cumprimento da condição técnica é prejudicado quando não há produtores regulares suficientes para atender a todos os usuários.

Proposição 32: O cumprimento da condição técnica é prejudicado quando os usuários não estão disponíveis para receber as orientações que os produtores regulares os oferecem.

Embora esteja clara a necessidade de esforços conjuntos entre produtores regulares e produtores-usuários, como observado no início da subseção, realizou-se análise *csQCA* para identificar se esse relacionamento entre os tipos de participantes consegue ser cumprido. Por cumprimento da condição técnica entende-se: (a) Presença de produtores regulares suficientes para realização de uma cobertura com qualidade [PP – Não (0), Sim (1)]; (b) Presença frequente de moradores nas residências, de modo que as orientações realizadas pelos produtores regulares possam ocorrer [PM – Não (0), Sim (1)].

A análise *csQCA* demonstra que em nenhum dos bairros pesquisados há ACS (produtores regulares) em quantidade suficiente para realização da cobertura de orientações com relação ao combate ao dengue (variável 1, apêndice J). Neste sentido, observa-se que não é esta a variável que explica as diferenças da incidência do dengue nos distintos casos. Essa ausência de agentes de saúde impede que todos os moradores do bairro tenham orientações no tempo adequado (mensalmente) e com a qualidade adequada (no caso Seminário observaram-se ACS cobrindo o dobro de famílias necessárias). Como observado, em alguns bairros existem famílias que não recebem orientações a mais de oito meses.

Por outro lado, é também relevante identificar se os moradores estão disponíveis a receber orientações e vistoria dos produtores regulares (ACS/ACE). Nesse sentido, percebeu-se que nos bairros de ‘incidência muito alta’ (Jacy e Tijuca) existe uma maior dificuldade em encontrar com o morador no imóvel durante a visita, dificuldade que não foi identificada nos bairros de ‘incidência zero’ (Parati, Seminário e Jockey Club – vide variável 2, apêndice J). Segundo o relato dos entrevistados, nesses bairros há muitas pessoas que trabalham em horário comercial, exatamente o período em que os agentes de saúde passam nas residências. No bairro Tijuca por exemplo, essa dificuldade por localizar os moradores elevou o nível de pendência (imóveis em que o morador não foi localizado) à 40 por cento.

5.2.2 Condições econômicas

Embora os *outputs* ou produtos das ações de políticas públicas sejam otimamente produzidos pelos esforços de produtores regulares e produtores-usuários (condição técnica), a coprodução não pode ser de qualquer forma garantida. Além da complementaridade de esforços entre os participantes, é necessário que essa complementaridade se apresente como o arranjo mais viável economicamente, ou melhor dizendo, que dentre as opções de ação que o governo possa adotar, a coprodução com usuários seja a mais barata dessas opções (PARKS *et al.*, 1981; OSTROM, 1996).

Para avaliar este aspecto, na análise *csQCA* (variável 3, apêndice J) foram consideradas duas formas básicas de implementação que poderiam ser aplicadas nessa situação do controle do dengue: (a) a realização do combate exclusivamente pelos agentes públicos (CE – 0) ou (b) sua coprodução com os moradores (CE – 1). Fazendo uma simulação dos gastos que seriam necessários para a implementação de maneira isolada pela prefeitura, calcula-se que seriam necessários um quadro de pessoal três vezes maior, isso pensando apenas no quantitativo de ACS (sem mensurar outros recursos que precisariam ser utilizados por consequência).

Esse montante de agentes é devido ao *Aedes Aegypti* necessitar de basicamente dez dias para evoluir de sua fase larvária à fase adulta (FUNASA, 2001a, IOC, s/db) e as visitas que são realizadas atualmente pelos ACS às residências são mensais (BRASIL, 2011b). Tendo em vista que no tempo de um mês os mosquitos poderiam se reproduzir três vezes, enquanto os agentes passam apenas uma vez na residência, fica evidente a escolha governamental pela abordagem de coprodução.

Proposição 33: Se reconhecida a necessidade de coproduzir com os usuários, o governo estabelecerá uma estrutura de implementação mínima visando que a população complemente seus esforços, se tornando assim o arranjo com menores custos de implementação.

Pois, se o governo considerasse a possibilidade de controlar sozinho o dengue, para a efetividade de suas ações deveriam ser contratados muitos mais profissionais, o que não acontece. Muito pelo contrário, em todos os bairros estudados o que se observa é a presença de áreas sem cobertura, bem como agentes extra-atarefados em função da ausência de

profissionais que os auxiliem na realização das ações de combate. Desta forma, além de fundamental à execução da ação de política pública na prática, a coprodução se mostra como a opção mais barata dentre as disponíveis ao governo para o controle do dengue no município.

5.2.3 Condições normativas

As ações de políticas públicas de combate ao dengue em Campo Grande são estabelecidas pelo ‘plano de ação de combate ao dengue’. No plano é determinada a maneira com que o combate será executado no município, através de seus servidores e em sua conduta na interação com a população. Além do plano de ação, existem outros mecanismos legais que fornecem o arcabouço institucional para as ações de combate ao dengue, dentre esses: Programa Nacional de Combate à Dengue (FUNASA, 2002); Programa Nacional de Controle da Dengue: amparo legal à execução das ações de campo – imóveis fechados, abandonados ou com acesso não permitido pelo morador (BRASIL, 2006a); Diretrizes nacionais para a prevenção e controle das epidemias de dengue (BRASIL, 2009a); Lei 11.350, acerca do trabalho do ACS (BRASIL, 2006c); Política Nacional de Atenção Básica (2011b), *etc.*

Para determinação das ações a serem realizadas, Bucci (2006) estabelece ser necessário aos gestores coordenar recursos administrativos, financeiros, legais e de pessoal. Ao que parece, esses recursos, assim como as condições técnicas, econômicas e normativas se influenciam mutuamente, pois os gestores devem respeitar, por exemplo: a carga de trabalho dos ACS, estabelecida pela Lei 11.350 de 2006 (BRASIL, 2006c) que é de 40 horas semanais; reduzir o índice de infestação de dengue abaixo de 1%, determinado pelo PNCD (FUNASA, 2002), entre outros.

Proposição 34: As condições normativas fundamentam as oportunidades e restrições para a participação dos envolvidos, bem como dos *inputs* que cada participante pode oferecer.

Assim, o sucesso da implementação via coprodução dependerá do ajuste articulado dessas condições. Essa dependência mútua das condições fica clara nos casos Jacy e Jockey Club, onde a falta de entendimento do arcabouço institucional (condição normativa) que regulamenta o trabalho do ACS, faz com que esses não cumpram parte de suas atribuições em relação ao dengue, necessitando da contratação de mais agentes para realização do trabalho (condição econômica).

Proposição 35: As condições técnicas, econômicas e normativas se influenciam mutuamente, isso é, a alteração em uma dessas condições acaba por influenciar as outras.

Essas dificuldades no entendimento do arcabouço institucional, que resultam num rendimento aquém do esperado nos dois bairros, foram indicadas na variável 4, do Apêndice J (CN – 1). No bairro Jockey Club (incidência zero), o entendimento dos ACS em relação às regras acarreta em não realizarem o controle mecânico durante a visita do imóvel. No bairro Jacy (incidência muito alta), o entendimento dos ACS em relação às regras acarreta em não preencherem o *checklist* do dengue. Em ambos os casos, deixam de realizar essas tarefas por acreditarem ser atribuição dos Agentes de Combate a Endemias (ACE).

Outra situação é do caso Seminário, onde alguns ACS chegam a cobrir o dobro de famílias do que é estabelecido por lei (condição normativa), sendo que, se essa regra fosse cumprida, necessitaria da contratação de mais agentes (condição econômica). Então, as condições normativas limitam e orientam as possibilidades de articulação dos recursos existentes, bem como permitem a inclusão dos usuários na dinâmica de implementação (BIFULCO; LADD, 2006). Exemplo dessa orientação e inclusão dos usuários é descrito em Funasa (2002 p. 8), em que se aponta a necessidade de “promover mudanças de hábito da comunidade que contribuam para manter o ambiente doméstico livre do *Aedes Aegypti*”.

Da mesma forma, Lam (1996) pondera que essas condições normativas ou regras são o elemento que irão definir as atribuições e os incentivos para os usuários participarem. Mas quais seriam os incentivos à participação dos usuários? Dentre as condições de implementação via abordagem coprodução apontadas na literatura e discutidas acima, pode-se afirmar que todas privilegiam condições que contribuiriam à decisão governamental de implementar uma política por meio da coprodução e nenhuma é de fato uma condição que considera o ponto de vista dos usuários a respeito do seu interesse em participar (entendendo os usuários como participantes fundamentais à implementação).

Na próxima subseção apresentam-se as ‘condições cognitivas’, apontadas como relevantes à implementação via coprodução pelos dados da pesquisa. Em outras palavras, os dados empíricos mostraram a necessidade de também levar em consideração a questão do ‘reconhecimento’ da problemática para os usuários.

5.2.4 Condições cognitivas

Como observado na subseção anterior, todas as condições apresentadas pela literatura de coprodução focalizam tão somente considerações de relevância ao governo na opção de implementar uma política pública via essa abordagem, como se a simples decisão do governo em coproduzir com os usuários fosse suficiente para que esses automaticamente se engajassem nas ações de combate. Entendendo essa situação como fantasiosa, se mostra necessário ponderar a princípio se os usuários estão dispostos a contribuir com seu tempo e esforço para colaborar com a implementação da política pública e o que poderia motivá-los neste sentido.

Proposição 36: Uma das condições para a coprodução na implementação de uma política efetivamente acontecer é que o usuário reconheça como relevante envidar seus esforços neste sentido.

Se os usuários podem escolher participar ou não participar, então as condições de implementação via coprodução elencadas na literatura estão, no mínimo, incompletas. Desta forma, é necessário entender em que condições os usuários estão dispostos em contribuir para as ações de coprodução. A proposta de condição aqui apresentada, baseada nas evidências da pesquisa, foi denominada como ‘cognitiva’ e está estruturada em dois pontos fundamentais: (i) o reconhecimento da importância pelos usuários acerca do problema a ser enfrentado, e (ii) a disposição dos usuários em se engajar em ações que visam resolver esse problema.

Sobre o primeiro ponto (reconhecimento do problema), observa-se que os moradores de cada bairro tem uma percepção diferente sobre o dengue, onde alguns o consideram como um grave problema de saúde pública, enquanto outros não. Ao que parece, essa diferença no reconhecimento do problema acaba por influenciar o segundo ponto, a disposição que cada um tem em colaborar. Os dados da pesquisa apontam que, quando a população reconhece que o problema está ativo, tem maior disposição em participar (a exemplo do que acontece em períodos epidêmicos). O contrário acontece quando não há notícias e relatos de casos da doença: nessa situação o assunto cai no esquecimento e a disposição a continuar a realizar o combate diminui.

Os resultados de Jakobsen (2013) são consistentes com os achados da pesquisa, pois segundo o autor, os usuários tendem a coproduzir enquanto forem altamente dependentes do serviço público que a atividade de coprodução os fornece. Essa complementaridade entre os

dois pontos (reconhecimento-disposição) pode ser observada através do nível de conhecimento da população sobre o combate ao dengue (variável 5, apêndice J), que não é baixo em nenhum dos bairros pesquisados (Conhecimento CC – 1, Não Conhecimento CC – 0).

Mas embora a população tenha conhecimento sobre como combater o dengue, esse conhecimento em algumas situações não se converte em ações (variável 6, apêndice J). Nos dois bairros de incidência muito alta (Jacy e Tijuca), alguns moradores afirmaram não estar dispostos a dar continuidade nas ações de combate (DP – 0), principalmente quando não percebem o mesmo interesse na comunidade (pelo contrário, DP – 1 sinaliza os bairros onde todos os produtores-usuários entrevistados afirmaram estar dispostos a realizar o combate).

Nesse sentido, o Coordenador do combate ao dengue no município comenta que foi realizada uma pesquisa com a população de Campo Grande para conhecer a parcela da população que tinha conhecimento dos métodos de combate e a parcela da população que realizava ações de controle em suas residências. *“Em 2007, depois da epidemia, pediu-se para o Ministério da Saúde fazer um levantamento em Campo Grande...92% da população pesquisada, ela tinha conhecimentos sobre a dengue e sobre as formas de controle, 10% apenas desses 92% é que realizavam alguma ação. Isso é muito pouco ainda”* (Coordenador Campo Grande, 2013). Confirmam o relato do Coordenador, algumas entrevistas com moradores do bairro Jacy (incidência muito alta), em que esses afirmaram acreditar ser obrigação do governo realizar o combate ao dengue, não da população.

Outra situação em paralelo que comprova a necessidade de reconhecimento do problema pelos moradores para que esses se mostrem dispostos em participar, foi a situação dos usuários de droga do bairro Tijuca. Os usuários de droga, presentes em grande número no bairro (segundo os entrevistados), vivem em situação de marginalidade. Para esses indivíduos, sua racionalidade sobre como deve ser o modo de vida em sociedade está desconfigurada, tendo em vista que sua dependência em torno do vício prejudica seu entendimento. Desta forma, combater o dengue no local em que vivem talvez seja a última de suas prioridades. O que comprova mais uma vez, que sem reconhecimento do problema, não há disposição em participar.

Embora o reconhecimento do problema pelos usuários seja uma condição para a escolha da implementação via coprodução, é uma condição que pode ser construída. O governo e/ou a mídia podem tomar ações visando aumentar a visibilidade e o reconhecimento da importância de um problema objeto de ação governamental. Aliás, reconhece-se um

esforço do governo junto às escolas a fim de prover conhecimento sobre o vetor e conscientizar os estudantes sobre a importância de cada pessoa realizar o combate em sua residência.

Proposição 37: A percepção da relevância de determinado problema público por parte dos usuários pode ser influenciada por ações do governo e/ou a mídia voltadas a dar visibilidade ao problema.

Nesse sentido Wilson (2005 p. 357) destaca que, antes de realizar uma mudança no rumo de ação do governo, esse mesmo governo deve estimular e educar seus cidadãos a quererem a mudança. Então, argumenta-se aqui que é altamente relevante incluir como condição de coprodução a cognição do problema a ser abordado, acreditando que sem o reconhecimento e disposição desses, será impossível empreender as ações necessárias à ação de política pública via coprodução.

Na próxima subseção apresentam-se as ‘condições estruturais’, também relevadas na análise dos dados empíricos como relevantes à implementação via abordagem de coprodução.

5.2.5 Condições estruturais

Além das condições técnicas, econômicas, normativas e cognitivas, convém observar se as atividades de coprodução propostas realmente oferecem a possibilidade de solucionar o problema público que se está enfrentando. Nesse sentido, Crosby (1996) aponta que sem uma estrutura mínima, não é possível a implementação das políticas públicas, e os dados da presente pesquisa apoiam esta observação. Essa questão se relaciona com a infraestrutura de serviços públicos disponibilizada no bairro e, conseqüentemente, à necessidade dos moradores tomarem algum tipo de atitude em resposta à ausência de um dado serviço público não atendido ou mal atendido.

Exemplo desse tipo de situação é apresentado por Oliveira e Valla (2001), onde indicam que as epidemias de dengue em favelas do Rio de Janeiro em 1986 e 1991 não se deveram à falta de cuidados da população, mas à falta de abastecimento de água e de coleta de lixo. Em regiões com não-regularidade de água, é comum que a população armazene água em tonéis ou barris, muitas vezes sem o cuidado adequado com a vedação. Da mesma forma,

sistemas de coleta de lixo ineficientes criam incentivos para que moradores queimem seu lixo ou o descartem em algum local irregular.

