

## DAS BRIGADAS SANITÁRIAS AOS AGENTES DE CONTROLE DE ENDEMIAS: O PROCESSO DE FORMAÇÃO E OS TRABALHOS DE CAMPO

### FROM SANTARY BRIGADES TO ENDEMIC CONTROL AGENTS: THE TRAINING PROCESS AND THE FIELDWORK

**Anselmo César Vasconcelos Bezerra**

Doutor em Geografia

Instituto Federal de Pernambuco

[anselmo@recife.ifpe.edu.br](mailto:anselmo@recife.ifpe.edu.br)

#### RESUMO

O objetivo deste artigo é transitar por parte da história da saúde pública no Brasil, com ênfase nas ações sobre o território, especialmente no que tange à relação ambiente/saúde. Procuramos investigar, de forma resumida, como se deram as várias transformações ocasionadas pelos trabalhos de campo realizados pelo setor de vigilância em saúde e controle de endemias, em um recorte temporal que basicamente se estendeu por todo o século XX até os dias atuais. Para construção do texto, realizou-se uma revisão de literatura e uma análise documental, a partir dos manuais e instruções normativas que orientam as ações de campo na saúde. Para discutir os resultados, o artigo está dividido em três partes. Num primeiro momento, realizamos um breve histórico dos trabalhos de campo desenvolvidos pela vigilância em saúde e controle de endemias, evidenciando que embora os riscos e doenças fossem diferentes, as metodologias de trabalho de campo permaneceram muito semelhantes ao longo do tempo. Numa segunda etapa, discutimos a formação e atuação dos agentes de controle de endemias, por acreditar que o processo formativo que vigorou ao longo do século XX exerce, até hoje, forte influência nas ações de vigilância. Por fim, debatemos os manuais de treinamento e orientações para o trabalho de campo, a fim de evidenciar possíveis heranças e rupturas ao longo do tempo nas ações vivenciadas no território.

**Palavras-chaves:** controle de endemias. trabalho de campo. Território. vigilância em saúde ambiental.

#### ABSTRACT

The aim of this paper is to go through the history of public health in Brazil, with emphasis on the actions over the territory, especially regarding the control of endemics in Brazil. We sought to investigate how the many transformations caused by the fieldwork carried out by the health sector occurred, in a period of time extended throughout the 20th century to nowadays. For the construction of the text, it was done a review of literature and a documentary analysis of manuals and normative instructions that guide field actions for the control of endemics. To discuss the results, the article is divided into three parts. First we have a brief history of the fieldwork developed by the health sector, showing that although the risks and diseases were different the fieldwork methodologies remained very similar throughout the time. Second we discussed the qualification and performance of endemics control agents, due to believing that the training process that was in force throughout the 20th century exerts, even today, a strong influence on surveillance actions. Finally we discussed the training manuals and guidelines for the fieldwork in order to identify possible inheritances and ruptures over the time in the actions experienced over the territory.

**Keywords:** control of endemics. fieldwork, territory. surveillance in environmental health.

---

Recebido em: 13/01/2017

Aceito para publicação em: 10/09/2017

## UM POUCO DA HISTÓRIA DOS TRABALHOS DE CAMPO NA SAÚDE PÚBLICA

Os programas de controle de doenças e saúde ambiental brasileiros, cujo foco é a atuação de agentes de saúde no território, foram bastante influenciados pelos movimentos gerados na Europa, isto é, a polícia médica alemã, o higienismo francês e a medicina social inglesa. Destacamos aqui que tais movimentos tinham como interesse, além do cuidado com a saúde da população, o tático empenho em manter a mão de obra industrial apta para atuar em virtude do crescimento econômico de uma burguesia industrial que vinha aumentando no período pós-revolução industrial.

No caso brasileiro, a primeira referência conhecida a respeito de trabalhos de campo para controle de doenças transmitidas por vetores data do período colonial, ano de 1691, quando o Marquês de Montebelo, governador da província de Pernambuco, mandou fazer a primeira campanha sanitária, para o controle da febre amarela na cidade do Recife (BRASIL, 1994, p. 7).

Excetuando-se esses momentos pontuais na história do país, o recorte mais significativo de continuidade desses programas remete ao início do século XX, quando Oswaldo Cruz assume o cargo de Diretor-Geral de Saúde Pública, função que equivale atualmente à de Ministro da Saúde, e adota uma série de políticas de controle baseadas nos moldes militares da polícia médica alemã, ou seja, o esquadrihando do território em “dez distritos sanitários, cada qual chefiado por um delegado de saúde” (BRASIL, 2004, p. 19). A polícia sanitária brasileira com atuação no Rio de Janeiro adotava medidas muito rigorosas de controle do vetor da febre amarela. Existiam as chamadas brigadas de “mata-mosquitos”, formados por jovens recrutados para exterminar dos imóveis os possíveis focos de reprodução do *Aedes aegypti*. O trabalho consistia na visita domiciliar para a limpeza de calhas, depósitos e caixas d’água, muitas vezes, sem consentimento dos próprios moradores dos imóveis.

Oswaldo Cruz montou uma série de brigadas sanitárias para iniciar o trabalho de erradicação do vetor da febre amarela. A campanha teve início com o estudo da distribuição geográfica da doença, sendo necessário delimitar bem a área de ação, e dividi-la em dez distritos sanitários, “conforme estabeleciam os artigos 63 e 64 das Instruções para o Serviço de Profilaxia Especial da Febre-Amarela” (FRANCO, 1969, p. 86).

Assim como atualmente, essa forma de trabalho de campo encontrou muita resistência entre a população. Para Franco (1969), enquanto os humildes “mata-mosquitos” prosseguiram infatigáveis trabalhando pelo sistema de “arrastão”, ou seja, visitando todas as casas ao longo de quarteirões delimitados para o trabalho diário, a imprensa conclamava os moradores a não aceitarem as visitas dos guardas sanitários, pois acreditava que a estratégia de combate à febre amarela estava equivocada. Moradores mais pobres da cidade tendiam a ver os agentes sanitários mais como agentes de controle social dirigidos pelo Estado do que como indivíduos que trabalhavam para o bem estar das comunidades (LESSER e KITRON, 2016, p.167).

Entretanto, Franco (1969) destaca que a mesma imprensa que instigara o povo a revoltar-se contra os guardas sanitários os reconheceu como peças fundamentais no controle da febre amarela na cidade do Rio de Janeiro. “Os mata-mosquitos tornaram-se queridos. Hoje, desde o solar elegante e rico, até o quarto acanhado de estalagem, os mata-mosquitos não encontram hostilidades. São recebidos com amabilidade, com carinho, às vezes” (FRANCO, 1969, p. 88).

Para Benchimol (1998), a época de Oswaldo Cruz é muito singular porque ele e o prefeito da cidade governaram como déspotas, a saúde pública teve tribunal próprio, os contingentes envolvidos na campanha atuaram como um exército nos distritos em que a cidade foi dividida. A resistência da população em receber os mata-mosquitos foi sendo quebrada aos poucos, tanto pela rigidez com que o governo local tratava a questão como pelo maior reconhecimento da população em relação ao trabalho dos agentes.

Como se pode observar, no início do século XX, as políticas de saúde estavam centradas em combater os malefícios da desordem urbana. Entretanto, ao final da primeira década do século, Oswaldo Cruz realizou expedições científicas pelo interior do país que contribuíram para o conhecimento sanitário da região e conseqüentemente sua ocupação (BRASIL, 2004). No ano de 1909, essas expedições de Oswaldo Cruz foram responsáveis pela “erradicação da febre amarela no Pará e a realização de uma campanha de saneamento na Amazônia, que permitiu o término das obras da Estrada de Ferro Madeira-Mamoré, cuja construção havia sido interrompida pelo grande número de mortes entre operários” (BRASIL, 2004, p. 20).

Outro brasileiro que teve influência na história da saúde pública, segundo Bastos (1996), foi Carlos Chagas que, em 1912, percorreu todo o Vale do Rio Amazonas com o objetivo de realizar um diagnóstico médico-sanitário, a exemplo do que fizera Oswaldo Cruz.

Também foi no final da primeira década do século XX que surgiu a Fundação Rockefeller (1909) com o objetivo de planejar e organizar expedições sanitárias pela América Latina. Segundo Varga (2007), a primeira expedição realizada no Brasil foi no ano de 1915. Para Lima e Pinto (2003), os primeiros documentos produzidos com base nas expedições identificaram tanto a carência de base científica sólida para dar suporte a políticas públicas, como a ausência de treinamento médico quanto a questões de saúde pública e de carreiras especializadas para atuar nos serviços de saúde.

Com a influência dos norte-americanos, no ano de 1918, foi criado, no âmbito do Ministério da Justiça e de Negócios Interiores, o Serviço de Profilaxia Rural, instituído pelo Decreto n.º 13.001, cujo objetivo era organizar comissões de médicos e auxiliares para combater as endemias que assolam o interior do país (BRASIL, 2004, p. 20). Esse serviço mostra como o governo brasileiro passou a deslocar sua atenção para o interior do país, especialmente, porque era lá onde se concentrava a maior parte da população, e também onde o Estado se fazia mais ausente na execução de políticas públicas.

Na década de 30, dois episódios interessantes aconteceram: a “criação do Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, sendo deslocados para essa pasta todos os serviços referentes à saúde pública, e o ressurgimento da febre amarela no Rio de Janeiro nos anos de 1937 a 1939” (Brasil, 2004, p. 22). Além disso, segundo Varga (2007), nesse período entre guerras, o Brasil vai sofrer forte influência do modelo americano de ensino e organização de serviços de saúde, devido ao destaque no cenário internacional que os EUA ganharam após a Primeira Guerra. Esse fator condicionará daqui para frente muitas das ideias defendidas pelos programas de saúde brasileiros.

No campo do combate às endemias é que se legitima a influência americana nas políticas do Estado brasileiro: o controle das doenças tornou-se prioridade, especialmente pela ação de “sanear” espaços de circulação de mercadorias e produção, pois o principal argumento era o prejuízo que essas doenças acarretavam à economia nacional. Por isso, não podemos debater o surgimento e continuidade dessas campanhas sem atrelá-las ao contexto histórico do país. Segundo Porto (1994), no surgimento das campanhas, havia um grande intercâmbio entre militares americanos e profissionais brasileiros que visava à erradicação das doenças; isso explica um pouco a aparência militarizada atribuída às campanhas.

Em 1941, a publicação do Decreto Lei n.º 3.171 reorganizou o Departamento Nacional de Saúde, do Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, criando várias divisões operacionais: Divisão de Organização Sanitária; Divisão de Organização Hospitalar; Instituto Oswaldo Cruz; Serviço Nacional de Leprosia; Serviço Nacional de Tuberculose; Serviço Nacional de Febre Amarela; Serviço Nacional de Malária; Serviço Nacional de Peste; Serviço Nacional de Doenças Mentais; Serviço Nacional de Educação Sanitária; Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina; Serviço de Saúde dos Portos; Serviço Federal de Águas e Esgotos; Serviço Federal de Bioestatística; e Delegacias Federais de Saúde (BRASIL, 2004).

Percebemos que a subdivisão das áreas operacionais no Departamento Nacional de Saúde era bastante fragmentada, especialmente no que diz respeito às endemias e riscos à saúde. Esse fato tem reflexos até hoje na própria organização dos setores do Ministério de Saúde e respectiva operacionalização de suas políticas públicas, não raramente replicadas de forma isolada, ao contrário de uma abordagem integrada do processo saúde/doença/território. Porto (1994) ratifica essa argumentação ao afirmar que em uma perspectiva setorial as campanhas de endemias sempre existiram como corpos estranhos, ou seja, entidades isoladas sem comunicação entre elas mesmas.

Segundo Bastos (1996), em 1942, no contexto da Segunda Guerra Mundial aprovou-se uma resolução cujo objetivo era fazer “que os governos adotassem medidas bilaterais ou multilaterais capazes de melhorar suas condições de saúde dentro de suas próprias fronteiras, como um meio de procurar estreitar ao máximo a segurança e prosperidade das nações do ocidente” (BASTOS, 1996, p. 30). Nessa reunião ficou evidente o estreitamento entre os países do Hemisfério Ocidental no que tange aos desdobramentos na área de saúde pública.

Ainda em 1942, foi criado pelo Decreto-Lei n.º 4.275 o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em cooperação com o *Institute of Interamerican Affairs*, do governo dos Estados Unidos, cujo principal objetivo era “prestar assistência médico-sanitária às populações amazônicas que trabalhavam

diretamente com a extração da borracha, necessária ao esforço de guerra” (BRASIL, 2004, p. 24). Além disso, houve a ampliação do convênio com os americanos, levando o SESP a atuar também em áreas de mineração, como no Vale do Rio Doce, no Sudeste do país, conforme transcrição abaixo.

Existiam na região várias doenças, dentre elas, a varíola, febre tifóide, malária, parasitoses, que eram responsáveis pelo baixo nível econômico e social da região, constituindo território inexplorado para o desenvolvimento de medidas de caráter sanitário e educativo. Quando uma epidemia dessas doenças se tornava mais grave, as pessoas mudavam de um lugar para o outro. Foi nesse contexto que o SESP teve de implantar e desenvolver suas atividades (...) lutando em defesa do homem do campo, de importantes regiões brasileiras, que precisavam de saúde para trabalhar e produzir (BASTOS, 1996, p. 26).

Essa passagem do texto pode ser analisada de duas maneiras, a primeira, levando-se em consideração apenas o que está narrado sem relacionar com o contexto geopolítico da época; e a segunda, discutindo-a no contexto geopolítico em que o Brasil estava inserido no momento. Conforme afirmações extraídas dos próprios documentos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), é factível que os primeiros esforços desprendidos pelo SESP para o enfretamento dos problemas de saúde no Brasil ocorreram em áreas estratégicas para a produção de insumos utilizados na “indústria da guerra”, especificamente nas áreas produtoras de borracha no Norte e minério de ferro no Sudeste do país, por isso seus dois primeiros programas concentram-se no Vale do Rio Amazonas e no Vale do Rio Doce.