No geral, a maior parte dos bairros pesquisados apresentou uma estrutura mínima (CT – 1) que permite que as ações de combate ao dengue aconteçam sem maiores problemas (variável 8, apêndice J). Por outro lado, no bairro Tijuca (incidência muito alta) pode-se observar situação similar a citada por Oliveira e Valla (2001). Nesse bairro duas grandes questões ficaram aparentes em relação à infraestrutura, ou à falta desta (CT – 0): (i) descarte inadequado de resíduos em locais públicos, e (ii) falta de segurança pública no bairro. Observa-se que em ambas as questões, a falta de efetividade do poder público em trabalhar sobre esses problemas acaba afetando o caráter da prestação de serviços públicos de combate ao dengue.

Proposição 38: Uma das condições para a coprodução na implementação de uma política efetivamente acontecer é que haja condições estruturais mínimas de prestação de serviços públicos locais que permitam que as ações de coprodução surtam efeito.

Assim, o sucesso da ação de política pública não irá depender apenas das condições técnicas, econômicas, normativas e da participação efetiva dos usuários, pois o governo não fornece condições estruturais mínimas (neste caso, para que o combate ao vetor seja efetivo). Em outras palavras, argumenta-se aqui que as ações de coprodução dependem de uma estrutura de prestação de serviços públicos locais mínima para que as ações possam ser realizadas efetivamente. Da mesma forma, percebe-se que a nível local, o sucesso das ações de políticas públicas de áreas diversas (como saúde, segurança pública, abastecimento de água, coleta de lixo) são mutuamente dependentes.

Com isso, observa-se uma dependência mútua entre políticas públicas de várias áreas, que precisam umas das outras para conseguir alcançar os objetivos pretendidos. Exemplo disso é a desconfiança dos moradores do Tijuca em aceitar a visita de ACS e ACE, tendo em vista que consideram a possibilidade de esses serem bandidos trajados como agentes públicos. Da mesma forma, a presença de muitos usuários de drogas no bairro Tijuca dificulta as ações de combate ao dengue nas residências desses indivíduos, pois essas pessoas (que muitas vezes foram abandonadas pela família) vivem em situação de marginalidade. Pelo que dá a

entender, os entrevistados apontam que esses indivíduos não apresentam o mesmo asseio com sua residência do que pessoas não usuárias de drogas.

Nesses exemplos fica claro como a dificuldade em combater a criminalidade (política de segurança) e tratamento de dependentes químicos (política de saúde) afeta a qualidade dos serviços públicos prestados com relação ao combate ao dengue. Assim, se for tomada como válida essa proposta de condição, é necessário reconhecer que as políticas de diversas áreas dependem umas das outras para o alcance dos resultados, devendo por consequência atuar em conjunto sobre essas demandas específicas.

Na próxima subseção são apresentadas algumas questões contextuais que poderiam explicar a ‘incidência zero’ e a ‘incidência muito alta’ nos bairros pesquisados. Seguindo as orientações de Miles, Huberman e Saldaña (2014), é apresentado um *display* dos dados obtidos, analisados e discutidos.

5.3 Questões contextuais

De acordo com Bonafont (2004), tentar compreender as políticas públicas sem considerar o contexto em que se inserem é um trabalho inútil, pois o ambiente é capaz de impor restrições ou oportunidades às alternativas de ação. Desta forma, através da comparação dos elementos identificados, analisados e discutidos foi realizada a tentativa de apontar indícios que expliquem as diferenças na incidência do dengue nos bairros pesquisados. Para identificar as diferentes combinações de elementos relevantes que ocasionam a incidência ‘zero’ ou ‘muito alta’ foi utilizada a técnica de análise *Crisp-set Qualitative Comparative Analysis – csQCA*, a fim de identificar os padrões de combinações de elementos comuns entre os casos (KOGUT; RAGIN, 2006).

Como observado no capítulo de metodologia, para realização de *csQCA* é necessária a construção de uma tabela verdade (Tabela 3) com valores dicotômicos (0,1) para cada elemento identificado no decorrer do estudo, onde: (0) representa a ausência de determinada característica e (1) representa a presença de determinada característica. Assim, esses elementos são:

Envolvimento ativo das associações de moradores [EA] (não 0, sim 1); Participação na elaboração do plano de ação [PP] (não 0, sim 1); Possibilidade de obtenção de serviços de saúde na rede privada [SP] (não 0, sim 1); Nível de renda [NR] (menor 0, maior 1); Boa infraestrutura de serviços públicos no bairro [IB] (não 0, sim 1); Integração do trabalho entre

ACS e ACE [IT] (não 0, sim 1); Bom relacionamento entre ACS e ACE [BR] (não 0, sim 1); ACS cumprem as atribuições do cargo [CA] (não 0, sim 1); Boa aceitação dos agentes nas residências [AA] (não 0, sim 1); Facilidade de acesso aos moradores [FA] (não 0, sim 1); Disposição em participar do combate independente da disposição da comunidade de modo geral [DP] (não 0, sim 1).

Tabela 3 – Elementos contextuais dos casos pesquisados

CASO	EA	PP	SP	NR	IB	IT	BR	CA	AA	FA	DP	RESULTADO
Parati	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Seminário	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
Jockey Club	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1
Jacy	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0
Tijuca	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0

Fonte: Elaborado pelo autor (2015).

Visando fazer apontamentos lógicos sobre os elementos da Tabela 3 observa-se dois elementos que deveriam ser retirados da análise *csQCA*: (i) o envolvimento ativo das associações de moradores [EA] e (ii) a participação na elaboração do plano de ação [PP]. Essa retirada é justificada por entender que esses elementos não causam ou favorecem o resultado encontrado nos casos, mas apenas refletem o modo como esses casos se comportaram frente à situação do dengue enfrentada. Para [EA], as associações de moradores se engajaram mais firmemente ao combate quando constataram a epidemia em seu bairro, bem como [PP], em que foram convidadas a participar da elaboração do plano de ação as gerentes dos bairros com incidência muito alta.

Posta a Tabela 3, foi possível analisar através de *csQCA* o relacionamento entre elementos contextuais, o que possibilitou estabelecer padrões a partir de múltiplas causas (KOGUT; RAGIN, 2006). Nessa situação de pesquisa, visando entender o padrão de elementos relevantes a explicar a incidência zero e muito alta para os bairros com casos de dengue no município de Campo Grande – MS.

Por meio dos dados da pesquisa, um dos elementos identificados que poderia auxiliar na explicação das diferenças da incidência observada do dengue nos casos é a ‘possibilidade de acesso a serviços privados de saúde’ (variável 1, apêndice K). Quando através das entrevistas, alguns participantes afirmaram que a população preferia procurar serviços de

saúde privados aos públicos, houve o questionamento se os hospitais privados comunicavam os casos de dengue, assim como os públicos fazem.

Respondendo a esse questionamento, verificou-se que os hospitais particulares deveriam comunicar os casos positivos do dengue, no entanto segundo alguns participantes, essa comunicação normalmente não acontece. Assim, uma explicação para a ‘incidência zero’ seria a subnotificação dos casos em bairros com melhor nível de renda, vinculado à possibilidade de atendimento na rede particular de saúde. Essa constatação poderia enviesar a pesquisa, indicando que o dengue seria um fenômeno observado apenas em bairros com menor nível de renda. Isso posto, especulava-se que todos os bairros com melhores condições financeiras deveriam ser bairros de ‘incidência zero’, enquanto todos os bairros com pior condição financeira deveriam ser de ‘incidência muito alta’.

No entanto, os dados da pesquisa apontam que isso é uma inverdade, pois tanto em bairros com menor nível de renda (Tijuca), quanto em bairros com maior nível de renda (Jacy) foi possível observar uma ‘incidência muito alta’ do dengue (variável 2, apêndice K). Da mesma forma, o bairro Seminário (considerado de baixa renda) pode apreciar de um nível de ‘incidência zero’. Isso permite inferir que a incidência do dengue não é um fenômeno associado somente à pobreza.

Mesmo assim, pondera-se que existiriam algumas condições estruturais de cada bairro que poderiam afetar a dinâmica e por consequência o sucesso da implementação (variável 3, apêndice K). Nesse sentido, a maior parte dos bairros pesquisados (Parati, Seminário, Jockey Club e Jacy) goza de uma boa infraestrutura de serviços públicos disponíveis (água, coleta de lixo, segurança pública *etc.*), o que possibilita e facilita as ações de controle do dengue. Por outro lado, no bairro Tijuca identificaram-se dificuldades estruturais em relação à prestação de serviços decorrentes de outras políticas, como coleta de lixo e segurança pública, como já apontado.

Um exemplo dessa falta de infraestrutura do Tijuca é representado pela ausência de um sistema de coleta de lixo mais eficiente, que minimize o interesse das pessoas em descartar seu lixo doméstico em terrenos baldios ou queimá-lo. Enquanto pesquisador, observou-se que o tratamento do lixo é uma questão grave, onde em vários pontos do bairro, é possível observar entulho despejado em locais públicos.

Da mesma forma, outra dificuldade em relação à infraestrutura no bairro Tijuca foi a criminalidade presente. Em vários trechos da pesquisa se identifica a preocupação dos agentes

de saúde com criminosos (principalmente traficantes). Aparentemente, a presença desses indivíduos traz insegurança, tendo em vista que há relatos de colegas (ACS) que já sofreram coação durante o expediente. Devido à coação, houve inclusive a necessidade de remanejar agentes de microárea.

Além disso, ficou evidente que a criminalidade também afeta o relacionamento entre agentes e moradores. A dificuldade no relacionamento acontece quando os moradores questionam se o agente é de fato um servidor público, ou se, poderia ser um criminoso se passando por servidor público. Nessa situação, os moradores ficam receosos de aceitar uma pessoa estranha dentro de sua casa.

Ainda em relação à criminalidade, ou talvez em decorrência dela, foi diagnosticado um grande número de usuários de droga no bairro. Segundo o relato de alguns participantes, algumas famílias por não aguentarem a situação da dependência química (de um familiar), deixam a pessoa para trás sem qualquer amparo. Parece ser comum o usuário de droga viver sozinho na residência. Alguns participantes apontam que muitas vezes a situação da residência dessa pessoa é lastimável, constatando que o indivíduo não é capaz nem de cuidar de si, quanto mais de uma casa sozinho.

É necessário indicar essa dificuldade dos usuários de droga não somente apenas pelos resíduos que estes deixam despejados. Mas, para entender também, que a cabeça desses indivíduos não funciona segundo a lógica normal de qualquer pessoa. Assim, como é possível convencer esse indivíduo de que o dengue é importante de ser combatido, se o seu entendimento de vida em sociedade está comprometido? Nessa realidade, a proposta é pedir auxílio de outras secretarias (como assistência social) e estabelecer um trabalho compartilhado, entendendo que não apenas a secretaria de saúde é responsável por seus resultados. No entanto, embora esta possa ser uma explicação para a incidência muito alta da doença no bairro Tijuca, não explica a incidência muito alta no bairro Jacy, que não sofre destes problemas.

Outro elemento que poderia explicar a diferença na incidência do dengue é em relação à 'integração' entre ACS e ACE (variável 4, apêndice K). Como observado, a integração acontece quando os ACE estão lotados na unidade básica de saúde juntamente com os ACS. Nessa situação, aparentemente há um estreitamento no relacionamento entre as duas classes de agente, estreitamento esse que permite que várias demandas possam ser solucionadas em nível local, sem a necessidade de envolver outras instâncias administrativas. Nessa situação de integração, qualquer dificuldade encontrada pelos ACS no relacionamento

com os moradores são repassadas diretamente aos ACE, o que possibilita resolver os problemas identificados com mais agilidade e eficácia.

Para entender a agilidade e eficácia da integração, é necessário comparar as dinâmicas dos bairros que a utilizam (IT – 1) ou não (IT – 0). Por exemplo, no bairro Jockey Club (sem integração), os problemas identificados pelo ACS são repassados à enfermeira, e posteriormente à gerente. A gerente entra em contato com o CCZ para relatar o ocorrido, que encaminha o problema ao supervisor geral da microrregião, que repassa o problema ao supervisor ACE da área. Nessa situação, para resolver um único problema são necessários seis indivíduos direcionarem seus esforços. Enquanto que, na integração, são necessários apenas dois (ACS e ACE).

Embora os dados mostrem a relevância desta variável à eficiência das operações do controle do vetor do dengue pelos produtores regulares, a integração (ou falta de integração) entre ACS e ACE isoladamente não explica o resultado para a ‘incidência muito alta’ e ‘incidência zero’. Exemplo disso é o bairro Jockey Club (incidência zero), em que não funciona a integração até o momento.

Contudo, embora se considere a ‘integração’ como um aspecto positivo, aparentemente é difícil fomentá-la entre os agentes locais quando não há um bom relacionamento entre esses (variável 5, apêndice K). Nesse sentido, foi diagnosticada em alguns bairros (Jockey Club e Jacy) uma dificuldade no relacionamento entre ACS e ACE (BR – 0), principalmente voltada à falta de entendimento do que consideram ser as atribuições de cada um. Por coincidência ou não, nesses bairros foi identificada uma maior presença do sindicato da categoria (ACS), orientando o modo de agir desses indivíduos.

A resistência em relação a esse trabalho compartilhado acontece principalmente entre os ACS mais antigos, que vivenciaram uma série de transformações no caráter das leis, ora os afastando do combate, ora os aproximando. Com a criação da classe dos ACE, a função inicial seria “desafogar” o trabalho cotidiano dos ACS no que envolve a vigilância epidemiológica. Assim, os ACS entendem que atividades muito específicas do combate ao dengue devem ser atribuições dos ACE, como o preenchimento do *checklist* (Jacy) ou a realização do controle mecânico (Jockey Club).

Como observado, o entendimento (ou a falta dele) do marco legal leva os ACS de alguns bairros a não cumprirem todas as suas atribuições de seu cargo (variável 6, apêndice K). A análise *csQCA* demonstra que o não cumprimento das atribuições (CA – 0) acompanha

a variável 5 (relacionamento entre as classes de agente, BR – 0). Assim, por meio dos dados infere-se que essas duas variáveis estejam relacionadas de alguma forma, em que a falta de contribuição do trabalho dos ACS para algumas tarefas acaba por prejudicar o relacionamento entre as classes de agente.

No que se refere à aceitação das visitas e orientações dos ACS, os dados apontam haver uma boa aceitação pelos moradores em todos os bairros pesquisados (variável 7, apêndice K). No entanto, em dois bairros (Jacy e Tijuca, ambos de alta incidência) se observa que nem sempre os agentes conseguem ter acesso (FA – 0) ao morador da residência (variável 8, apêndice K). Isso, principalmente no Jacy, acontece muitas vezes devido ao horário de trabalho dos agentes acompanhar o horário de trabalho dos moradores, o que não torna possível a visita, e por consequência, a vistoria e as orientações que essa visita proporcionaria.

No Jacy, devido à população estar trabalhando, o bairro fica aparentemente “deserto” (sem movimento algum) durante o horário comercial. Da mesma forma, no bairro Tijuca, a dificuldade de acesso aos moradores da residência permite chegar a um índice de 40% de pendência, isto é, em quase metade dos imóveis visitados não é possível localizar o morador. Assim, se destaca que, se não há possibilidades de interação entre os produtores e os usuários, a relação de coprodução fica comprometida.

A variável de facilidade de acesso às residências foi uma das duas (variáveis) observadas somente nos dois casos de incidência muito alta e em nenhum dos casos de incidência zero. Podem ser consideradas variáveis necessárias para o resultado de alta incidência, embora em combinação com outras variáveis. Como será detalhado mais adiante, o caminho ao resultado de alta incidência não é idêntico nos dois casos (Jacy e Tijuca), mas essas duas variáveis estão presentes nos dois caminhos. Embora também haja outras variáveis presentes nos dois caminhos à alta incidência, as outras também estão presentes em casos de zero incidência, o que significa que não formam parte necessária da explicação de um ou outro resultado.

A segunda variável que poderia auxiliar na explicação da incidência é a disposição em participar dos usuários (variável 9, apêndice K). Foi identificada uma diferença na disposição dos moradores em participar das ações de combate. Embora os moradores de todos os casos pesquisados afirmaram participar das ações de combate, em dois desses bairros (Jacy e Tijuca, novamente de alta incidência) alguns indivíduos apontaram se sentir desmotivados em continuar a participar das ações de combate quando não percebem o interesse nos vizinhos

ou outros moradores da região em fazer sua parte (DP – 0). Desta forma, ainda que as ações sejam realizadas individualmente, a percepção do interesse dos membros da comunidade influencia na disposição que cada pessoa tem em participar.

Por fim, indica-se a equação com os elementos relevantes à implementação via coprodução do controle vetorial do dengue em Campo Grande – MS, de acordo com a análise *csQCA* (em Apêndice K):

$$IB\{1\} * IT\{1\} * BR\{1\} * CA\{1\} * FA\{1\} * DP\{1\}$$

Embora o apêndice K não demonstre como uma exata configuração de elementos, as únicas diferenças observadas entre os casos Parati e Seminário (incidência zero) foram as variáveis [SP] e [NR], que segundo a análise não interferem no resultado final da implementação.

Para o caso Jockey Club (incidência zero), observam-se diferenças em relação aos outros casos de incidência zero (Parati e Seminário) para as variáveis [IT], [BR] e [CA]. Mesmo que se tratem essas três variáveis separadamente, a análise mostra que todas estão relacionadas umas às outras. Nesse bairro, a dificuldade no entendimento (e no cumprimento de fato – CA) das atribuições (nos quais ambos os lados se sentem lesados), acaba por prejudicar o bom relacionamento entre as classes de agente [BR], não permitindo assim, que exista a integração [IT] até o momento. Assim, pondera-se que solucionando a dificuldade de entendimento do marco legal (CA) que envolve o trabalho de ACS e ACE, provavelmente a configuração do bairro Jockey Club seria semelhante aos outros casos de incidência zero.

O caso Jacy (incidência muito alta) demonstrou bastante similaridade com o caso Jockey Club (incidência zero). Assim como no Jockey Club, existem dificuldades com relação às três variáveis citadas no parágrafo anterior [IT], [BR] e [CA] – que como já observado, estão relacionadas umas às outras. Além disso, pesam para o resultado final da implementação – ruim nesse caso – as variáveis [FA] e [DP]. O Jacy foi um dos casos onde foi diagnosticada uma dificuldade bastante grande no acesso aos moradores [FA], bem como um dos bairros em que foram observados alguns moradores apontando se sentir desestimulados a continuar o combate quando não percebem o mesmo interesse na comunidade.

Como já observado, para essas duas variáveis, houve similaridade entre os casos de ‘incidência muito alta’ (Jacy e Tijuca). Ainda, pesa contra o resultado do Tijuca a variável [IB], ou seja, a infraestrutura de serviços públicos básicos disponíveis no bairro. No bairro

foram identificados problemas com relação à segurança pública, usuários de drogas e coleta de lixo.

Antes de finalizar essa subseção, como se trata da última dentre as seções contidas no capítulo de ‘análise e discussão dos dados’, cabe destacar novamente as proposições elaboradas ao longo deste capítulo. Essas proposições foram elaboradas com base na análise realizada e que permitiriam orientar uma agenda de pesquisa para estudos futuros a partir da comparabilidade de resultados, conforme proposto no Quadro 14.

Proposições elaboradas na pesquisa
Proposição 1: A inclusão dos coprodutores públicos na dinâmica de implementação, bem como os <i>inputs</i> oferecidos por esses atores são estabelecidos por marco normativo específico (condição normativa).
Proposição 2: Enquanto os <i>inputs</i> oferecidos pelos coprodutores públicos são estabelecidos por marco normativo, os <i>inputs</i> oferecidos por coprodutores privados dependem de sua interpretação acerca do que consideram suas funções societais.
Proposição 3: Enquanto aos coprodutores públicos é estritamente determinado seu modo de atuação, e por consequência sua classificação entre os tipos de coprodutor; aos coprodutores privados é possível alterar fundamentalmente seu modo de atuação na política pública, sendo possível inclusive, alterar sua classificação (de tipo de coprodutor) de acordo com os <i>inputs</i> ofertados.
Proposição 4: ‘Produtores auxiliares’ e ‘voluntários’ pertencem a tipos diferentes de participantes, pois enquanto aos produtores auxiliares existe possibilidade de se tornarem produtores regulares, aos voluntários isso não é possível (tendo em vista que sua função societal naturalmente o distancia dessa possibilidade).
Proposição 5: Enquanto ‘produtores regulares’ têm acesso direto aos usuários para a implementação da política, ‘produtores auxiliares’, ‘voluntários’ e ‘ <i>staff</i> ’ têm acesso apenas aos produtores regulares (acesso indireto aos usuários).
Proposição 6: Os participantes privados podem ocupar a posição de ‘produtores regulares’ para algumas políticas públicas e a posição de ‘produtores auxiliares’ ou não produtores para outras políticas públicas.
Proposição 7: Embora seja importante a presença de ‘produtores auxiliares’, ‘voluntários’ e ‘ <i>staff</i> ’, são essenciais para as atividades de coprodução apenas a presença de ‘produtores regulares’ e ‘produtores-usuários’.
Proposição 8: Enquanto a participação de ‘produtores regulares’ e ‘ <i>staff</i> ’ é contínua sobre o problema enfrentado, a participação de ‘produtores auxiliares’ e ‘voluntários’ é esporádica.
Proposição 9: A participação de indivíduos específicos do grupo ‘usuários’ (total de moradores) é esporádica sobre o problema enfrentado, embora seja contínua a participação de ‘produtores-usuários’ no processo, já que parte dos indivíduos desse grupo se reveza nas ações de coprodução.
Proposição 10: Os coprodutores públicos têm a capacidade de facilitar ou restringir o acesso dos coprodutores privados às ações de coprodução
Proposição 11: A motivação para organizações privadas atuarem em parceria com o poder público em atividades de coprodução acontecerá se essas atividades facilitarem ou propiciarem o cumprimento de alguns de seus objetivos organizacionais próprios.
Proposição 12: Se produtores regulares públicos ou privados considerarem desinteressante estabelecer parcerias com a outra parte, irão procurar isoladamente oferecer aos usuários os <i>inputs</i> que sua função societal estabelece.
Proposição 13: As motivações dos distintos tipos de participantes são diferentes entre si.
Proposição 14: Produtores regulares públicos e <i>staff</i> são motivados por cumprir as atribuições do cargo que ocupam.
Proposição 15: Produtores regulares privados e produtores auxiliares são motivados por cumprir sua função (ou dever) societal.
Proposição 16: Voluntários são motivados por sentimento de comunitarismo e solidariedade em relação ao bairro.

Proposições elaboradas na pesquisa
Proposição 17: Produtores-usuários são motivados por evitar que sua família contraia a doença, isso é, por interesse próprio.
Proposição 18: As ações de implementação via coprodução dependerão do ajuste (equilíbrio) das motivações dos múltiplos participantes.
Proposição 19: A motivação dos usuários em participar das ações de coprodução (que os tornariam produtores-usuários) não é homogêneo ao longo do tempo, em que sua presença mais (ou menos) ativa dependerá do reconhecimento do problema como algo válido de ser enfrentado (condição cognitiva).
Proposição 20: As motivações para o governo empreender ações de coprodução estão vinculadas à condições técnicas, econômicas e normativas.
Proposição 21: As condições de coprodução não apenas definem a escolha por essa abordagem, mas orientam a dinâmica de recursos empregados ao longo do processo de implementação.
Proposição 22: Ações promovidas por produtores-usuários quase sempre ocorrem em nível individual, devido à dificuldade desses indivíduos em abandonar o autointeresse.
Proposição 23: Atividades de coprodução individual não dependem da articulação entre os produtores-usuários, isso é, a coprodução pode ocorrer ainda que esses indivíduos não possuam qualquer relacionamento entre si.
Proposição 24: A ausência de relacionamento entre os produtores-usuários para as atividades de coprodução não significa uma falha em sua execução, pois paralelamente esses indivíduos podem realizar as ações necessárias à implementação da política.
Proposição 25: Se não fundamentada coletivamente, os esforços dos produtores-usuários à coprodução tendem a diminuir ao longo do tempo.
Proposição 26: Dentre os papéis esperados de ação para o governo (líder, árbitro e financiador), normalmente todos esses papéis estarão presentes, seja em maior ou menor grau.
Proposição 27: Embora se considere a presença de todos os papéis para o governo (líder, árbitro e financiador), sempre um desses papéis será mais claramente visível na relação de coprodução.
Proposição 28: A coprodução é uma abordagem de implementação possível de ser utilizada tanto através da abordagem <i>bottom-up</i> quanto <i>top-down</i> .
Proposição 29: Na perspectiva <i>bottom-up</i> de implementação via coprodução criam-se maiores incentivos (em relação a <i>top-down</i>) para que produtores-usuários permaneçam ativos na dinâmica de implementação ao longo do tempo.
Proposição 30: Os conselhos de políticas públicas têm sua importância para a implementação de políticas, principalmente no que se refere ao acompanhamento e monitoramento das atividades em andamento.
Proposição 31: O cumprimento da condição técnica é prejudicado quando não há produtores regulares suficientes para atender a todos os usuários.
Proposição 32: O cumprimento da condição técnica é prejudicado quando os usuários não estão disponíveis para receber as orientações que os produtores regulares os oferecem.
Proposição 33: Se reconhecida a necessidade de coproduzir com os usuários, o governo estabelecerá uma estrutura de implementação mínima visando que a população complemente seus esforços, se tornando assim o arranjo com menores custos de implementação.
Proposição 34: As condições normativas fundamentam as oportunidades e restrições para a participação dos envolvidos, bem como dos <i>inputs</i> que cada participante pode oferecer.
Proposição 35: As condições técnicas, econômicas e normativas se influenciam mutuamente, isso é, a alteração em uma dessas condições acaba por influenciar as outras.
Proposição 36: Uma das condições para a coprodução na implementação de uma política efetivamente acontecer é que o usuário reconheça como relevante envidar seus esforços neste sentido.
Proposição 37: A percepção da relevância de determinado problema público por parte dos usuários pode ser influenciada por ações do governo e/ou a mídia voltadas a dar visibilidade ao problema.
Proposição 38: Uma das condições para a coprodução na implementação de uma política efetivamente acontecer é que haja condições estruturais mínimas de prestação de serviços públicos locais que permitam que as ações de coprodução surtam efeito.

Quadro 14 – Proposições elaboradas na pesquisa

Fonte: Elaborado pelo autor (2015).

Com base nas análises realizadas através de *csQCA* e sustentadas pela literatura de coprodução, no próximo capítulo são apontadas as conclusões referentes ao processo de implementação via abordagem de coprodução e as condições que interferem na escolha por essa abordagem.

6. CONCLUSÕES

O objetivo geral desta pesquisa de tese foi ‘propor em bases teórico-empíricas um modelo conceitual de um processo de implementação via coprodução’. Cabe ressaltar que todas as conclusões aqui estabelecidas foram fundamentadas por procedimentos sistemáticos e rigorosos de análise (como indicam Yanow, 2006 e Yin, 2010), utilizando para isso, análise de conteúdo e *Crisp-Set Qualitative Comparative Analysis (csQCA)*. Assim, nesse capítulo são apontadas as conclusões referentes ao objetivo geral estabelecido, as principais contribuições da pesquisa, suas limitações e uma proposta de agenda para pesquisas futuras.

A fim de cumprir o objetivo geral estabelecido, a pesquisa foi aplicada ao controle vetorial do dengue em Campo Grande – MS, entendendo que o controle do dengue seria uma situação em que as ações de coprodução seriam essenciais para a implementação da política pública, pois sem o apoio da população se tornaria impossível combater o vetor, conforme exposto por Ferreira *et al.* (2009), Lenzi e Coura (2004) e Cáceres-Manrique, Vesga-Gómez e Angulo-Silva (2010).

Visando operacionalizar a realização da pesquisa, a partir da revisão de literatura envolvendo coprodução foram definidas duas categorias de análise para os dados: as ‘condições de coprodução’ e a dinâmica do ‘processo de implementação via coprodução’. Entende-se por ‘condições de coprodução’, os elementos necessários à escolha da coprodução como a opção mais adequada para a implementação de uma dada política pública. E entende-se por ‘processo de implementação via coprodução’, a dinâmica de inclusão e interação entre os participantes da coprodução, visando cumprir aos objetivos estabelecidos por uma dada política pública.

No que se refere às condições de implementação via abordagem de coprodução, é necessário pontuar que esse termo ‘condição’ foi instituído durante a pesquisa, frente ao entendimento que a literatura proporcionou. Identificadas inicialmente como ‘condições’, foram as “considerações institucionais” e “arranjos institucionais” propostos por Parks *et al.* (1981) e Ostrom (1996) – elementos apontados pela literatura como necessários à implementação via abordagem de coprodução. As ‘considerações institucionais’ foram tratadas nessa tese por ‘condições técnicas’ e ‘condições econômicas’, e os ‘arranjos institucionais’ foram tratados nessa tese como ‘condições normativas’.

Os dados da pesquisa permitem inferir que tratar separadamente dessas condições de coprodução, tal qual era estabelecido pela literatura, pode ser falho. Nesse sentido, uma das

contribuições da pesquisa foi dar um tratamento conjunto às condições necessárias à implementação via coprodução. A necessidade de um tratamento conjunto das condições foi reforçada através dos dados da pesquisa, em que foram levantados indícios de que essas condições são interdependentes umas às outras (e por consequência, se influenciariam mutuamente).

Como observado, entende-se que as condições técnicas, econômicas e normativas seriam critérios a serem pesados para a efetiva escolha da abordagem de coprodução para a implementação da política. Mas não apenas isso, pelo que pôde ser constatado, todas essas condições acabam por orientar os recursos que cada participante pode acrescentar à relação de coprodução. Desta forma, as condições propostas não apenas indicam a escolha pela opção de coproduzir com os usuários, mas interferem também na dinâmica de recursos que podem ser empregados ao longo do processo de implementação. Assim, a efetiva implementação via coprodução dependerá do ajuste articulado dessas condições.

Complementarmente ao que é apontado pela literatura, onde se verificam apenas influências técnicas, econômicas e normativas à coprodução (PARKS *et al.*, 1981) – foram identificadas através dos dados da pesquisa duas condições adicionais, isso é, novos critérios a serem avaliados para a efetiva escolha da implementação via coprodução: ‘condições cognitivas’ e ‘condições estruturais’.

A ‘condição cognitiva’ surgiu através da constatação durante o processo de análise dos dados de que todas as condições levantadas pela literatura de coprodução (técnicas, econômicas e normativas) se referem apenas a condições relevantes ao governo para a escolha de implementação via coprodução e que nenhuma dessas condições de fato contempla o interesse dos usuários em se engajar nas ações de combate (embora se reconheça a necessidade desses participantes).

Ao que parece, há uma quebra lógica na estrutura conceitual da literatura de coprodução, em que embora alguns autores busquem compreender os mecanismos psicológicos que levam os indivíduos à ação (ALFORD, 2002; JAKOBSEN, 2013), por outro lado, esses mecanismos psicológicos não são elevados ao *status* de ‘condição de coprodução’. Elevar os mecanismos psicológicos dos participantes à condição de coprodução indica não mais considerar que a simples decisão do governo em coproduzir seja elemento suficiente para que as ações possam ocorrer, mas que os indivíduos têm a possibilidade de querer ou não participar das ações que serão implementadas (um papel menos passivo).

Se reconhecida a necessidade de participação dos moradores (como Ostrom, 1996 afirma ser) para a implementação via coprodução, torna-se fundamental considerar em que condições estes indivíduos estariam dispostos a empenhar seus esforços. Portanto, uma das propostas dessa tese é que esta condição (cognitiva) seja incluída no quadro analítico das circunstâncias em que a coprodução seria uma estratégia adequada para a implementação de políticas públicas.