Teixeira (2008) discute essa questão quando afirma ser o suprimento de matérias-primas e o abrigo de bases militares dos Estados Unidos em território brasileiro, o objetivo inicial do SESP. Para isso, o Serviço utilizava como estratégia a construção de “equipamentos sanitários que assegurassem a saúde das tropas americanas, especialmente nas bases aéreas no Nordeste, e também dos trabalhadores brasileiros envolvidos na produção de borracha, ferro, mica e quartzo” (TEIXEIRA, 2008, p. 966).

Conforme Bastos (1996), durante a Segunda Guerra Mundial, os japoneses se apoderaram das principais fontes de borracha, fibra e quinino no oriente, o que resultou em uma pressão sobre os americanos que passaram a visar a região amazônica como estratégica para garantir a produção desse insumo necessário durante o período bélico. Isso ratifica o que Teixeira (2008) expõe sobre as primeiras ações desenvolvidas pelo SESP no campo do saneamento e controle de vetores, visando à melhoria da saúde da população que trabalhava diretamente na extração dos recursos naturais.

Recuperando áreas extremamente insalubres na Amazônia e no Vale do Rio Doce, onde a malária, as doenças gastro-intestinais, as verminoses, constituíam os mais importantes problemas de saúde pública. Os projetos de controle do mosquito, as obras de drenagem e aterros, as atividades anti-larvárias, com a aplicação de verde-paris, a aplicação do DDT, principalmente em Manaus, Porto Velho, Governador Valadares e a construção do Dique de Belém, foram atividades importantes de saneamento desenvolvidas no início. (BASTOS, 1996, p. 230).

Além dos esforços em engenharia sanitária com grandes obras de saneamento, marcava-se, nessa época, o segundo grande momento dos guardas sanitários no combate às endemias, em especial, a malária. Com o desafio de atuar em regiões nunca antes visitadas, esses agentes se expunham aos mais variados riscos que poderiam acometê-los, desde a exposição constante em áreas endêmicas do vetor, ao manuseio de substâncias extremamente tóxicas que foram usadas na tentativa de erradicação dos mosquitos. Enquanto os EUA travavam uma guerra mundial contra o Japão e nações aliadas, os guardas sanitários foram colocados na linha de frente de uma “guerra local” contra a precariedade sanitária nas regiões estratégicas para a produção de borracha.

(...) usavam os guardas sanitários na promoção de medidas de ataque ao vetor da doença, nos pontos vulneráveis, com vistas à destruição dos focos de larvas, por meio de abertura, limpeza e desobstrução das valas, aterros de pântanos onde o vetor vivia durante um estágio do seu desenvolvimento, peixamento dos igarapés, campanhas anti-larvárias pelo tratamento de focos com aplicação de verde-paris ou óleo em todas as coleções de água encontradas nas áreas de trabalho, nivelamento de terrenos irregulares. Além disso, os guardas foram distribuídos por inúmeras localidades dos Estados do Pará, Amazonas, Territórios e da Bolívia, com a finalidade de reunir material para determinação da fauna anofélica da região, de vez que o moderno controle da malária dependia de conhecimentos exatos das espécies

de anofelinos e da sua biologia com relação a doença em determinadas áreas. (BASTOS, 1996. p. 241).

A relação entre os governos brasileiro e americano ficava evidente com a assinatura e prorrogação de convênios bilaterais na área de saúde pública. Segundo Varga (2007), logo após o surgimento do SESP, diversos profissionais brasileiros, especialmente médicos, engenheiros sanitaristas, enfermeiros e técnicos, foram selecionados para realizarem treinamentos nos EUA, com o intuito de replicarem as práticas apreendidas nas academias americanas. Um dos fatos mais importantes que ratifica essa influência foi a direção do major Einor Christoferson nos primeiros anos de atuação do SESP no Brasil. Ainda segundo Varga (2007), o Serviço só foi transferido para um brasileiro em 1944, coincidentemente quando a guerra estava por findar. Isso possivelmente explica por que os americanos, após o ano de 1945, diminuíram expressivamente seus investimentos no SESP que paralelamente passou a contar com mais recursos nacionais e expandiu sua atuação para regiões não estratégicas do ponto de vista da guerra, todavia muito carentes dos serviços de saúde pública.

Faz-se necessário também destacar que esse movimento de intercâmbio entre profissionais brasileiros (aprendizes) e americanos (mestres) gerou certa divisão operacional nas ações de campo conduzidas pelo SESP durante a década de 40, especialmente no pós-guerra. Segundo Teixeira (2008), enquanto havia uma frente de guardas sanitários que desbravavam as regiões povoadas e não povoadas à procura de possíveis riscos ambientais à saúde, existia outra frente de ação promovida por visitadoras sanitárias, cujo eixo central do trabalho era levar educação sanitária às populações desassistidas pelos serviços básicos. Se compararmos aos dias atuais, os guardas sanitários desempenhavam as funções dos agentes de controle de endemias, e as visitadoras sanitárias desenvolviam ações semelhantes às dos agentes comunitários de saúde. Inclusive, a forma de seleção desses atores para o trabalho era muito semelhante à adotada até a década de 1990 do século XX, quando o trabalhador era escolhido pelo notório reconhecimento que possuía perante a comunidade onde residia.

Essa introdução de práticas de educação sanitária nas políticas de saúde pública brasileira é vista como um avanço na forma de pensar a relação saúde-doença. Se por um lado, as ações de campo, até então, centravam-se na “concepção militarizada do “campanhismo” emergencial para o enfrentamento de endemias” (VARGA, 2007, p. 30), por outro, vinha amadurecendo um processo de educação sanitária, cujo foco era trabalhar junto às pessoas a necessidade de conscientização sobre as condições sanitárias de seu próprio habitat e a influência que isso tem sobre a saúde humana.

Com essa evolução no campo das práticas também ocorreu paralelamente uma reorganização do setor na década de 50, especialmente com a criação de dois órgãos importantes, o Ministério da Saúde, em 1953, que foi desvinculado do Ministério da Educação, e o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERu), em 1956, que veio a incorporar os programas sob a responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde (febre amarela, malária e peste) e da Divisão de Organização Sanitária (bouba, esquistossomose e tracoma) (BRASIL, 2004, p. 26).

Entre os anos de 1950 e 1970, fatores de cunho mais organizacional que operativo foram destaque. Segundo Brasil (2004), o SESP foi transformado em Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (Lei n.º 3.750 de 1960) e posteriormente passou a denominar-se Fundação de Serviços de Saúde Pública (Fsesp) pelo Decreto-Lei n.º 904, de 1969. Além disso, nos anos de 1965 e 1966, foram criadas as Campanhas de Erradicação da Malária (CEM) e Varíola (CEV), respectivamente.

Destacamos que esse período do pós-guerra foi marcado no Brasil pela fase desenvolvimentista, na qual uma das principais características foi o deslocamento das atenções do Estado para o meio urbano-industrial, onde a população cresceu e ultrapassou a população rural. Para Silva (2003), nessa época houve uma forte influência de instituições internacionais como a OPAS e a OMS no planejamento e operacionalização das políticas de saúde; além disso, os governos brasileiros diminuíram significativamente suas ações de combate às endemias e passaram a promover o crescimento de uma rede de assistência médico-hospitalar predominante urbana.