Os dados da pesquisa apontam que os usuários estarão dispostos a contribuir com seu tempo e esforço quando reconhecerem como importante a situação problemática enfrentada. Embora não exponha nesses termos, Jakobsen (2013) indica que os usuários se mostrarão dispostos a participar enquanto forem dependentes das atividades que a coprodução os oferece. Da mesma forma, Pestoff (2012) argumenta que os usuários se mostram dispostos a coproduzir dependendo da importância dos serviços oferecidos pela coprodução.

Aqui, os dados da pesquisa permitem aprimorar os achados de Jakobsen e Pestoff, entendendo que, quando o problema enfrentado está mais ativo (como nas situações de epidemia do dengue), os usuários terão maior interesse em colaborar com as ações de coprodução, sendo esse o momento de maior dependência em relação aos coprodutores públicos direcionados ao problema. Por outro lado, quando não há notícias ou relatos da doença, a disposição em participar diminui ao longo do tempo. Importante destacar que o governo tem a capacidade de influenciar na percepção do usuário da relevância (ou urgência) do problema, por exemplo, ampliando a divulgação de informações envolvendo um determinado tema, de modo que a população o reconheça como relevante.

Nesse sentido, a ‘condição cognitiva’ está condicionada ao reconhecimento do problema pelos usuários, e a consequente disposição dos usuários em participar das ações necessárias para implementar a política. No caso específico do controle vetorial do dengue nos bairros pesquisados, observa-se através dos dados que os moradores sabem como combater o dengue em suas residências. Mas embora a população tenha conhecimento sobre como realizar o combate, esse conhecimento nem sempre se converte em ações práticas. Desta forma, é necessário que a população, além de saber como combater, tenha disposição em participar.

Já com relação às ‘condições estruturais’, percebeu-se através dos dados da pesquisa, que em algumas situações, embora coprodutores, a incluir produtores-usuários, se empenhem na execução das ações, a coprodução não é capaz de cumprir os objetivos da política pública. Isso acontece devido a alguma dificuldade estrutural que venha a prejudicar a solução do

problema enfrentado, sendo necessário resolver a dificuldade estrutural antes ou simultaneamente ao engajamento dos participantes nas atividades de coprodução. No caso específico dessa pesquisa de tese, a influência da condição estrutural foi observada no caso Tijuca.

Isso quer dizer que, a efetividade da ação da política pública de controle ao vetor do dengue não irá depender somente da participação dos moradores nas ações de combate, sendo necessário também que o governo forneça condições estruturais locais mínimas, para que a coprodução seja a resposta adequada para resolver o problema enfrentado. Nesse caso, percebe-se que o sucesso da implementação do controle do dengue é dependente das políticas de segurança pública, política de coleta de resíduos urbanos ou mesmo política de assistência aos usuários de droga⁹⁴.

No que se refere ao ‘processo de implementação via abordagem de coprodução’, antes de qualquer coisa, foram identificados as classes de participantes incluídas nessa dinâmica. A partir da análise *csQCA*, cinco classes de participantes puderam ser identificadas por meio de configurações distintas de características levantadas através dos dados da pesquisa: produtores regulares, produtores auxiliares, *staff*, voluntários e produtores-usuários. A revisão da literatura demonstra que a caracterização dos participantes da coprodução é quase sempre descontextualizada. Em outras palavras, não há uma base comum de variáveis que sirvam de parâmetro para diferenciar as classes de participantes. Esse maior diferenciação e detalhamento dos tipos de participante na implementação via coprodução se mostra como uma das principais contribuições dessa pesquisa de tese.

De modo geral, a literatura trata de duas classes de participante: ‘produtores regulares’ e ‘usuários’, sem as quais segundo Parks *et al.* (1981) e Ostrom (1996), não haveriam ações de coprodução. Contudo, foi identificada uma classe de coprodutor adicional, tratado nessa tese por ‘produtores auxiliares’. Esta classe de coprodutor, dentre as possibilidades de atuação que sua função societal poderia permitir, se dispõem em realizar apenas algumas atividades de apoio, não se envolvendo na entrega direta do serviço e, portanto não se qualificando como ‘produtor regular’.

Os dados da pesquisa sugerem, ainda, que a classe de ‘produtor auxiliar’ apenas pode ser ocupada por coprodutores privados, pois as ações dos coprodutores públicos são

⁹⁴ Já existe no Brasil literatura que trata da intersetorialidade em políticas públicas, intersetorialidade essa, que os dados dessa pesquisa reforçam a necessidade de revisitar.

estritamente determinadas pelos órgãos aos quais estão vinculados - nos casos aqui estudados, as secretarias municipais às quais se reportam - não havendo espaço para interpretações próprias com respeito à sua função societal, diferentemente da situação de coprodutores privados.

Ainda, se mostra necessário diferenciar os ‘produtores auxiliares’ dos participantes tratados por ‘voluntários’. Através dos dados da pesquisa infere-se ser possível aos produtores auxiliares vir a se tornar ‘produtores regulares’, enquanto aos voluntários não existe essa possibilidade de atuação – pois se entende que sua função societal os afasta de atuar como um produtor regular (diretamente na entrega do serviço para a política pública). Da mesma forma, entende-se que atores privados ainda não participantes da dinâmica possam vir a se tornar coprodutores, de acordo com seu interesse em empreender esforços para o cumprimento da política, conforme motivações próprias.

Nesse sentido, outra contribuição da pesquisa foi auxiliar na compreensão das motivações que levam as diferentes classes de participantes a se inserirem na dinâmica de coprodução. Constata-se que coprodutores públicos e privados apresentam motivações diferentes para se engajar nas atividades de coprodução. Os dados da pesquisa apontam que entre os coprodutores públicos (produtores regulares e *staff*), a motivação (ou decisão) em participar das ações de coprodução é imposta pelo marco legal que regulamenta a profissão do servidor – o que poderia ser considerado como um exemplo de condição normativa. Da mesma forma, os *inputs* que coprodutores públicos oferecem à relação são normativamente determinados.

Já entre os coprodutores privados organizacionais (produtores regulares, produtores auxiliares e voluntários), a motivação em participar depende muito de sua interpretação frente ao que entendem ser a função societal da organização. Para os produtores regulares privados e produtores auxiliares, sua motivação em participar das ações de coprodução está relacionada ao interesse em cumprir o dever de sua função societal. Já entre voluntários, esses parecem se motivar por um sentimento de comunitarismo ou solidariedade em relação ao bairro em que convivem. Diferentemente do setor público, entre os coprodutores privados não há uma determinação ou obrigatoriedade nos *inputs* que devem ser oferecidos, assim mais uma vez, cabe o entendimento de cada participante sobre a forma com que atuaria na dinâmica.

Por fim, os produtores-usuários são motivados por seu interesse próprio, conforme já era proposto por Alford (2002). Nos casos pesquisados, esse interesse próprio foi identificado ao afirmarem que são motivados por evitar que o dengue atinja sua residência, amigos ou

parentes. Nas palavras de Pestoff (2012, p. 234), “*is it a very important service for them, their family, loved-ones, a relative, a friend, or not?*”. Assim, infere-se que as motivações de produtores regulares públicos / *staff*, produtores regulares privados / produtores auxiliares, voluntários e produtores-usuários são diferentes entre si.

Considerando a importância desses participantes às ações de coprodução e reconhecendo que cada classe de participante é motivada por interesses diversos uns aos outros, entende-se que há a necessidade dos gestores da política pública (como coordenadores do processo de implementação), articularem esses interesses múltiplos de forma com que sejam convergentes uns aos outros. Essa convergência, ajuste ou equilíbrio entre os interesses dos múltiplos participantes já era indicada por Glaser e Denhardt (2010), como necessária ao sucesso da implementação de política pública.

Ainda tratando sobre a motivação dos produtores-usuários, os achados da pesquisa indicam que nos casos pesquisados prevalecem as ações de interesse próprio em vez de ações mais coletivas ou que abranjam uma melhor prestação do serviço público para a comunidade de maneira geral. Isso posto, conclui-se que produtores-usuários têm dificuldade em abandonar seu benefício próprio de forma a privilegiar ações em instâncias mais coletivas – resultado esse, também encontrado por Glaser e Denhardt (2010).

Embora prevaleçam ações individuais de coprodução do controle do dengue nos casos pesquisados, isso não necessariamente se traduz em prejuízo para a implementação. Através dos dados da pesquisa, infere-se que as ações de coprodução não requerem qualquer relacionamento entre os produtores-usuários, que podem autonomamente uns aos outros coproduzir com os produtores regulares da política pública.

Então, nos casos pesquisados, ainda que individualmente, de alguma forma os moradores participam ou favorecem o controle do vetor do dengue. Mas será que essa participação dos produtores-usuários na implementação pode ser considerada democrática? Talvez a principal justificativa para a adoção da base teórica de coprodução para a tese foi por identificá-la como uma estratégia viável para inclusão de princípios democráticos à etapa de implementação, devido à participação direta dos produtores-usuários na provisão dos serviços e dependência dos agentes governamentais em relação aos *inputs* oferecidos pelos primeiros, ponto de vista compartilhado por Bier *et al.* (2010).

No entanto, os dados da pesquisa mostram que esta participação direta não torna o processo de implementação mais democrático. Especificamente nos casos pesquisados,

observa-se que os usuários não são ‘empoderados’ democraticamente, mas apenas ‘encarregados’ a realizar as tarefas que o poder público indica. Entendendo que empoderar os moradores seria uma opção mais condizente com uma democracia participativa em políticas públicas, foi diagnosticado por meio dos dados da pesquisa as possibilidades efetivas dos participantes da coprodução em influenciarem nos rumos de políticas públicas envolvendo o controle vetorial do dengue.

Os dados apontam que coprodutores públicos e privados (dos casos pesquisados) não tomaram parte nas discussões de políticas públicas envolvendo o combate ao dengue no município de Campo Grande-MS. Nesse sentido, observa-se que o planejamento das ações de combate propostas chega “pronto” da secretaria de saúde, indicando inclusive as ações a serem realizadas por cada membro, caracteriza o processo de implementação dessa política como *top-down*. Assim, diferentemente do que era esperado na base da revisão de literatura (DELEON; DELEON, 2002), conclui-se que a implementação via coprodução pode ser conduzida de maneira *top-down*.

Contudo, ainda de acordo com os achados da pesquisa e discussão da literatura já realizada, infere-se que a perspectiva *bottom-up* de implementação é uma alternativa mais sustentável à coprodução no longo prazo – entendendo por ‘sustentável’ a capacidade de produtores-usuários permanecerem ativos na dinâmica de implementação. Há indícios de que, quando não fundamentada coletivamente e respeitando as opiniões em nível local (*bottom-up*), criam-se incentivos para que os usuários deixem de coproduzir. Evidências da falta de comprometimento dos usuários em dar continuidade nas ações de coprodução do dengue podem ser observados através do padrão cíclico de epidêmias identificados para o município de Campo Grande-MS.

Contribuições teóricas da pesquisa

Uma contribuição teórica dessa pesquisa de tese é colaborar em sua parcela para a cumulatividade, desenvolvimento e fortalecimento do campo de ‘implementação de políticas públicas’. Essa contribuição ao campo de implementação se dá através da compreensão da dinâmica de coprodução, considerada uma estratégia de ação na qual para colocar em práticas as ações de políticas públicas há a necessidade e dependência da colaboração dos usuários dos serviços. Como observado na revisão de literatura, a implementação de políticas públicas é a etapa do ciclo político mais negligenciada quando se trata do desenvolvimento de estudos e

pesquisas científicas (SAETREN, 2005; OLLAIK, 2012). Barret (2004) afirma que mais do que nunca, é necessário investir em estudos de caráter conceitual e empírico envolvendo implementação, para que se possa entender e explicar a dinâmica dos processos de políticas públicas.

Outra contribuição teórica dessa pesquisa está na tentativa de compreender como poderia ser operacionalizada uma abordagem mais democrática para a implementação das políticas públicas. Alguns autores argumentam a favor de abordagens mais “democráticas” de lidar com a prestação de serviços públicos, como um possível direcionamento à renovação do campo de implementação (LESTER; GOGGIN, 1998; DELEON; DELEON, 2002; BARRETT, 2004; IRVIN; STANSBURY, 2004). Entende-se que uma abordagem democrática não corresponde apenas à contribuição direta dos usuários na entrega dos serviços públicos, mas ao contrário do que foi observado nos casos de pesquisa, uma abordagem democrática requer o envolvimento (ou empoderamento) dos usuários nos rumos de política pública. Embora os casos de pesquisa tenham demonstrado que não há de fato uma participação democrática por parte dos usuários no controle do dengue, por outro lado, a discussão dos dados levanta indícios dos aspectos que poderiam ser modificados ou melhorados visando empoderar esses usuários (e não apenas encarregá-los), por meio da abordagem de coprodução. Apesar dos resultados encontrados, continuar-se-á apostando na coprodução como uma estratégia para imprimir uma orientação mais democrática à implementação de políticas públicas, principalmente em função da dependência do governo em relação à participação dos usuários para que as metas da política seja efetivamente implementadas. Em que, dessa dependência se subentende existir uma maior abertura e possibilidade de empoderamento dos usuários nos rumos de políticas públicas.

Outra contribuição teórica da pesquisa foi a ampliação da base teórico-empírica da abordagem de ‘coprodução’. Por meio da revisão da literatura, percebeu-se que os autores que tratam sobre coprodução focam em elementos pontuais e frequentemente distintos, sem a preocupação em traçar uma base conceitual mais robusta e integrada para a abordagem. Essa constatação encontra respaldo na observação de Verschuere, Brandsen e Pestoff (2012) de que há a necessidade de se compreender teórica e sistematicamente os aspectos da coprodução. Aliás, esses autores oferecem uma agenda de pesquisa, que em alguma parcela essa pesquisa de tese contribuiu em atender: “A confusão conceitual continua sendo um problema e a diversidade metodológica continua limitada. A maior parte da pesquisa é primariamente descritiva. Da mesma forma, nós sentimos falta de uma compreensão teórica e sistemática

orientada empiricamente, do que leva cidadãos e terceiro setor a participar da provisão de serviços públicos, e dos vários aspectos da coprodução” (VERSCHUERE; BRANDSEN; PESTOFF, 2012 p. 1086).

Sobre a confusão conceitual, perceberam-se várias dificuldades nesse sentido, que tentou-se esclarecer no decorrer da pesquisa. Essas dificuldades ocorreram principalmente em relação à definição dos participantes incluídos na dinâmica de coprodução, em que, ao que parece, a literatura não consegue caracterizar e diferenciar numa base comum esses indivíduos. Através da análise *csQCA* dos dados de pesquisa, foi possível estabelecer uma definição conceitual aos diferentes tipos de participantes de acordo com uma fundamentação comum e contextualizada, a saber: produtores regulares (públicos e privados), *staff*, produtores auxiliares, voluntários e produtores-usuários.

Outra contribuição da pesquisa foi contemplar os mecanismos que propiciam a inclusão dos diferentes participantes à dinâmica de coprodução, como proposto por Verschuere, Brandsen e Pestoff (2012). Como observado através dos dados da pesquisa, as motivações para a participação dos coprodutores públicos e privados são diferentes entre si. Coprodutores públicos são motivados a atuar na dinâmica de coprodução devido ao cumprimento de sua obrigação societal frente ao que o marco normativo do que sua profissão e o órgão ao qual estão vinculados estabelecem. Já entre coprodutores privados, essencialmente sua motivação a atuar na dinâmica depende em grande conta de sua interpretação sobre o que seria sua função societal realizar (outros detalhes pormenorizados já foram expostos anteriormente).

Verschuere, Brandsen e Pestoff (2012) também consideram que outra área negligenciada do referencial de coprodução está sobre o desempenho dos serviços públicos entregues. Segundo os autores, “essa é a parte menos desenvolvida da pesquisa em coprodução, uma parte que definitivamente requer mais atenção no futuro” (p. 1093). Nesse sentido, essa pesquisa de tese contribui para o entendimento de como alguns elementos podem produzir efeitos no desempenho da implementação (indo além de uma contribuição meramente descritiva). Nos casos pesquisados, foram levantados elementos que explicariam as ocorrências de sucesso ou insucesso na implementação da política de controle do dengue via abordagem de coprodução.

Ainda, Verschuere, Brandsen e Pestoff (2012) estabelecem que as pesquisas envolvendo coprodução são quase sempre baseadas em estudos de caso simples. De acordo com os autores, estudando (e comparando) um maior número de casos seria possível testar

hipóteses ou teorizar sobre os determinantes para o desempenho da coprodução. Nesse sentido, essa pesquisa de tese permitiu comparar múltiplos casos com diferentes resultados de implementação, onde por meio da análise *csQCA* foi possível teorizar sobre os elementos que interferem no desempenho da coprodução do controle do dengue nos bairros com ‘incidência zero’ e ‘incidência muito alta’.

Limitações da pesquisa

Uma limitação dessa pesquisa de tese está relacionada à abrangência dos dados obtidos. Como observado no capítulo de metodologia, existiam dentro dos critérios definidos para a escolha dos casos, dezenove (19) bairros do município de Campo Grande-MS que poderiam ser utilizados para os fins da pesquisa (CAMPO GRANDE, 2012a). Contudo, devido a limitações de tempo e orçamentárias foi necessário refinar a escolha por esses casos, utilizando como base para isso a variabilidade locacional (conforme já explicado no capítulo de metodologia). Mas, entende-se que contemplar todos os bairros identificados possibilitaria uma maior consistência aos achados de pesquisa.

Outra limitação dessa pesquisa de tese está relacionada às instâncias em que foram coletados os dados. De acordo com o que estabelece a literatura, o relacionamento de coprodução é fundamentado entre produtores regulares e usuários dos serviços públicos (PARKS *et al.*, 1981; OSTROM, 1996). Para essa pesquisa, os usuários são os moradores que recebem as orientações sobre o controle do dengue, enquanto a posição de produtores regulares é normalmente ocupada por agentes públicos que interagem com esses moradores cumprindo suas atribuições sociais. Assim, os dados foram coletados principalmente junto aos indivíduos ou organizações que se aproximavam mais dos moradores para a implementação da política, não contemplando dessa forma, instâncias superiores de análise (como por exemplo, a secretaria de saúde ou o conselho municipal de saúde). Embora não tenham sido pesquisados, pondera-se que não se deve desprezar a importância de diagnosticar todas as instâncias de decisão que fazem parte da política municipal de combate ao dengue.

Ainda que tenha se tentado privilegiar a coleta dos dados junto aos indivíduos ou organizações mais próximos aos usuários, em algumas situações da pesquisa houve muita dificuldade no acesso a esses participantes – que seria outra limitação da pesquisa. Para alguns participantes a dificuldade de acesso foi justificada, como no caso do Seminário Católico Propedêutico (Seminário) em que todos os seus membros são substituídos ano a ano,

não possibilitando o acesso aos responsáveis por ações que ocorreram nos anos anteriores. Para outros participantes percebeu-se a falta de interesse notória em colaborar com a pesquisa, como no caso da Associação de Moradores do Jockey Club, em que embora se tenha efetivado vários contatos por telefone e redes sociais, a entrevista não conseguiu ser realizada.

Por fim, reconhece-se como limitação dessa pesquisa de tese a possibilidade de existência de outros elementos que possam explicar as incidências ‘zero’ e ‘muito alta’ nos casos pesquisados. Os próprios autores que tratam de análise *csQCA* explicam que será a “familiaridade” do pesquisador com os dados coletados e com a literatura do tema que permitirão identificar os elementos explicativos às questões-problema (RIHOUX; DE MEUR, 2009; RIHOUX; RAGIN, 2009). Assim, longe de tentar concluir a questão, se mantêm abertas as possibilidades de explicação para o fenômeno estudado.

Sugestões para trabalhos futuros

Uma primeira proposta para trabalhos futuros em coprodução está vinculada à realização de pesquisas comparativas envolvendo outros setores e países, conforme também indicam Verschuere, Brandsen e Pestoff (2012). Além disso, essas pesquisas comparativas poderiam estar fundamentadas em dados quantitativos, possibilitando assim, avaliar a coprodução em diferentes configurações de setores e países. Exemplo de estudo comparativo a ser realizado poderia ser para o combate ao vírus Chikungunya (também transmitido pelo mosquito *Aedes Aegypti*) entre Brasil e países Caribenhos, que segundo Globo.com/G1 (2014) sofreram com a doença no ano de 2014.

Outra sugestão para trabalhos futuros estaria voltada a realização de estudos longitudinais de casos de políticas públicas envolvendo a abordagem de coprodução. Nesses estudos poderiam ser observados o comportamento dos participantes ao longo do tempo, bem como os fatores ou elementos que propiciam sua aproximação ou afastamento da implementação da política pública. Os dados da pesquisa levantam indícios de que a intensidade e motivação dos participantes na dinâmica sofrem variações, assim se mostra conveniente compreender o que contribui a essa realidade.

Outra sugestão para estudos futuros se relaciona à necessidade de maior atenção e refinamento entre os conceitos de ‘condições’ de coprodução e ‘motivações’ dos participantes. Já foi apontado pela literatura que para o governo se engajar (ou se motivar) a realizar ações de coprodução são necessárias a presença de determinadas condições técnicas,

econômicas e normativas. Da mesma forma, os dados da pesquisa indicaram que a motivação dos produtores regulares públicos e *staff* à participação está atrelada às condições normativas do cargo que ocupam. Aos coprodutores regulares privados, sua participação depende do reconhecimento da relevância em atuar em parceria com o setor público (condição técnica e econômica). Já aos produtores-usuários, indica-se que a motivação a atuarem está relacionada ao reconhecimento do problema alvo da política pública (condição cognitiva). Assim, entende-se que as relações entre as ‘condições’ de coprodução e as ‘motivações’ para os atores se envolverem em ações de coprodução poderiam ser mais bem esclarecidas.

Outra sugestão para estudos futuros é o aprofundamento da compreensão da literatura de coprodução, relacionando-a a teoria institucional. Como observado nos casos pesquisados, os mecanismos de inclusão e manutenção dos coprodutores públicos à dinâmica de implementação são fortemente influenciados pelo marco normativo (regras do jogo). Já entre os coprodutores privados e usuários, percebe-se que não há uma homogeneidade no comportamento ao longo do tempo. Seu interesse ao cumprimento do que é estabelecido pela prefeitura (regras do jogo) dependem muito de sua interpretação sobre a relevância dessas regras. Assim, percebe-se a necessidade de pesquisas voltadas à compreensão de como o entendimento das regras orienta e incentiva o comportamento dos participantes.

Outra sugestão para estudos futuros é o aprofundamento da compreensão da literatura de coprodução, relacionando-a a teoria da escolha pública. Como observado nos casos pesquisados, os participantes mais motivados em atuar nas ações de implementação via coprodução foram aqueles em que o resultado da ação de política pública maximizaria seu benefício próprio. Assim, diagnosticar em que situações os grupos envolvidos seriam mais beneficiados pelas ações de políticas poderia ocupar um papel central na tentativa de se empreender ações de coprodução.

Ainda, no decorrer do capítulo de ‘análise e discussão dos dados’ foram levantadas uma série de proposições, as quais estudos futuros envolvendo coprodução têm o dever de auxiliar em responder. Por se tratar de um estudo exploratório, espera-se que outros trabalhos venham a confirmar ou refutar as proposições aqui levantadas. As proposições levantadas permitiriam a realização de estudos com resultados comparáveis, visando contribuir para o avanço do conhecimento da abordagem de coprodução, relacionando-a à implementação de políticas públicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERS, R. N. et al. Inclusão, deliberação e controle: três dimensões de democracia nos comitês e consórcios de bacias hidrográficas no Brasil. **Ambiente & Sociedade**, v. 12, n. 1, p. 115-132, jan./jun. 2009.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA [ANVISA]. **Recomendações técnicas para o controle da dengue pelo sistema nacional de vigilância sanitária**. Brasília: Anvisa, 2008. 20 p. Disponível em:

<<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/939b2200474589659358d73fbc4c6735/Controle+da+Dengue+pele+SNVS.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 30 nov. 2014.

ALFORD, J. A public management road less travelled: clients as co-producers of public services. **Australian Journal of Public Administration**, v. 57, n. 4, p. 128-137, dez. 1998.

_____. Why do public-sector clients coproduce? Toward a contingency theory.

Administration & Society, v. 34, n. 1, p. 32-56, mar. 2002.

ALVES, M.; PENNA, C. M. M.; BRITO, M. J. M. Perfil dos gerentes de unidades básicas de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 57, n. 4, p. 441-446, jul./ago. 2004.

ANDRADE, D. M.; CASTRO, C. L.; PEREIRA, J. R. Cidadania ou “estadania” na gestão pública brasileira? **Revista de Administração Pública**, v. 46, n. 1, p. 177-190, jan./fev. 2012.

ARNSTEIN, S. R. A ladder of citizen participation. **AIP Journal**, v. 45, n. 4, p. 216-224, jul. 1969.

ARQUIDIOCESE DE CAMPO GRANDE. **Encontro vocacional motiva jovens à vida religiosa e sacerdotal**. 2012. Disponível em:

<<http://arquiocesedecampogrande.org.br/arq/noticias/noticias-arquidiocese/7733-encontro-vocacional-motiva-jovens-a-vida-religiosa-e-sacerdotal>>. Acesso em: 05 jul. 2014.

ATLAS-TI (Software). **Atlas.ti 7 user guide and reference**. Berlim, 2013. Disponível em:

<http://www.atlasti.com/uploads/media/atlasti_v7_manual_201312.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2014.

AVRITZER, L. **Sociedade civil e participação social no Brasil**. 2006. Disponível em:

<<http://www.democraciaparticipativa.org/files/AvritzerSociedadeCivilParticipacaoBrasil.pdf>>

. Acesso em: 24 ago. 2012.

AZEVEDO, S.; ANASTASIA, F. Governança, “accountability” e responsividade. **Revista de Economia Política**, v. 22, n. 1, p. 79-97, jan./mar. 2002.

BAGLINI, V. et al. Atividades de controle do dengue na visão de seus agentes e da população atendida, São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 4, p. 1142-1152, jul./ago. 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 223 p.

BARRETT, S. M. Implementation studies: time for a revival? **Public Administration**, v. 82, n. 2, p. 249-262, 2004.

BERMAN, P. The study of macro and micro implementation. **Public Policy**, v. 26, n. 2, p. 157-184, jan. 1978.

BHATT, S. et al. The global distribution of burden of dengue. **Nature**, v. 496, p. 504-507, abr. 2013.

BIER, C. A. et al. Sociedade, empresa e governo: uma experiência de implementação de um novo paradigma de democracia participativa. **Cadernos Ebape.BR**, v. 8, n. 4, p. 580-599, dez. 2010.

BIFULCO, R.; LADD, H. F. Institutional change and coproduction of public services: the effect of charter schools on parental involvement. **Journal of Public Administration Research and Theory**, v. 16, p. 553-576, nov. 2006.

BONAFONT, L. C. **Redes de políticas públicas**. Madrid. Siglo XXI de España Editores, 2004. 173 p.

BOURGEOIS, L. J. Toward a method of middle-range theorizing. **Academy of Management Review**, v. 4, n. 3, p. 443-447, 1979.

BOVAIRD, T. Beyond engagement and participation: user and community coproduction of public services. **Public Administration Review**, v. 67, n. 5, p. 846-860, set./out. 2007.

BRAGA, I. A.; VALLE, D. Aedes Aegypti: histórico do controle no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 16, n. 2, p. 113-118, abr./jun. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 36 p. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACs)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 40 p. Disponível em:

<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle da Dengue: amparo legal à execução das ações de campo** – imóveis fechados, abandonados ou com acesso não permitido pelo morador. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 252 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/politicas/programa_nacional_controle_dengue.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 72 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_ubs.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais para a prevenção e controle de epidemias de dengue**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 160 p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes_epidemias_dengue_11_02_10.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **O agente comunitário de saúde no controle da dengue**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 36 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agente_comunitario_saude_controle_dengue.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.007, de 4 de maio de 2010**. 2010. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/a2db850047457e2789f5dd3fbc4c6735/Portaria+no+1007+de+12+de+maio+2010++Regulamenta+a+incorporacao+do+Agente+de+Combate+as+Endemias++ACE.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 30 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Balanço dengue: semana epidemiológica 1 a 39 de 2011**. 2011a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/informe_dengue_2011_37_39.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. 2011b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 30 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.027, de 25 de agosto de 2011**. 2011c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2027_25_08_2011.html>. Acesso em: 06 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>>. Acesso em: 30 nov. 2014.

_____. Ministério da Integração Nacional. Portaria n. 14, de 30 de Janeiro de 2013. Reconhece a situação de emergência no Município de Campo Grande – MS. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 jan. 2013. Seção 1, n. 22. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/50382424/dou-secao-1-31-01-2013-pg-46>>. Acesso em: 30 nov. 2014.

_____. Presidência da república. **Lei n. 11.350, de 5 de outubro de 2006**. 2006c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/111350.htm>. Acesso em: 30 nov. 2014.

BRESSER-PEREIRA, L. C. O modelo estrutural de agência pública. **Revista de Administração Pública**, v. 42, n. 2, p. 391-410, mar./abr. 2008.

BRINKERHOFF, D. W. Process perspectives on policy change: highlighting implementation. **World Development**, v. 24, n. 9, p. 1395-1401, 1996.

_____. State-civil society networks for policy implementation in developing countries. **Policy Studies Review**, v. 16, n. 1, p. 123-147, spring. 1999.

BRUDNEY, J. L.; ENGLAND, R. E. Toward a definition of coproduction concept. **Public Administration Review**, v. 43, n. 1, p. 59-65, jan./fev. 1983.

BUCCI, M. P. D. **Direito administrativo e políticas públicas**. 2ª reimpressão. São Paulo: Saraiva, 2006. 298 p.

CÁCERES-MANRIQUE, F. M.; VESGA-GÓMEZ, C.; ANGULO-SILVA, M. L. Empoderamiento para la prevención y control del dengue. **Rev. Salud Pública**, v. 12, n. 5, p. 798-806, out. 2010.

CAMPO GRANDE (Município). Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande. Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica. **Informe técnico nº 06, de 10 de fevereiro de**

2012. Campo Grande, 2012a. 2 p. Disponível em:

<http://www.pmcg.ms.gov.br/sesau/canaisTexto?id_can=3414>. Acesso em: 30 nov. 2014.

_____. Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande. **Informe técnico da dengue**. s/d.

Disponível em: <http://www.pmcg.ms.gov.br/sesau/canaisTexto?id_can=3414>. Acesso em: 30 nov. 2014.

_____. Instituto Municipal de Planejamento Urbano [PLANURB]. **Regiões urbanas e bairros**. Campo Grande, 2012b. 1 p. Disponível em:

<<http://www.pmcg.ms.gov.br/planurb/downloads?categoria=3>>. Acesso em: 30 nov. 2014.

_____. **O que é o conselho local de saúde?** Campo Grande: Conselho Municipal de Saúde, s/d.

_____. Sistema Municipal de Indicadores Georreferenciados para o Planejamento e a Gestão de Campo Grande/MS [SISGRAN]. **População dos bairros – 2007/2010 em região urbana**.

2011. Disponível em: <<http://apl01.pmcg.ms.gov.br/indweb/indicadores.jsp?seqind=109>>.

Acesso em: 01 dez. 2014.

_____. **Estrutura básica da Secretaria Municipal de Saúde Pública**. 2009. Disponível em: <http://www.pmcg.ms.gov.br/sesau/canaisTexto?id_can=6069>. Acesso em: 01 dez. 2014.