As ações de controle de endemias foram perdendo sua importância na lógica oficial, ainda que fossem mantidas, mas não mais com a prioridade dada no início da década de 1950. Tanto foi que o *Aedes aegypti*, erradicado em 1955, voltou ao país por diversas vezes, mas sempre eliminado, até que em 1973 se constata a reinfestação do país, não mais sendo alcançada a erradicação (SILVA, 2003, p. 46).

É importante frisar que o recuo nas ações, essencialmente de campo, para o combate às endemias, tem relação direta com o próprio desinteresse dos americanos em continuar financiando de forma efetiva essas campanhas, com o final da guerra. Todavia, essas ações, que existem desde o início do século, não se encerraram. Prova disso foi a criação da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) pelo Decreto n.º 66.623, de 1970, “que incorporou ao recente órgão, o DENERu, a CEM e a CEV” (BRASIL, 2004, p. 28).

No citado decreto, destacam-se dois artigos de interesse da investigação, o Artigo 2º e o Artigo 7º. O primeiro descreve as finalidades da SUCAM e, dentre essas, se sublinham: i) supervisionar, orientar, coordenar e executar quaisquer atividades de erradicação e de controle de endemias, em todo o território nacional, por meio de campanhas específicas; ii) promover a difusão da educação sanitária em áreas de sua atuação; iii) promover a formação de pessoal técnico especializado necessário ao seu trabalho; iv) divulgar os resultados de estudos, investigações e dos programas de erradicação ou controle de endemias; v) estabelecer, com organizações técnicas ou culturais, intercâmbio de informações e conjugação de esforços para a solução de problemas compreendidos em seu âmbito e ação. Já o Artigo 7º destaca que os recursos humanos do órgão podem ser formados por trabalhadores temporários, especialmente aqueles envolvidos com as operações de campo, o que caracteriza, de certa forma, a vulnerabilidade a que estes trabalhadores estavam submetidos.

Para Moraes (1990), como a SUCAM incorporou em sua estrutura organizacional e operativa o pessoal e as técnicas de combate das endemias, herdou das campanhas específicas uma forma de trabalho que se baseava nas normas técnicas especiais dessas campanhas, a exemplo da malária e febre amarela. Conforme o Decreto n.º 57.474/65 e o Decreto n.º 56.759/65, que estabelecem normas para o controle da malária e da febre amarela, respectivamente, observam-se uma série de procedimentos que estão diretamente relacionados com o trabalho de campo e o conhecimento do território de atuação. Normas como o reconhecimento geográfico que se baseia no cadastro das casas por localidade, na contagem do número de habitantes, na confecção de croquis e na confecção de mapas com todas as localidades, via de acesso, acidentes geográficos, etc., além da vigilância sobre os focos e sua erradicação, com uso de inseticidas e com a sensibilização da população através da educação sanitária.

A atuação da Sucam, como anunciava o próprio nome da instituição, caracterizou-se pelo que denominaremos de *campanhismo popularizado*. Suas equipes eram fardadas, submetidas a rígidas hierarquia e disciplina, e preparadas para as condições de trabalho em campo; de grande mobilidade e eficácia, realizavam a busca ativa dos pacientes, mesmo os das comunidades e povoados de mais difícil acesso, que eram cuidadosamente cartografados e tinham seus domicílios e habitantes periodicamente recenseados e recadastrados – motivo por que os dados demográficos da Sucam eram considerados mais precisos e confiáveis que os do próprio Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A Sucam era o único serviço público disponível em muitos desses povoados. Entre eles mesmos recrutavam-se funcionários e os capacitavam em nível médio; assim, mantinham e facilmente criavam laços de amizade entre as comunidades em que atuavam, conquistando a simpatia, o respeito e a colaboração da população – estratégia à qual se deve, portanto, em grande medida, seu sucesso operacional (VARGA, 2007, p. 38).

Essa passagem do texto vai ao encontro do que observa Aragão (1990) quando atenta para o fato de que o guarda da SUCAM era o único funcionário público que todo brasileiro conhecia. Ainda hoje, quando se fala em agentes de controle de endemias associa-se à “imagem” do guarda da SUCAM. Essa questão é extremamente importante quando discutimos a relação dos atores e sua atuação sobre o território, pois quanto mais conhecido o agente que atua em determinada localidade mais possibilidades de intervenção positiva ele é capaz de promover. Conhecido e respeitado pela população brasileira, o guarda da SUCAM esteve presente nos mais diversos contextos urbanos e rurais do país, e o processo de desmanche da Superintendência sempre foi visto com ressalvas perante a reforma sanitária, pois os municípios tiveram de assumir a gestão do controle de endemias que antes era executada apenas pela esfera federal.

É nesse contexto da reforma sanitária brasileira, consolidada de forma institucional com a criação do SUS em 1988, que a gestão do controle de endemias perdeu força na esfera federal, pois o procedimento foi repassar aos estados e municípios o controle da execução desses programas, ficando o governo federal encarregado apenas pelo repasse de recursos, instruções operacionais e sistematização dos dados em escala nacional. Silva (2003) e Aragão (1990) veem com reservas esse

processo que acabou culminando com a perda do controle sobre a gestão territorial na escala nacional e de experiências exitosas pontuais de municípios na escala local.

Ressalte-se que o processo de reforma sanitária no Brasil foi um marco também do processo político de democratização do país, que visava garantir o acesso da população aos mais variados serviços públicos de saúde. A articulação entre os entes federados foi uma estratégia operacional para viabilizar esse acesso e a participação mais efetiva dos poderes locais nos debates e decisões sobre os rumos da saúde pública. Logo, esse movimento teve vários impactos positivos na vida das pessoas. A visão parcial do setor de controle de endemias é apenas uma parte desse momento de transformação que o Brasil vivenciou.

Já na década de 90, em meio a esse processo de rápidas mudanças no setor saúde, ocorreu a fusão da SUCAM e da FSESP, que passou a se chamar Fundação Nacional de Saúde (FNS), pela Medida Provisória n.º 151 que, um ano mais tarde, foi modificada pelo Decreto n.º 100, de 1991, que instituiu a FNS. Esta Fundação herdaria de duas instituições completamente diferentes uma série de atribuições em eixos operacionais distintos. Conforme Varga (2007), a FNS herdou da Fsesp o que chamou de “sanitarismo integralista” (serviços de saúde, saneamento e abastecimento de água), e da SUCAM incorporou as experiências do campanhismo popularizado, de base territorial e com foco no trabalho de campo com as comunidades.

De fato, a FNS foi um órgão de transição que ficou responsável por manter em funcionamento, no nível federal, uma série de programas do Ministério da Saúde, mas, ao mesmo tempo, iniciou o processo de descentralização para estados e municípios das responsabilidades definidas pela Lei n.º 8.080/90, que instituiu o SUS, seus objetivos, competências e atribuições; princípios e diretrizes; organização, direção e gestão. Em meio a todas essas transformações, cabe destacar que devido à diversidade socioeconômica, cultural e ambiental do país, esse movimento de transição deveria ocorrer de forma gradual.