CHIARAVALOTTI NETO, F. et al. Controle do vetor do dengue e participação da comunidade, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 6, p. 1739-1749, nov./dez. 2003.

CLARO, L. B. L.; TOMASSINI, H. C. B.; ROSA, M. L. G. Prevenção e controle do dengue: uma revisão de estudos sobre conhecimentos, crenças e práticas da população. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1447-1457, nov./dez. 2004.

CLARY, E. G.; SNYDER, M.; STUKAS, A. Volunteers motivations: findings from a national survey. **Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly**, v. 25, n. 4, p. 485-505, dez. 1996.

COELHO, G. E. Challenges in the control of *Aedes Aegypti*. **Rev. Inst. Med. Trop. São Paulo**, v. 54, (supl. 18), p. 13-14, out. 2012.

COSTA, M. A. O. **A supervisão do enfermeiro no trabalho do agente comunitário de saúde**: uma revisão bibliográfica. 2011. 34 f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família)- Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3^a ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 296 p.

CRONQVIST, L. **Tosmana: tool for small-N analysis** [Computer Programme]. Version 1.3.2.0. Trier: University of Trier, 2011.

CROSBY, B. L. Policy implementation: organizational challenge. **World Development**, v. 24, n. 9, p. 1403-1415, set. 1996.

DELEON, P. The missing link revisited: contemporary implementation research. **Policy Studies Review**, v. 16, n. 3, p. 311-338, set. 1999.

_____.; DELEON, L. What ever happened to policy implementation? An alternative approach. **Journal of Public Administration Research and Theory**, v. 12, n. 4, p. 467-492, out. 2002.

DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais**. 3^a ed. São Paulo: Atlas, 2012. 296 p.

DENHARDT, R. B.; DENHARDT, J. V. The new public service: serving rather than steering. **Public Administration Review**, v. 60, n. 6, p. 549-559, nov./dez. 2000.

_____. **Teorias da administração pública**. Tradução da 6^a edição norte-americana. São Paulo: Cengage Learning, 2012. 367 p.

EISENHARDT, K. M. Building theories from case study research. **Academy of Management Review**, v. 14, n. 4, p. 532-550, out. 1989.

EMPRESA BRASIL DE COMUNICAÇÃO [EBC]. **Casos de dengue quase triplicam no país**. 2013. Disponível em: <<http://www.ebc.com.br/noticias/saude/2013/02/triplica-o-numero-de-casos-de-dengue-no-brasil>>. Acesso em: 01 dez. 2014.

ERMEL, R. C.; FRACOLLI, L. A. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília / SP. **Rev. Esc. Enferm. USP [online]**, v. 40, n. 4, p. 533-539, 2006.

FARAH, M. F. S. Parcerias, novos arranjos institucionais e políticas públicas no nível local de governo. **Revista de Administração Pública**, v. 35, n. 1, p. 119-145, jan./fev. 2001.

FERNANDES e SILVA, A. B. **A supervisão do agente comunitário de saúde: limites e desafios para a enfermeira**. 2002. 123 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Fiocruz, Ponta Grossa, 2002.

FERREIRA, B. J. et al. Evolução histórica dos programas de prevenção e controle da dengue no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 14, n. 3, p. 961-972, 2009.

FISS, P. C. Building better causal theories: a fuzzy set approach to typologies in organization research. **Academy of Management Journal**, v. 54, n. 2, p. 393-420, abr. 2011.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 405 p.

FOLHA DE SÃO PAULO. **Ranking Universitário Folha 2013**. 2013. Disponível em: <<http://ruf.folha.uol.com.br/2013/perfil/universidade-catolica-dom-bosco-ucdb-31959.shtml>>. Acesso em: 01 dez. 2014.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e questões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 21, p. 211-260, jun. 2000.

FRIELING, M. A.; LINDENBERG, S. M.; STOKMAN, F. N. Collaborative communities through coproduction: two case studies. **The American Review of Public Administration**, v. 44, n. 1, p. 35-58, set. 2014.

FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE [FUNASA]. **Evolução temporal das doenças de notificação compulsória no Brasil 1980-1998**. Boletim Eletrônico Epidemiológico. Edição Especial. Brasília: Funasa, 1999. 48 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_epi_edicao_especial.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2014.

_____. **Dengue instruções para pessoal de combate ao vetor**: manual de normas técnicas. 3ª ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde/Funasa, 2001a. 84 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/man_dengue.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2014.

_____. **Plano de intensificação das ações de controle da dengue**. Brasília: Funasa, 2001b.

_____. **Programa nacional de controle da dengue**. Brasília: Funasa, 2002. 32 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pncd_2002.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2014.

_____. **Plano de erradicação do Aedes Aegypti**. Brasília: Funasa, 1996.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ [FIOCRUZ]. **Onze estados concentram 74% dos casos notificados de dengue**. 2013. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/rededengue/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=208&sid=9>>. Acesso em: 01 dez. 2014.

- FUNG, A. Varieties of participation in complex governance. **Public Administration Review**, Special Issue, dez. 2006.
- FURLAN, M. B. G. Epidemia de leishmaniose visceral no Município de Campo Grande-MS, 2002 à 2006. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 19, n. 1, p. 16-25, mar. 2010.
- GEORGE, A. L.; BENNETT, A. **Case studies and theory development in the social sciences**. Cambridge: MIT Press, 2005. 350 p.
- GERRING, J. What is a case study and what is good for? **The American Political Science Review**, v. 98, n. 2, p. 341-354, mai. 2004.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2009. 216 p.
- GLASER, M A.; DENHARDT, J. Community policing and community building: a case study of officer perceptions. **The American Review of Public Administration**, v. 40, n. 3, p. 309-325, mai. 2010.
- GLOBO.COM/G1. **Ministério acompanha combate à dengue em Campo Grande**. 2013a. Disponível em: <<http://g1.globo.com/mato-grosso-do-sul/noticia/2013/02/representante-do-ministerio-da-saude-acompanha-combate-dengue-em-ms.html>>. Acesso em: 01 dez. 2014.
- _____. **Crotalária é a nova aposta no combate à dengue em Uberaba, MG**. 2013b. Disponível em: <<http://g1.globo.com/minas-gerais/triangulo-mineiro/noticia/2013/07/crotalaria-e-nova-aposta-no-combate-dengue-em-uberaba-mg.html>>. Acesso em: 01 dez. 2014.
- _____. **Guatemala registra 57 casos de febre Chikungunya**. 2014. Disponível em: <<http://g1.globo.com/mundo/noticia/2014/10/guatemala-registra-57-casos-de-febre-chikungunya.html>>. Acesso em: 17 dez. 2014.
- GOERTZ, G. Assessing the trivialness, relevance, and relative importance of necessary or sufficient conditions in social science. **Studies in Comparative International Development**, v. 41, n. 2, p. 88-109, summer, 2006.
- GONÇALVES, A. O.; GONÇALVES, R. S.; WEFFORT, E. F. J. Limites da participação dos cidadãos nas políticas de saúde: proposto de uma metodologia de avaliação. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 3, n. 2, p. 674-691, 2012.

GONÇALVES, R. S. et al. Conselhos de saúde e controle social: um estudo comparativo dos relatórios de prestação de contas das secretarias estaduais de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 4, p. 1001-1013, out./dez. 2013.

GRAHAM, A. **Como escrever e usar estudos de caso para ensino e aprendizagem no setor público**. Brasília: ENAP, 2010. 214 p.

GURGEL, M. C. A.; VASCONCELOS, F. C. Configurações estratégicas de firmas brasileiras de alto desempenho listadas na BM&F Bovespa. **RAC**, v. 16, n. 4, p. 586-607, jul./ago. 2012.

GUZMAN, M. G.; VÁZQUEZ, S.; KOURI, G. Dengue: where are we today? **Malaysian Journal of Medical Sciences**, v. 16, n. 3, p. 4-11, jul./set. 2009.

HAM, C.; HILL, M. **The policy process in the modern capitalist state**. 2^a ed. London: Harvester Wheatsheaf, 1993. 224 p.

HILL, M.; HUPE, P. **Implementing public policy**. 2^a ed. California: Sage Publications Inc., 2005. 248 p.

IKEDA, A. A. Reflections on qualitative research in business. **Revista de Gestão USP**, v. 16, n. 3, p. 49-64, jul./set. 2009.

INSTITUTO OSWALDO CRUZ [IOC]. **O mosquito Aedes Aegypti faz parte da história e vem se espalhando pelo mundo desde o período das colonizações**. s/da. Disponível em: <<http://www.ioc.fiocruz.br/dengue/textos/longatraje.html>>. Acesso em: 01 dez. 2014.

_____. **Conheça o comportamento do mosquito Aedes Aegypti e entenda a razão que leva este pequeno inseto a ser taxado desta forma**. s/db. Disponível em: <<http://www.ioc.fiocruz.br/dengue/textos/opportunista.html>>. Acesso em: 01 dez. 2014.

IRVIN, R. A.; STANSBURY, J. Citizen participation in decision making: is it worth the effort? **Public Administration Review**, v. 64, n. 1, p. 55-65, jan./fev. 2004.

JACOBI, P. Governança institucional de problemas ambientais. **Política & Sociedade**, v. 7, p. 119-137, out. 2005.

JAKOBSEN, M. Can government initiatives increase citizen coproduction? Results of a randomized field experiment. **Journal of Public Administration Research and Theory**, v. 23, n. 1, p. 27-54, jan. 2013.

JARDIM, J. B.; SCHALL, V. T. Prevenção da dengue: proficiência em foco. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 11, p. 2529-2530, nov. 2009.

KING, C. S.; FELTEY, K. M.; SUSEL, B. O. The question of participation: toward authentic public administration in public administration. **Public Administration Review**, v. 58, n. 4, p. 317-326, jul./ago. 1998.

KISSLER, L.; HEIDEMANN, F. G. Governança pública: novo modelo regulatório para as relações entre Estado, mercado e sociedade? **Revista de Administração Pública**, v. 40, n. 3, p. 479-499, mai./jun. 2006.

KLEIN JÚNIOR, V. H. et al. Participação e coprodução em política habitacional: estudo de um programa de construção de moradias em SC. **Revista de Administração Pública**, v. 46, n. 1, p. 25-47, jan./fev. 2012.

KOGUT, B.; RAGIN, C. Exploring complexity when diversity is limited: institutional complementarity in theories of rule of law and national systems revisited. **European Management Review**, v. 3, n. 1, p. 44-59, 2006.

KRIPPENDORFF, K. **Content analysis: an introduction to its methodology**. London: Sage Publications, 2013. 453 p.

LAM, W. F. Institutional design of public agencies and coproduction: a study of irrigation associations in Taiwan. **World Development**, v. 24, n. 6, p. 1039-1054, jun. 1996.

LEGEWIE, N. Na introduction to applied data analysis with Qualitative Comparative Analysis (QCA). **Forum Qualitative Sozialforschung**, v. 14, n. 3, art. 15, 2013. Disponível em: <<http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1961/3594>>. Acesso em: 06 dez. 2014.

LENZI, M. F.; COURA, L. C. Prevenção da dengue: a informação em foco. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 37, n. 4, p. 343-350, jul./ago. 2004.

LESTER, J. P.; GOGGIN, M. L. Back to the future: the rediscovery of implementation studies. **Policy Currents**, v. 8, n. 3, p. 1-11, set. 1998.

LIPSKY, M. **Street level bureaucracy**. New York: Russel Sage Foundation, 1980. 275 p.

LUNDIN, M. When does cooperation improve public policy implementation? **The Policy Studies Journal**, v. 35, n. 4, p. 629-652, nov. 2007.

MARX, A.; DUSA, A. Crisp-Set Qualitative Comparative Analysis (csQCA), contradictions and consistency benchmarks for model specification. **Methodological Innovations Online**, v. 6, n. 2, p. 103-148, 2011.

MATLAND, R. E. Synthesizing the implementation literature: the ambiguity-conflict model of policy implementation. **Journal of Public Administration Research and Theory**, v. 5, n. 2, p. 145-174, abr. 1995.

MATO GROSSO DO SUL (Estado). Secretaria Estadual de Saúde. **Boletim epidemiológico n° 7 – dengue – semana 1 a 8**. 2013. Disponível em: <http://www.saude.ms.gov.br/index.php?templat=vis&site=116&id_comp=544&id_reg=198285&voltar=home&site_reg=116&id_comp_orig=544>. Acesso em: 01 dez. 2014.

MARSCHALL, M. J. Citizen participation and the neighborhood context: a new look at the coproduction of local public goods. **Political Research Quarterly**, v. 57, n. 2, p. 231-244, jun. 2004.

MEDO. In: **Michaelis dicionário de português online**. s/d. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=medo>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

MESCH, G. S.; SCHWIRIAN, K. P. The effectiveness of neighborhood collective action. **Social Problems**, v. 43, n. 4, p. 467-483, nov. 1996.

MIDLEJ e SILVA, S. A. Democracia participativa e processo decisório de políticas públicas: a influência da campanha contra a Alca. **Revista Sociedade e Estado**, v. 28, n. 1, p. 53-74, jan./abr. 2013.

MILES, M.; HUBERMAN, A. M. **Qualitative data analysis**. Beverly Hills, CA: Sage Publications, 1984. 263 p.

_____.; _____.; SALDAÑA, J. **Qualitative data analysis: a methods sourcebook**. 3ª ed. Beverly Hills, CA: Sage Publications, 2014. 408 p.

NAJBERG, E.; BARBOSA, N. G. Abordagens sobre o processo de implementação de políticas públicas. **Interface**, v. 3, n. 2, p. 31-45, jul./dez. 2006.

OLIVERA, J. A. P. Desafios do planejamento em políticas públicas: diferentes visões e práticas. **Revista de Administração Pública**, v. 40, n. 1, p. 273-288, mar./abr. 2006.

OLIVEIRA, R. M.; VALLA, V. V. As condições e as experiências de vida de grupos populares no Rio de Janeiro: repensando a mobilização popular no controle do dengue. **Cad. Saúde Pública**, v. 17 (suplemento), p. 77-88, 2001.

OLLAIK, L. G. **A implementação da política nacional de museus e a democratização de acesso**: estudo comparativo de três instrumentos governamentais. 2012. 248 f. (Doutorado em Administração)– Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE [OMS]. **Dengue**. Disponível em: <<http://www.emro.who.int/health-topics/dengue/>>. Acesso em: 01 dez. 2014.

_____. **Dengue haemorrhagic fever**: diagnosis, treatment, prevention and control. 2^a ed. Geneva: World Health Organization, 1997. 84 p. Disponível em: <<http://www.who.int/csr/resources/publications/dengue/Denguepublication/en/>>. Acesso em: 01 dez. 2014.

OSBORNE, D.; GAEBLER, T. **Reinventando o governo**: como o espírito empreendedor está transformando o setor público. MH Comunicação, 1994. 436 p.

OSTROM, E. Crossing the great divide: coproduction, synergy, and development. **World Development**, v. 24, n. 6, p. 1073-1087, 1996.

O'TOOLE JÚNIOR, L. J. Policy recommendations for multi-actor implementation: an assessment of the Field. **Journal of Public Policy**, v. 6, n. 2, p. 181-210, abr. 1986.

_____. Research on policy implementation: assessment and prospects. **Journal of Public Administration Research and Theory**, v. 10, n. 2, p. 263-288, abr. 2000.

PALUMBO, D. J.; CALISTA, D. J. **Implementation and the policy process**: opening up the black box. New York: Greenwood Press, 1990. 298 p.

PARKS, R. B. et al. Consumers as coproducers of public services: some economic and institutional considerations. **Policy Studies Journal**, v. 9, n. 7, p. 1001-1011, jun. 1981.

PAES DE PAULA, A. P. **Por uma nova gestão pública**: limites e potencialidades da experiência contemporânea. 8^a reimpressão. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2012. 201 p.

PECI, A.; PIERANTI, O. P.; RODRIGUES, S. Governança e New Public Management: convergências e contradições no contexto brasileiro. **Organizações & Sociedade**, v. 15, n. 46, p. 39-55, jul./set. 2008.

PENNA, M. L. F. Um desafio para a saúde pública brasileira: o controle do dengue. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 305-309, jan./fev. 2003.

PEREZ, M. A. **A administração pública democrática**: institutos de participação popular na administração pública. 1^a reimpressão. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2009. 245 p.

PESTOFF, V. Citizens and co-production of welfare services: childcare in eight European countries. **Public Management Review**, v. 8, n. 4, p. 503-519, Special Issue. 2006.

_____. Co-production and third sector social services in Europe – some crucial conceptual issues. In: PESTOFF, V.; BRANDSEN, T.; VERSCHUERE, B. (Eds.). **New public governance, the third sector and co-production**. London: Routledge, 2012.

PRESSMAN, J. L.; WILDAVSKY, A. **Implementation**. Berkeley: University of California Press, 1973. 304 p.

RAGIN, C. C. **The comparative method: moving beyond qualitative and quantitative strategies**. California: University of California Press, 1989. 218 p.

_____. Using qualitative comparative analysis to study causal complexity. **Health Services Research**, v. 34, n. 5, p. 1225-1239, dez. 1999.

REGULARIDADE. In: **Dicionário Online de Português**. s/d. Disponível em: <<http://www.dicio.com.br/regularidade/>>. Acesso em: 01 dez. 2014.

RESENDE, G. **Geraldo intercede por salários de agentes de saúde de MS**. 2013. Disponível em: <<http://www.geraldoresende.com.br/imprensa/noticias/agentes-de-saude/geraldo-intercede-por-salarios-de-agentes-de-saude-em-ms>>. Acesso em: 01 dez. 2014.

RIBEIRO, A. C.; ANDION, C.; BURIGO, F. Ação coletiva e coprodução para o desenvolvimento rural: um estudo de caso do colegiado de desenvolvimento territorial da Serra Catarinense. **Revista de Administração Pública**, v. 49, n. 1, p. 119-140, jan./fev. 2015.

RICH, R. C. et al. Citizen participation and empowerment: the case of local environmental hazards. **American Journal of Community Psychology**, v. 23, n. 5, p. 657-676, out. 1995.

RIHOUX, B.; DE MEUR, G. Crisp-set qualitative comparative analysis (csQCA). In: RIHOUX, B.; RAGIN, C. (Eds.). **Configurational comparative methods: Qualitative Comparative Analysis (QCA) and related techniques**. Thousand Oaks, CA: Sage, 2009. 240 p.

_____.; RAGIN, C. **Configurational comparative methods: Qualitative Comparative Analysis (QCA) and related techniques**. Thousand Oaks, CA: Sage, 2009. 240 p.

ROBBINS, S. P.; JUDGE, T. A.; SOBRAL, F. **Comportamento organizacional: teoria e prática no contexto brasileiro**. 14ª ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2012. 664 p.

SABATIER, P.; MAZMANIAN, D. The implementation of public policy. **Policy Studies Journal**, v. 8, n. 4, p. 538-560, jan. 1980.

SAETREN, H. Facts and myths about research on public policy implementation: out-of-fashion, allegedly dead, but still very alive and relevant. **Policy Studies Journal**, v. 33, n. 4, p. 559-582, nov. 2005.

SAKATA, K. N. **A inserção do agente comunitário de saúde na equipe de Saúde da Família**. 2009. 200 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública)-Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

SALM, J. F.; MENEGASSO, M. E. Os modelos de administração pública como estratégias complementares para a coprodução do bem público. **Revista de Ciências da Administração**, v. 11, n. 25, p. 97-120, set./dez. 2009.

SANTOS, B. S.; AVRITZER, L. Introdução: para ampliar o cânone democrático. In: SANTOS, B. S. (Org.). **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009. 678 p.

SÃO PAULO (Estado). Manejo integrado para prevenção da proliferação de vetores de dengue e leishmaniose e de escorpiões. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 2, p. 317-320, 2007.

SARTORI, G.; MORLINO, L. **La comparación en las ciencias sociales**. Madrid: Alianza Editorial, 1994. 177 p.

SCHNEIDER, S.; SCHMITT, C. J. O uso do método comparativo nas ciências sociais. **Cadernos de Sociologia**, v. 9, p. 49-87, 1998.

SCHOFIELD, J. Time for a revival? Public policy implementation: a review of literature and an agenda for future research. **International Journal of Management Reviews**, v. 3, n. 3, p. 245-263, set. 2001.

SCHWARTZ-SHEA, P. Judging quality: evaluative criteria and epistemic communities. In: YANOW, D.; SCHWARTZ-SHEA, P. (Eds.). **Interpretation and method: empirical research methods and the interpretative turn**. New York: Sharpe, p. 89-113, 2006.

SECCHI, L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. **Revista de Administração Pública**, v. 43, n. 2, p. 347-369, mar./abr. 2009.

SILVA, M. A. L.; RAMOS, J. F. P. Políticas públicas no Brasil: um convite ao pensamento de Pedro Demo. **Políticas Públicas e Sociedade**, v. 1, n. 2, p. 129-135, jul./dez. 2001.

SILVA, P. L. B.; MELO, M. A. B. **O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos.** Campinas: NEPP, Unicamp, 2000. 16 p.

SINDICATO DOS PAPILOCOPISTAS E PERITOS OFICIAIS DE MATO GROSSO DO SUL [SIMPAP-MS]. **Histórico.** s/d. Disponível em:

<<http://www.sinpapms.org.br/historico.php>>. Acesso em: 01 dez. 2014.

SKAANING, S. Assessing the robustness of Crisp-set and Fuzzy-set QCA results.

Sociological Methods & Research, v. 40, n. 2, p. 391-408, mai. 2011.

TAUIL, P. L. Aspectos críticos do controle do dengue no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 3, p. 867-871, mai./jun. 2002.

TEIXEIRA, M. G. et al. Avaliação de impacto de ações de Combate ao *Aedes Aegypti* na cidade de Salvador, Bahia. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 5, n. 1, p. 108-115, abr. 2002.

THATCHER, D. Conflicting values in community policing. **Law & Society Review**, v. 35, p. 765-798, 2001.

THOMPSON, J. D. **Organizations in action.** New York: McGraw-Hill Book Co., 1967. 192 p.

TORRES, R. Agentes de combate a endemias: a construção de uma identidade sólida e a formação ampla em vigilância são desafios dessa categoria. **Revista Poli**, v. 1, n. 3, p. 16-17, jan./fev. 2009.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA [UNESCO]. **O cotidiano no centro de educação infantil.** Brasília: UNESCO, 2005. 94 p. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001384/138428por.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2014.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO [UCDB]. **História, missão e visão da UCDB.** s/d. Disponível em: <<http://site.ucdb.br/institucional/1/historia-missao-e-visao/291/>>. Acesso em: 01 dez. 2014.

VALLA, V. V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cad. Saúde Pública**, v. 14, sup. 2, p. 7-18, 1998.

VAN METER, D. S.; VAN HORN, C. E. The policy implementation process: a conceptual framework. **Administration & Society**, v. 6, n. 4, p. 445-488, fev. 1975.

VAN METER, K. M. Methodological and design issues: techniques for assessing the representatives of snowball samples. In: LAMBERT, E. Y. (Ed.). **The collection and interpretation of data from hidden populations**. Washington: US Government Printing Office, 1990. 168 p.

VATICANO. **Compêndio da doutrina social da Igreja**. s/d. Disponível em: <http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/justpeace/documents/rc_pc_justpeace_doc_20060526_compendio-dott-soc_po.html#O_significado_do_documento>. Acesso em: 01 dez. 2014.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em Administração**. 15ª ed. São Paulo: Atlas, 2014. 104 p.

_____. **Métodos de pesquisa em Administração**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2012. 288 p.

VERSCHUERE, B.; BRANDSEN, T.; PESTOFF, V. Co-production: the state of the art in research and the future agenda. **Voluntas**, v. 23, n. 4, p. 1083-1101, dez. 2012.

VILLAS BÔAS, G. L.; MEDEIROS, M. A. **Dengue**. s/d. Disponível em: <<http://www.cnph.embrapa.br/temp/dengue.htm>>. Acesso em: 01 dez. 2014.

VIOLIN, T. C. **Terceiro setor e as parcerias com a administração pública**: uma análise crítica. 2ª ed. rev. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2010. 439 p.

WHITAKER, G. P. Coproduction: citizen participation in service delivery. **Public Administration Review**, v. 40, p. 240-246, mai./jun. 1980.

WILSON, R. H. Understanding local governance: an international perspective. **Revista de Administração de Empresas**, v. 40, n. 2, p. 51-63, abr./jun. 2000.

WILSON, W. O estudo da administração. **Revista do Serviço Público**, v. 56, n. 3, p. 349-366, jul./set. 2005.

YANOW, D. Neither rigorous nor objective? Interrogating criteria for knowledge claims in interpretive science. In: YANOW, D.; SCHWARTZ-SHEA, P. (Eds.). **Interpretation and method**: empirical research methods and the interpretive turn. New York: Sharpe, p. 67-88, 2006.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4^a ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.
248 p.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA USUÁRIOS

Informações gerais

Bairro que reside:

Dengue: Sua casa é atendida por serviços públicos básicos, como água, esgoto, energia e coleta de lixo? Esses serviços são prestados com qualidade e regularidade esperadas? Caso não, quais são as falhas na prestação desses serviços? Você sabe como é possível contrair dengue? Algum dos moradores de sua casa já foi infectado pelo mosquito da dengue? Quantos e quando contraíram a doença? Você acredita que a dengue seja um problema de saúde pública no bairro em que vive? Por quê?

Técnicas e motivações: Residência – Como você combate a dengue em sua casa? Você consegue identificar outras formas de auxiliar no combate ao mosquito da dengue? De que forma conseguiu essas informações sobre o combate? Existem indivíduos que auxiliem no fornecimento dessas informações e/ou no acompanhamento das ações? Se sim, quem são esses indivíduos e como é seu relacionamento com eles? Se não, de que modo se orienta para executar ações de combate ao mosquito da dengue? O que te motiva a realizar ações de combate em sua casa? Existem fatores que o (a) desmotivam? Quais? Quem você considera como beneficiários das ações que executa?

Bairro/comunidade – Existem ações de combate à dengue em seu bairro? Que tipo de ações? Você participa dessas ações? Se sim, no que consistem e como são desenvolvidas essas atividades? Caso sim, quem participa e quem organiza essas ações? Quem você identifica como o coordenador dessas ações? Caso sim, o que te motiva a desenvolver ações de combate no bairro? Como se sente a respeito de seus esforços? Quem você considera como beneficiários das ações que executa? Caso não (ou caso uma resposta pessimista), o que motivou você a não participar (ou o que o desmotivou a continuar ou ampliar sua participação nas ações de combate)? Em sua opinião, quais os incentivos ou punições poderiam ser colocados para que as pessoas participem mais ativamente das ações?

Princípios democráticos: Você conhece o plano de ação do município para combate à dengue? Se sim, poderia descrever alguns pontos? Você saberia dizer como poderia discutir as ações a serem executadas junto aos responsáveis? Se sim, de que forma? Quando você deseja fazer reclamações ou sugestões sobre as ações, com quem ou onde pode falar a respeito? Você já fez ou conhece alguém que tenha feito isso? Caso sim, como foi a resposta?

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA PRODUTORES REGULARES

Informações gerais

Organização que trabalha e ocupação:

Bairro(s) de atuação:

Motivações: Quais motivos levaram sua organização a participar das ações de combate ao vetor? Em sua opinião, quais elementos motivariam sua organização a uma maior participação nas ações? Por outro lado, existem fatores que desmotivam a continuidade dessas ações de combate? Em seu entendimento, quais seriam os motivos que levam a população a participar das ações de combate ao vetor? Existiriam formas de estimular essa participação? Quais? Em sua opinião, o interesse das pessoas ao desenvolver as ações de combate em casa, na rua ou bairro é diferente? Por quê? Em sua opinião, por quais motivos o setor público incentiva a participação popular nas ações de combate?

Econômicas: Quais métodos você conhece para o combate ao *Aedes Aegypti*? Você consegue identificar vantagens e deficiências comparadas entre esses métodos? Quais? Quais desses métodos são utilizados por sua organização para o combate ao mosquito da dengue? O que motivou a escolha por esse(s) método? Caso utilize mais de um, em quais situações utiliza um ou outro método?

Técnicas: Quais ações sua organização realiza no combate ao *Aedes Aegypti*? Os membros de sua organização que participam dessas ações receberam algum tipo de treinamento ou orientação para realizar o trabalho? Quem deu essa orientação (treinamento)? Existem parceiros na execução das ações? Quem são esses parceiros e quais suas competências? Em sua opinião, qual o papel da participação popular na execução das ações de combate? Isto é, de que forma a população nos bairros onde você trabalha auxiliam nessas ações? Há diferenças observáveis no grau de participação da população nos diferentes bairros em que a organização atua? Quais diferenças? Como são desenvolvidas as ações de combate ao vetor nos bairros em que a organização atua? Como é a interação entre sua organização, seus parceiros e a população dos bairros? Isto é, você acredita que há sinergia entre esses atores? Poderia dar alguns exemplos de como ocorre (ou de como não ocorre) esta sinergia? Como a interação entre as diferentes partes oferece vantagens em relação ao combate? Quais vantagens conseguem ser observadas a partir dessa interação? Existe algum agente coordenador nessa estrutura de implementação? Quem é esse agente?

Normativas: Sua organização participou da elaboração do plano de ação de combate ao *Aedes Aegypti*? **Se sim**, de que maneira? Como foi o processo de constituição do plano de ação (atores, metas, métodos, prazos *etc.*)? Em sua opinião, o plano de ação contemplou ou permitiu a participação popular? Por quê? Como foi o processo de desenvolvimento das ações após a elaboração do plano? As ações que sua organização realiza já foram contempladas no plano de ação de combate ao *Aedes Aegypti*? **Caso não**, como se deu a adesão de sua organização no combate ao mosquito? Sua organização mantém parcerias estabelecidas para o combate ao vetor? Que parcerias são essas? Como ocorreu o processo de constituição dessas parcerias? Essas parcerias estão formalizadas? Se sim, de que forma? Como você descreveria a relação com os respectivos parceiros? Por exemplo, existem situações conflituosas com outros parceiros? Por quais motivos? Existem dificuldades de natureza legal para o combate ao vetor atualmente? Quais dificuldades seriam essas? Você sabe se o plano de ações passa por modificações? O que motivou estas modificações?

Princípios democráticos: Existem processos deliberativos para discussão das ações a serem executadas junto aos moradores? Quais processos seriam esses? Quais são os canais disponíveis que os moradores têm para efetuar reclamações ou sugestões? Em sua opinião, a

participação popular nas ações de combate modifica de alguma forma os rumos da política em andamento? Se sim, de que forma? No dia-a-dia, você percebe que as ações de combate são discutidas com a população ou apenas comunicadas? Caso seja apenas comunicada, existem motivos para isso acontecer?

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA GESTOR

Informações gerais

Coordenador de combate a dengue no município de Campo Grande – MS.

Atualmente existe um plano de ações para o combate a dengue em Campo Grande? Poderia me fornecer uma cópia desse plano de ações? Quem foram os participantes e como foi o processo de elaboração desse plano? Houve a participação popular na elaboração desse plano? Se sim, de que forma? Como governo federal, governo estadual e prefeitura se organizam para executar ações de combate ao vetor? Quais as atribuições desses entes federativos no combate? Existe lei específica que ampare o combate ao vetor no município? Se sim, que lei é essa e quando foi promulgada?

Como foi o processo de desenvolvimento das ações pós-elaboração do plano? Houve a necessidade de estabelecer parcerias para execução do plano? Se sim, com quem foram estabelecidas essas parcerias e por quais motivos? Como foi o processo de constituição dessas parcerias? Essas parcerias estão formalizadas? Se sim, de que forma?