Entretanto, em 1993, a Portaria FNS n.º 1.883 definiu a descentralização das ações e serviços de saúde da FNS como prioridade político-institucional (Brasil, 2004, p. 41). Segundo Varga (2007), o que se viu daí em diante foi um descontrole na descentralização, devido às características diferenciadas dos estados e municípios brasileiros, que não absorveram de forma homogênea as competências delegadas. O Ministério da Saúde (BRASIL, 1994) discute que o processo de descentralização também foi dificultado, pois se por um lado a FNS herdou o centralismo da Fsesp e da SUCAM, por outro, teve que lidar com as heranças de setores que já atuavam de forma descentralizada, como as Secretarias Nacionais de Ações Básicas de Saúde (SNABS) e a de Programas Especiais de Saúde (SNEPS).

No ano de 1994, a grande preocupação era como realizar essa descentralização das ações de controle de endemias diante de vários fatores limitantes, tais como fontes de financiamento, incorporação do combate às endemias à lógica assistencial, resistência à mudança, compreensão parcial ou limitada dos objetivos da descentralização, risco de inadequação no uso de recursos por ingerências políticas locais, e risco da desarticulação das ações (Brasil, 1994). Nesse documento que resultou na construção de algumas propostas e encaminhamentos, destaca-se: “o estímulo ao debate sobre novos modelos de controle de endemias, na formação de recursos humanos qualificados, no controle social e na educação popular (...) em substituição ao atual sistema vertical de ações de controle e vigilância” (BRASIL, 1994, p. 25).

Segundo Porto (1994), com a descentralização seria emergente integrar o controle de endemias a um modelo sistêmico de atenção à saúde. O modelo campanhista já dera mostras de esgotamento de sua capacidade pela baixa resolução dos problemas de saúde, por isso o ideal seria a reformulação desse modelo, de modo a conferir-lhe uma dimensão setorial. No início do século XXI, experiências pontuais, como o caso do Programa de Saúde Ambiental do Recife, tentaram apontar nessa direção, mas vários fatores contribuíram para a reprodução organizacional dos modelos do século XX (BEZERRA, 2012).

Contribuindo para a discussão Osanai (1994) disserta sobre alguns fatores limitantes à descentralização efetiva do controle de endemias. Destaca como mais importante a falta de investimentos nos programas, seja por desinteresse das economias centrais que os financiaram no seu apogeu, ou mesmo pela hegemonia que o modelo médico-assistencialista assumiu após a década de 60. Continuando a argumentação, o autor adverte que a falta de inovação técnica nas práticas, a carência de qualificação e reposição de recursos humanos para as ações de campo, e especialmente a reprodução de um modelo de metas, baseado em estatísticas que não tinham mais

lógica no contexto atual, sacramentaram a derrocada das campanhas e sua difícil assimilação e reformulação pelos municípios.

Ainda na década de 90, é publicada a Norma Operacional Básica (NOB) do SUS 01/1996, que se refere às competências dos três níveis de governo na área de epidemiologia e controle das doenças, dando ênfase aos municípios como executores da política de controle de endemias. Porém, essa NOB só foi regulamentada através da Portaria GM/MS n. 1.399, de 15/12/1999, ano em que a FNS passou a ser denominada pela sigla FUNASA. A referida Portaria foi regulamentada no ano de 2001 com a publicação da Instrução Normativa n.º 1 da FUNASA, que estabelece as competências da União, dos estados e municípios na área de vigilância ambiental em saúde.

A partir desse momento, os trabalhos de campo no que tange ao controle de endemias serão incorporados às estruturas de vigilância ambiental em saúde dos municípios, que herdaram processos de trabalho de um século de controle e combate às doenças, mas também tentaram avançar naquilo que Porto (1994) denominou abordagem sistêmica, partindo de uma integração setorial.

Essas heranças e rupturas são frutos de um processo histórico, imbuído de contextos e acontecimentos que foram ao longo do tempo modificando o setor de saúde pública no país. No caso do monitoramento ambiental de riscos biológicos e não biológicos, que está diretamente relacionado às ações de campo para o controle de endemias, o que se observou, por meio da análise dos documentos e da literatura, posiciona-o mais ao campo das heranças que das rupturas, talvez pelo argumento que Carneiro (1994) expressa com a seguinte afirmação: “vitoriosa nos planos político, jurídico e institucional, a reforma sanitária não conseguiu avançar no campo operacional” (CARNEIRO, 1994, p. 49). Se os trabalhos de campo são guiados essencialmente pela lógica operacional, então é factível o surgimento de novos conflitos de ideias e práticas já no início do século XXI.

## **A FORMAÇÃO E ATUAÇÃO DOS AGENTES DE CONTROLE DE ENDEMIAS**

De acordo com a cronologia no estabelecimento dos trabalhos de campo no setor de combate às endemias, pode-se dividir em três momentos a formação e atuação dos agentes de controle de endemias (guardas, brigadistas, inspetores, supervisores). Um primeiro momento, caracterizado pela ação emergencial sobre a epidemia da febre amarela; um segundo momento, marcado pela institucionalização dos atores de controle de endemias atrelados a órgãos oficiais que ao longo da história foram mudando de nomenclatura; e um terceiro momento, evidenciado após o surgimento do SUS e que segue até os dias atuais.

Para caracterizar um pouco essas fases, discutiremos as diferentes formas de qualificação do quadro de pessoal, com ênfase nos manuais de treinamento e instrumentos de guia para o trabalho de campo. Além disso, analisaremos as transformações que foram ocorrendo na prática operacional dos agentes, especialmente no que tange à atuação no território.

O primeiro momento, que vai do início do século XX até meados dos anos 40, foi marcado pelas brigadas sanitárias instituídas pela liderança de Osvaldo Cruz para controlar e erradicar doenças transmitidas ou não por vetores. Nessa época, não havia uma organização sistêmica do setor saúde e as ações campanhistas ocorriam de forma isolada, porém seguiam uma lógica operacional hierarquizada e com o principal intuito de erradicar e controlar doenças visando garantir benefícios econômicos para o país.

Porto (1994) destaca que essa primeira fase de execução das brigadas foi de extrema importância para o país por dois motivos: em primeiro lugar, porque foram eficazes na erradicação e controle das doenças para as quais foram criadas; em segundo lugar, porque representaram a introdução, mesmo que de forma involuntária, de estruturas e abordagens sistêmicas para o setor saúde, até então, carente de organização.

Não há muitas referências que dissertem sobre o processo de treinamento e estratégias de atuação em campo dessas primeiras equipes. Entretanto, Franco (1969) ao relatar como fora a implantação das brigadas contra a febre amarela traz informações importantes para compreendermos que há um século o trabalho era executado de forma semelhante aos dias atuais.

Apesar da deficiência da verba, cuja aprovação estava sendo propositadamente retardada, Oswaldo Cruz conseguiu organizar um pequeno corpo sanitário de 85 homens, com os quais deu início, em fins de abril de 1903, aos chamados trabalhos de campo. Posteriormente esse grupo cresceu e o pessoal subalterno do Serviço de Profilaxia da Febre-Amarela compunha-se de 236 capatazes, 18 carpinteiros e, em média, de 1.100 trabalhadores. Na época mais intensa da campanha, a brigada sanitária chegou a compor-se de 2.500 homens, que o povo, por zombaria, apelidou de mata-mosquitos. (FRANCO, 1969 p. 88).

Os documentos que guiavam as ações de campo foram a Instrução Normativa para o Serviço de Profilaxia da Febre Amarela de 1903, e o Regulamento 8, de 1904. Em ambos, as características de disciplina, autoridade e controle são elevadas ao plano máximo. O trabalho rotineiro dos guardas constava de visitação aos imóveis em um intervalo “de 15 a 20 dias, que depois foi encurtado para 7 ou 8 dias, conforme a evolução com o ciclo evolutivo do mosquito” (FRANCO, 1969, p. 82).

Segundo o Regulamento 8, a organização das ações das brigadas sanitárias era dividida em duas seções: a de isolamento e expurgo, e a seção de polícia dos focos, tendo cada uma atribuições e deveres definidos e próprios. Cabia ao pessoal de isolamento e expurgo o trabalho mais intensivo sobre o controle dos doentes para evitar a exposição dos contaminados e a circulação do vírus. Já o setor da polícia dos focos se subdividia em três grupos: os guardas responsáveis pelas visitas aos imóveis para inspeção e erradicação de possíveis focos, os guardas competentes para vigiar e erradicar focos em locais de difícil acesso, como reservatórios de água suspensos, telhados, valas, etc.; e as equipes que trabalhavam em locais não povoados, mas que careciam de vigilância e ações estruturais, como dragagem de pântanos e serviços de terraplanagem em áreas de relevo acidentado.

Essa fase vai perdurar até os anos 40, quando os laços entre brasileiros e americanos se estreitaram ainda mais, devido à guerra que se aproximava. Do ponto de vista institucional, o Brasil começou a estruturar o setor saúde com a criação de órgãos e departamentos para áreas específicas, com o apoio técnico, logístico e financeiro dos americanos. E foi a partir do surgimento do SESP que a segunda fase do movimento campanhista se consolidou.

Além da febre amarela no início do século XX e da malária, que conduziram muitos dos esforços de erradicação na época, Teixeira (2008) destaca que foram as verminoses responsáveis por muitas das ações desenvolvidas pelos guardas sanitários do SESP, que também eram chamados de auxiliares de saneamento. Segundo Bastos (1996), para o desenvolvimento dos trabalhos de saneamento havia necessidade de pessoal devidamente treinado para: i) coligir localmente dados que dessem uma ideia geral das condições sanitárias da região; ii) incumbir-se de difundir instruções sobre saneamento; iii) servir de elemento de ligação entre o posto de higiene e o domicílio; d) visitar, periodicamente, as instalações sanitárias construídas pelo Serviço e dar orientação sobre conservação e uso das mesmas.

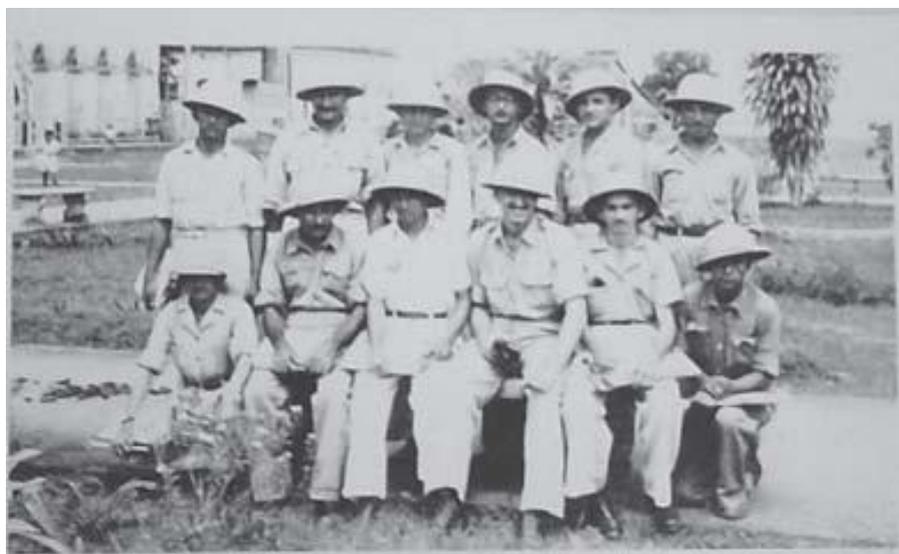
Embora o destaque tenha sido dado às questões de saneamento relacionadas às verminoses, o primeiro curso de formação para guardas sanitários (Figura 1) deu ênfase ao controle da malária. Conforme Bastos (1996), o objetivo do curso foi treinar guardas em mapeamento de área, entomologia, aplicação de larvicidas e realização de outras tarefas relacionadas ao controle da malária. O primeiro curso foi realizado em 1944, na cidade de Itacoatiara, com 10 candidatos dos Distritos Sanitários de Maués, Borba, Paritins, Itacoatiara, Porto Velho, Boa Vista, Tefé, Guajará-Mirim, Beijamin Constant e Manaus. Foram dadas 28 aulas teóricas e 160 horas de trabalho de campo (BASTOS, 1996, p. 401).

Segundo Teixeira (2008), a formação se deu por meio de aulas teóricas e práticas. Os assuntos foram divididos em duas partes, na primeira – “Saúde e saneamento”; “Doenças transmissíveis”; “Destino dos dejetos”; “A proteção dos locais de abastecimento de água”; “Inquérito para saneamento domiciliar”; “O sistema de classificação”; “Os deveres do guarda sanitário ao voltar ao seu centro de saúde”; “Relatórios dos guardas sanitários”; “Preparação dos croquis e dos relatórios de campo que são necessários para preparar o mapa de saneamento da cidade”; e, na segunda parte – “Intensificação do saneamento domiciliar”; “Saneamento escolar”.

Bastos (1996) relata que a orientação geral para esses cursos era dada pelo “Manual de Guardas Sanitários”, preparado por engenheiros do Serviço, em 1947, escrito em linguagem simples, com quadros e desenhos ilustrativos para maior facilidade e compreensão. Em 1964, o Manual de

Saneamento foi revisto. O curso passou a ser dado em 621 horas, sendo 137 em atividades teóricas e 254 em atividades teórico-práticas.

Figura 1 - Turma de guardas sanitários do curso de 1944



Fonte: Casa de Oswaldo Cruz, Acervo Fundação Sesp. 1.Manual para Guarda Sanitário.

Esse período campanhista, no que se refere ao controle de endemias, perdura até o início dos anos 90, quando o setor saúde começou a descentralizar suas ações. Porém, antes disso, os trabalhos de campo, antes executados pelo SESP, passaram a ser gerenciados pelo DENERu que tinha um foco de atuação nas áreas rurais do país. Posteriormente os agentes foram incorporados à SUCAM, que atuava em todo o território nacional com suas campanhas isoladas umas das outras e, por fim, à FUNASA que conduziu o processo de descentralização das ações para os estados e municípios.