Quais os métodos de combate ao vetor no município? Quais desses métodos considera mais eficaz para solucionar o problema? Por quê? Quais as vantagens e deficiências comparadas entre esses métodos?

Quem são os executores das ações a campo? Esses executores são exclusivamente agentes governamentais? Se não, poderia citar outros agentes executores das ações quanto ao controle vetorial da dengue e suas funções? De que forma a população auxilia na execução das ações de combate? Existe a necessidade de capacitação da população para execução das ações? Se sim, de que forma isso é feito e por quem? Há diferenças observáveis no grau de participação da população nos diferentes bairros do município? Quais? Existem dificuldades de natureza legal para o combate ao vetor atualmente? Se sim, quais dificuldades são essas?

Existem processos deliberativos para discussão das ações a serem executadas junto aos moradores? Quais? Quais são os canais disponíveis que os moradores têm para efetuar reclamações e sugestões? Em sua opinião, a participação popular nas ações de combate tem capacidade de modificar de alguma forma os rumos da política em andamento? Se sim, de que forma?

Quais motivos levaram sua organização a participar das ações de combate ao vetor? Em sua opinião, quais elementos motivariam uma maior participação nas ações? Por outro lado, existem fatores que desmotivam a continuidade das ações de combate? Em seu entendimento, quais seriam os motivos que levam a população a participar das ações de combate ao vetor? Existiriam formas de estimular essa participação? Quais? Em sua opinião, o interesse das pessoas ao desenvolver as ações de combate em casa, na rua ou bairro é diferente? Por quê? Em sua opinião, por quais motivos o setor público incentiva a participação popular nas ações de combate?

APÊNDICE D – ROTEIRO DE ANÁLISE DOCUMENTAL

Documentos	Informações pesquisadas
Programa Nacional de Controle da Dengue	Objetivos, metas, diretrizes, critérios para seleção de municípios prioritários, distribuição geográfica dos sorotipos da doença, ações propostas, atribuições e competências.
Diário Oficial da União	Situação de emergência com relação ao dengue em Campo Grande.
Prefeitura de Campo Grande	Regiões urbanas e bairros, notificações de casos de dengue, dados sobre o combate ao vetor.
Fundação Nacional da Saúde	Instruções de combate ao vetor, critérios para seleção de municípios prioritários, histórico da doença no Brasil, distribuição geográfica do vetor, políticas de combate ao dengue, aspectos biológicos do vetor.
Ministério da Saúde	Métodos de controle ao vetor, aspectos biológicos do vetor, nível de infecção pela doença no mundo, distribuição de contágio no Brasil, parceiros envolvidos no combate ao vetor, legislação que sustenta o combate.
Páginas de internet	Incidência da doença no Brasil, distribuição de sorotipos no Brasil, distribuição de incidência relativa por estado, histórico da doença no Brasil, contágio pela dengue no mundo.

APÊNDICE E – RELATÓRIO COPRODUTORES PARTICIPANTES

Tosmana Report

Algorithm: MultiValue TopDown

File: D:\MEUSDO~1\CPNA\Dropbox\TESEDO~1\PARTIC~1.TOS

Settings:

Minimizing Value 0 1
including

Truth Table:

v1: GEREN v2: ENFER
v3: ACS v4: ACE
v5: ASSOC v6: ESCOL
v7: IGREJA v8: OUTRA
v9: MORAD v10: NM

O: RESULTS id: ID

v1	v2	v3	v4	v5	v6	v7	v8	v9	v10	O	id
1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	PARATI
1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	SEMINÁRIO
1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	JOCKEY CLUB
1	1	1	1	2	1	1	0	1	1	0	JACY
1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	0	TIJUCA

Result:

GEREN{1} * ENFER{1} * ACS{1} * ACE{1} * ASSOC{2} * ESCOL{1} * IGREJA{1} * MORAD{1} * NM{1} + GEREN{1} * ENFER{1} * ACS{1} * ACE{1} * ASSOC{1} * ESCOL{0} *
IGREJA{0} * OUTRA{1} * MORAD{1} * NM{0} + GEREN{1} * ENFER{1} * ACS{1} * ACE{1} * ASSOC{0} * ESCOL{0} * IGREJA{0} * OUTRA{1} * MORAD{1} * NM{0} +
GEREN{1} * ENFER{1} * ACS{1} * ACE{1} * ASSOC{0} * ESCOL{1} * IGREJA{1} * OUTRA{0} * MORAD{1} * NM{0}
(JACY+TIJUCA) (PARATI) (SEMINÁRIO) (JOCKEY CLUB)

Created with Tosmana Version 1.302

Legenda para a variável 5 desta análise: (i) associações de moradores distantes da implementação do controle do dengue, foram classificadas como 0 (zero); (ii) associações de moradores que realizam um papel acessório em relação ao que poderia ser feito, foram classificadas como 1 (um); e (iii) associações de moradores que realizam um papel ativo na dinâmica de implementação, foram classificadas como 2 (dois).

APÊNDICE F – RELATÓRIO *INPUTS* DOS PARTICIPANTES

Tosmana Report

Algorithm: Quine

File: D:\MEUSDO~1\CPNA\Dropbox\TESEDO~1\INPUTS~1.TOS

Settings:

Minimizing Value 0 1
including

Truth Table:

v1: ACS(OM) v2: ACS(CM)
v3: ACS(PC) v4: ENFER
v5: GEREN v6: ACE(OVF)
v7: ACE(OVC) v8: B/REL
v9: ESCOL v10: ASS(PA)
v11: ASS(IC) v12: IGREJ
v13: MORAD

O: RESULTS id: ID

v1	v2	v3	v4	v5	v6	v7	v8	v9	v10	v11	v12	v13	O	id
1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	PARATI
1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	SEMINÁRIO
1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	JOCKEY CLUB
1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	JACY
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	TIJUCA

Result:

$$ACS(OM)\{1\} * ACS(CM)\{1\} * ACS(PC)\{1\} * ENFER\{1\} * GEREN\{1\} * ACE(OVF)\{0\} * ACE(OVC)\{1\} * B/REL\{1\} * ESCOL\{0\} * ASS(IC)\{0\} * IGREJ\{0\} * MORAD\{1\} + ACS(OM)\{1\} * ACS(CM)\{0\} * ACS(PC)\{1\} * ENFER\{1\} * GEREN\{1\} * ACE(OVF)\{1\} * ACE(OVC)\{1\} * B/REL\{0\} * ESCOL\{1\} * ASS(PA)\{0\} * ASS(IC)\{0\} * IGREJ\{1\} * MORAD\{1\} + ACS(OM)\{1\} * ACS(CM)\{1\} * ACS(PC)\{0\} * ENFER\{1\} * GEREN\{1\} * ACE(OVF)\{1\} * ACE(OVC)\{1\} * B/REL\{0\} * ESCOL\{1\} * ASS(PA)\{0\} * ASS(IC)\{1\} * IGREJ\{1\} * MORAD\{1\} + ACS(OM)\{1\} * ACS(CM)\{1\} * ACS(PC)\{1\} * ENFER\{1\} * GEREN\{1\} * ACE(OVF)\{1\} * ACE(OVC)\{1\} * B/REL\{1\} * ESCOL\{1\} * ASS(PA)\{0\} * ASS(IC)\{1\} * IGREJ\{1\} * MORAD\{1\}$$

 (PARATI+SEMINÁRIO) (JOCKEY CLUB) (JACY) (TIJUCA)

Created with Tosmana Version 1.302

APÊNDICE G – RELATÓRIO CLASSIFICAÇÃO *INPUTS* DOS PARTICIPANTES

<p>Tosmana Report</p> <p>Algorithm: Quine File: D:\MEUSDO~1\CPNA\Dropbox\TESEDO~1\CLASSI~1.TOS Settings:</p> <table style="margin-left: 20px; border: none;"> <tr> <td style="padding-right: 20px;">Minimizing Value</td> <td style="text-align: right;">0 1</td> </tr> <tr> <td colspan="2">including</td> </tr> </table> <p>Result (STAFF):</p> <p>GE(FS){1}*GE(CF){1}*GE(RD){0}*GE(CE){1}*EN(FS){1}*EN(CF){1}*EN(RD){0}*EF(CE){1} (PARATI, SEMINÁRIO, JOCKEY CLUB, JACY E TIJUCA)</p> <p>Result (PRODUTORES REGULARES):</p> <p>ACS(FS){1}*ACS(CF){1}*ACS(RD){1}*ACS(CE){1}*ACE(FS){1}*ACE(CF){1}*ACE(RD){1}*ACE(CE){1}*ASS(FS){1}*ASS(CF){1}*ASS(RD){1}*ASS(CE){1}*ESC(FS){1}*ESC(CF){1}*ESC(RD){1}*ESC(CE){1}</p> <p>Result (PRODUTORES AUXILIARES):</p> <p>ASS(FS){1} * ASS(CF){0} * ASS(RD){0} * ASS(CE) {0} (PARATI)</p> <p>Result (VOLUNTÁRIOS – OBS: Existem outros voluntários que embora não listados nos resultados, seguem a mesma configuração das igrejas segundo as variáveis elencadas):</p> <p>IGR(FS){0} * IGR(CF){0} * IGR(RD){0} * IGR(CE) {0} (JOCKEY CLUB, JACY E TIJUCA)</p> <p>Result (USUÁRIOS):</p> <p>USU(FS){0} * USU(CF){0} * USU(RD){1} * USU(CE) {0} (PARATI, SEMINÁRIO, JOCKEY CLUB, JACY E TIJUCA)</p>	Minimizing Value	0 1	including	
Minimizing Value	0 1			
including				

APÊNDICE H – RELATÓRIO MOTIVAÇÕES DOS PARTICIPANTES

Tosmana Report

Algorithm: MultiValue TopDown

File: D:\MEUSDO~1\CPNA\Dropbox\TESEDO~1\MOTIVA~1.TOS

Settings:

Minimizing Value 0 1
including

Truth Table:

v1: GER v2: ENF
v3: ACS v4: ACE
v5: ASS v6: ESC
v7: IGR v8: USU

O: RESULTS id: ID

v1	v2	v3	v4	v5	v6	v7	v8	O	id
1	1	1	1	2	0	0	3	1	PARATI
1	1	1	1	0	0	0	3	1	SEMINÁRIO
1	1	1	1	0	1	2	3	1	JOCKEY CLUB
1	1	1	1	1	1	2	3	0	JACY,TIJUCA

Result:

$$\begin{aligned} & GER\{1\} * ENF\{1\} * ACS\{1\} * ACE\{1\} * ASS\{2\} * ESC\{0\} * IGR\{0\} * USU\{3\} + \quad GER\{1\} * ENF\{1\} * ACS\{1\} * ACE\{1\} * ASS\{0\} * ESC\{0\} * IGR\{0\} * USU\{3\} + \quad GER\{1\} * \\ & ENF\{1\} * ACS\{1\} * ACE\{1\} * ASS\{0\} * ESC\{1\} * IGR\{2\} * USU\{3\} + \quad GER\{1\} * ENF\{1\} * ACS\{1\} * ACE\{1\} * ASS\{1\} * ESC\{1\} * IGR\{2\} * USU\{3\} \\ & (PARATI) \quad (SEMINÁRIO) \quad (JOCKEY CLUB) \quad (JACY,TIJUCA) \end{aligned}$$

Legenda para análise: (i) ausência do tipo de participante, foi classificado como 0 (zero); (ii) atribuições do cargo, foi classificado como 1 (um); e (iii) sentimento de pertencimento à comunidade, foi classificado como 2 (dois); (iv) medo de contrair a doença / interesse próprio, foi classificado como 3 (três).

Created with Tosmana Version 1.302

APÊNDICE I – RELATÓRIO PRINCÍPIOS DEMOCRÁTICOS

Tosmana Report

Algorithm: Quine

File: D:\Meus Documentos\CPNA\Dropbox\Tese doutorado\PRINCIPIOS DEM.tosmana

Settings:

Minimizing Value 0
including 1

Truth Table:

v1: MP v2: CP
v3: MI v4: MO
v5: PC v6: CL
v7: RD v8: CD

O: RESULTS id: ID

v1	v2	v3	v4	v5	v6	v7	v8	O	id
0	0	1	0	0	0	0	0	1	PARATI,SEMINÁRIO,JOCKEY CLUB
0	1	1	0	1	0	1	0	0	JACY,TIJUCA

Result:

MP{0} * CP{0} * MI{1} * MO{0} * PC{0} * CL{0} * RD{0} * CD{0}
(PARATI,SEMINÁRIO,JOCKEY CLUB)

MP{0} * CP{1} * MI{1} * MO{0} * PC{1} * CL{0} * RD{1} * CD{0}
(JACY,TIJUCA)

Created with Tosmana Version 1.302

APÊNDICE J – RELATÓRIO CONDIÇÕES DE COPRODUÇÃO

Tosmana Report								
Algorithm: Quine								
File: D:\MEUSDO~1\CPNA\Dropbox\TESEDO~1\CONDIC~1.TOS								
Settings:								
	Minimizing Value		0 1					
	including							
Truth Table:								
v1:	PP	v2:	PM					
v3:	CE	v4:	CN					
v5:	CC	v6:	DP					
v7:	CT							
O:	RESULTS	id:	ID					
v1	v2	v3	v4	v5	v6	v7	O	id
0	1	1	0	1	1	1	1	PARATI,SEMINÁRIO
0	1	1	1	1	1	1	1	JOCKEY CLUB
0	0	1	1	1	0	1	0	JACY
0	0	1	0	1	0	0	0	TIJUCA
Result:								
PP{0} * PM{1} * CE{1} * CC{1} * DP{1} * CT{1} +			PP{0} * PM{0} * CE{1} * CN{1} * CC{1} * DP{0} * CT{1} + PP{0} * PM{0} * CE{1} * CN{0} * CC{1} * DP{0} * CT{0}					
(PARATI,SEMINÁRIO+JOCKEY CLUB)			(JACY) (TIJUCA)					
Created with Tosmana Version 1.302								

APÊNDICE K – RELATÓRIO ELEMENTOS CONTEXTUAIS DOS CASOS PESQUISADOS

Tosmana Report										
Algorithm: Quine										
File: D:\MEUSDO~1\CPNA\Dropbox\TESEDO~1\CONTEX~1.TOS										
Settings:										
	Minimizing Value		0 1							
	including									
Truth Table:										
v1:	SP	v2:	NR							
v3:	IB	v4:	IT							
v5:	BR	v6:	CA							
v7:	AA	v8:	FA							
v9:	DP									
O:	RESULTS	id:	ID							
v1	v2	v3	v4	v5	v6	v7	v8	v9	O	id
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	PARATI
0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	SEMINÁRIO
1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	JOCKEY CLUB
1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	JACY
0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	TIJUCA
Result:										
$ \begin{aligned} & SP\{1\} * NR\{1\} * IB\{1\} * IT\{1\} * BR\{1\} * CA\{1\} * AA\{1\} * FA\{1\} * DP\{1\} + \quad SP\{0\} * NR\{0\} * IB\{1\} * IT\{1\} * BR\{1\} * CA\{1\} * AA\{1\} * FA\{1\} * DP\{1\} + \quad SP\{1\} * NR\{1\} * \\ & IB\{1\} * IT\{0\} * BR\{0\} * CA\{0\} * AA\{1\} * FA\{1\} * DP\{1\} + \quad SP\{1\} * NR\{1\} * IB\{1\} * IT\{0\} * BR\{0\} * CA\{0\} * AA\{1\} * FA\{0\} * DP\{0\} + \quad SP\{0\} * NR\{0\} * IB\{0\} * IT\{0\} * BR\{1\} * CA\{1\} * \\ & AA\{1\} * FA\{0\} * DP\{0\} \\ & \quad (PARATI) \quad (SEMINÁRIO) \quad (JOCKEY CLUB) \quad (JACY) \quad (TIJUCA) \end{aligned} $										
Created with Tosmana Version 1.302										