Com a promulgação da Constituição de 1988 e as atribuições dos trabalhos de campo repassadas à FUNASA, houve um aumento significativo nos casos confirmados de dengue no Brasil (BRASIL, 2004). Destacamos que vários fatores levaram a esse aumento, porém não podemos negar que a desarticulação do setor de combate a endemias na década de 1990 contribuiu bastante para esse processo, pois o repasse das ações se deu de forma gradual aos municípios e com certa resistência por parte do órgão federal. Duarte (1998) destaca o fato dos guardas de endemias da década de 1990 serem somente guardas de dengue, isto é, não atuarem como os antigos mata-mosquitos que trabalhavam em qualquer endemia.

Com o intuito de realizar uma transição equilibrada dos trabalhos desenvolvidos pela esfera federal para os desenvolvidos pelas esferas estadual e municipal, a FUNASA, em parceria com a FIOCRUZ, criaram o Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde (PROFORMAR) no ano de 2001. Segundo Monken (2008), o PROFORMAR teve como objetivo geral formar 85.000 trabalhadores de nível médio do SUS, dos três entes federados, envolvidos com operações de campo no controle de doenças, em epidemiologia e ações de vigilância em saúde, para desenvolverem ações de promoção e proteção à saúde, como uma estratégia de transformação das práticas sanitárias locais.

Diferentemente dos outros cursos de formação, o PROFORMAR representou uma inovação na forma de conceber os aportes teóricos e práticos necessários aos agentes de saúde em sua rotina de trabalho. De fato, a metodologia utilizada e a condução do processo de ensino-aprendizagem foram diferentes de tudo que já tinha sido feito até então no âmbito da formação profissional. Para Monken (2008), a proposta se caracterizou como um programa de educação continuada que estabelece estreita relação entre os conteúdos teórico-conceituais e os princípios e diretrizes do SUS.

Um dos aspectos mais positivos do PROFORMAR foi preencher a lacuna de formação dos agentes de controle de endemias no processo de descentralização do SUS. Uma inovação foi fomentar o debate acerca do território e da territorialização por meio de um entendimento sobre as relações entre o espaço geográfico, as condições de vida e as situações de saúde das populações. O curso foi estruturado em três unidades subdivididas em sete módulos, cujos eixos centrais foram a vigilância à saúde, o processo de trabalho e a promoção e proteção da saúde.

Bezerra (2012) identificou o impacto positivo do PROFORMAR na formação dos agentes de controle de endemias na Região Metropolitana do Recife, pois em três de quatro municípios investigados, os agentes identificaram o PROFORMAR como um momento singular para discutir as práticas de campo e o aprimoramento das ações, lamentando, inclusive, a não continuidade de formações com a mesma linha teórico-metodológica.

Ao longo do processo de consolidação e formação dos agentes que trabalham no controle de endemias, destaca-se a promulgação da lei n.º 11.350/2006 que regulamentou o exercício da profissão, garantindo um piso salarial nacional e definindo atribuições do cargo. Mais recentemente o projeto de lei de n.º 5312/2016 propõe uma redução na carga horária de trabalho dos agentes, de 40 horas para 30 horas semanais, com a justificativa de que as ações desenvolvidas no campo são bastante desgastantes, especialmente em condições climáticas adversas, como frio, chuva, calor e sol forte.

Por isso, constatamos que ao longo desses anos poucas modificações na rotina de trabalho dos agentes aconteceram, porém foram criados instrumentos de organização do trabalho que têm desdobramentos até hoje no controle das endemias, entre eles, destacamos os manuais dos guardas sanitários, manuais para o controle da dengue e da febre amarela, o manual de saneamento e o manual de reconhecimento geográfico, e os livros-textos do PROFORMAR, que serão discutidos na próxima seção.

## **OS MANUAIS E SUA RELAÇÃO COM O TRABALHO DE CAMPO**

Ao longo do século XX, foram elaborados alguns manuais de procedimento para os programas de controle de endemias. Esses documentos, construídos inicialmente pelos engenheiros dos serviços de saúde, passaram por modificações e atualizações ao longo tempo, mas conservaram a essência do seu objetivo comum, guiar os trabalhadores do setor saúde no âmbito do controle de endemias, especialmente, nas ações de campo.

O primeiro desses instrumentos foi o Manual dos Guardas Sanitários, elaborado em 1944 (BASTOS, 1996) para guiar o curso de formação e posteriormente a atuação dos guardas sanitários em campo. Conforme já fora explicitado, o conteúdo desse Manual aborda vários assuntos pertinentes no âmbito da saúde pública, com ênfase nos conteúdos de saneamento e na conduta dos guardas durante a execução do trabalho. Como nosso foco é entender a relação desses manuais com as ações de campo, faremos uma análise mais específica sobre esses conteúdos.

De acordo com o Manual, três conteúdos são mais enfáticos no que se refere à relação com o trabalho de campo: i) os deveres do guarda sanitário ao voltar ao seu centro de saúde; ii) relatórios dos guardas sanitários; iii) construção dos croquis e dos relatórios de campo que são necessários para preparar o mapa de saneamento da cidade. Conforme já observamos, nessa época, o treinamento das equipes era regido com base na hierarquia e disciplina para com o serviço público, por isso a necessidade de se frisar em documentos oficiais que os guardas sanitários têm deveres a serem cumpridos todos os dias, ao saírem para campo, e quando regressassem de lá.

Segundo Teixeira (2008), mais que fiscais da saúde, esses guardas tinham um papel relevante no diagnóstico e processo de mudança de hábitos da população, por isso seus relatórios deveriam conter descrição pormenorizada da situação sanitária da comunidade sob sua responsabilidade. Dessa forma, já observamos indícios de que o trabalho de campo seguia uma lógica territorial de apropriação do espaço e relações de poder, nesse caso, entre os guardas e as próprias populações visitadas.

A necessidade de controlar o uso e a conservação da sentina, ou de qualquer outro equipamento doméstico, e de garantir condições consideradas adequadas de higiene do domicílio e suas imediações é o que gera a necessidade de esquadrihar a comunidade minuciosamente. Caso contrário, o mapeamento local se daria

apenas no diagnóstico preliminar da realidade para o planejamento das intervenções materiais a serem desenvolvidas (TEIXEIRA, 2008, p. 969).

Essa passagem de texto demonstra como nesse período já se pensava o mapeamento que fosse voltado tanto para o planejamento quanto para a execução das ações. Essa estratégia de mapear é ratificada pela própria formação dos guardas, da qual constava a construção de mapas e croquis, além de conhecimentos básicos sobre escala, topografia, elementos do meio físico, etc.

O Manual de Saneamento, que veio a suceder o Manual dos Guardas Sanitários, continuou sendo editado até o ano de 2006, com sua versão mais atualizada e bastante diferente da primeira edição de 1944. Os conteúdos não abordam mais aspectos relacionados à atuação do agente de endemias no campo, mas enfatizam os conceitos relacionados à visão atual de saneamento, a qual engloba o tratamento e o abastecimento de água; a gestão da drenagem da água e dos esgotos; e o destino dos resíduos sólidos. Além disso, o manual atual expõe alguns conteúdos da engenharia sanitária relacionados a obras e intervenções estruturais.

Tal fato justifica-se visto que as ações de combate às endemias se desvincularam do SESP e da FSESP e foram progressivamente deslocadas para outros órgãos do setor saúde, como, o DENERu, a SUCAM e a FUNASA. Com a criação desses órgãos, outros manuais foram editados, com conteúdos mais específicos para a profilaxia das doenças, com ênfase no combate aos vetores. Nesse contexto, destacam-se os manuais para o controle do *Aedes aegypti*, que trazem, dentre várias medidas de prevenção, informações sobre o vetor, as doenças, as notificações e o trabalho de campo, este resumido ao reconhecimento geográfico, e que tem um manual próprio que merece alguns comentários.

O Manual de Reconhecimento Geográfico (RG) é tratado no âmbito dos órgãos de controle de endemias como o documento chave para as ações de campo, no qual estão contidas as normas de planejamento e operacionalização das ações no território. O RG também é conhecido por representar o diagnóstico de área realizado pelas equipes de campo, devendo ser atualizado conforme as transformações ocorridas no espaço geográfico.

RG é a descrição de uma localidade através de traços geométricos, gráficos e dados estatísticos. Esse procedimento surgiu da necessidade de se mapear o território de atuação dos agentes de controle de endemias, visando elevar o conhecimento da equipe sobre as características físicas das localidades (BRASIL, 1996). Também representa um instrumento indispensável na distribuição dos agentes em campo, visto que através do RG se pode obter um esboço do número de quarteirões e imóveis que devem ser cobertos na rotina de trabalho.

Todavia, segundo relatos de experiências de ex-agentes da FUNASA, o RG tem, antes de qualquer coisa, a principal função de guiar o agente de endemias em sua área de ação. Quando os guardas de endemias iam a campo e não tinham o registro da localidade (croqui ou mapa) era enviada uma equipe especial para fazer o RG da área, com base na confecção de croquis detalhados, evidenciando as ruas, logradouros, quarteirões, acidentes geográficos e alguns imóveis destacados, como igrejas, postos de saúde, escolas, etc.). A função das equipes de levantamento também está expressa no próprio manual, quando caracteriza o trabalho do reconhecedor:

O reconhecedor deve efetuar um reconhecimento prévio e cuidadoso de toda a área da localidade, visando definir seus limites, vias de acesso e a localização de imóveis, bem como, obter uma visão global da mesma. Definido os limites da localidade, o reconhecedor iniciará seu trabalho confeccionando o esboço dos croquis. [...] O reconhecedor, ao iniciar seu trabalho na localidade elege, primeiramente, uma via de acesso como referência da mesma e, orientando-se pela nascente do sol, assinala os pontos cardeais representados pelas letras L para o leste, S para o sul, O para o oeste e N para o norte; inicia a confecção do croqui da localidade em papel quadriculado adequado. (BRASIL, 1996, p. 5).

Essa recomendação é interessante, pois, antes, a referência para guiar a confecção dos croquis era a posição do sol. Ao invés de apontar para o norte e iniciar o desenho, apontava-se para o sol (leste) e começava-se o desenho (Figura 2). Segundo Bezerra (2012), antes de 1987, os próprios agentes faziam o levantamento geográfico e, por isso, alguns procedimentos eram bastante precários, pois não se tinha o domínio da técnica. Após o ano de 1987, a SUCAM recrutou em seus quadros pessoas com certo nível de escolaridade, o que veio a consolidar equipes especializadas no RG.

Figura 2 – Croqui da FUNASA do bairro da Encruzilhada, Recife-PE



Fonte: Secretaria de Saúde do Recife, 2003.

Esses croquis servem, em primeiro lugar, para a localização do agente no campo; depois, para organizar seu roteiro de trabalho e, por fim, para realizar as atualizações no território de ação. Todo croqui é constituído de quarteirões que, segundo o Manual, podem ser regulares (aqueles que podem ser circundados totalmente) e irregulares (os que não podem ser circundados totalmente). Todos os quarteirões são formados pelo conjunto ou por uma unidade de imóveis. Os imóveis são a unidade básica de trabalho dos agentes e podem ser representados por prédios residenciais, comerciais, públicos, terrenos baldios, etc.

O Manual do RG explica de forma detalhada o que fazer quando um quarteirão ou um imóvel se subdivide em outros. Isso é um acontecimento bastante corriqueiro na rotina dos agentes de endemias, visto que ao longo do tempo o país vem se tornando cada vez mais urbano, o que resulta em transformações espaciais rápidas que modificam toda a configuração territorial das cidades. Se pensarmos nas áreas rurais, também vamos encontrar modificações, porém numa amplitude menor e mais fácil de ser visualizada e representada.

Decerto o Manual do RG normatiza muitas questões importantes para a operacionalização do trabalho de campo, no entanto dá muita ênfase a procedimentos sem explicação lógica, como, por exemplo, a ordem de numeração dos quarteirões que deve seguir o formato da letra “S”, no sentido da esquerda para direita, sempre de forma alinhada; e também o roteiro de inspeção do quarteirão, que sempre deve começar pela direita e seguir na sequência pelos seus vários lados. Bezerra (2012) em pesquisa com agentes de endemias questionou o porquê desse procedimento aos próprios agentes, entretanto a resposta foi que esse método é assim desde sempre e que nunca houve contestação, ou seja, quem entra no serviço vai se adaptando aos procedimentos vigentes, mesmo que esses não tenham uma explicação lógica para seu funcionamento.

O último e mais recente desses manuais de normas técnicas foi elaborado com a especificidade de servir para o controle da dengue. Sob o título, Diretrizes Nacionais para o Controle e Prevenção das Epidemias de Dengue (2009). O Ministério da Saúde publicou esse documento que divulga uma série de procedimentos para o combate dessa doença que ocupou o lugar de destaque nas ações de controle vetorial, lugar que já foi da febre amarela no início do século e da malária nos anos 40 e 50.

Por meio da leitura do documento, observamos uma evolução na forma de pensar o fenômeno da dengue associada à dinâmica do espaço geográfico brasileiro, porém, também é nítido que a operacionalização dos programas de controle da dengue não seguem efetivamente as diretrizes apontadas pelo documento, especialmente as ações de caráter analítico e reflexivo sobre os processos de controle do vetor no território.

Um das questões destacadas no Manual refere-se à necessidade de articulação sistemática da vigilância epidemiológica e entomológica à atenção básica, integrando as suas atividades de maneira a potencializar o trabalho e evitar a duplicidade das ações, considerando especialmente o trabalho desenvolvido pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e pelos Agentes de Controle de Endemias (ACE) (BRASIL, 2009, p. 53). Esse texto é uma demonstração de amadurecimento do setor saúde no que tange às ações de controle vetorial que historicamente sempre foram realizadas de forma muito isolada.

A ideia de articular cada vez mais a atenção básica com a vigilância à saúde é um avanço no campo operacional, pois busca unir setores que sempre estiveram distantes ao longo da história. O fio condutor dessa reaproximação é exatamente a operacionalização das ações de campo pelos atores que estão na ponta dos programas de saúde da família e de controle de endemias. Da mesma forma que no passado Osvaldo Cruz articulou essas áreas (que não possuíam essa denominação), mas no fundo representavam o controle do vetor e o controle da doença e das pessoas, assim como o SESP criou a figura dos guardas sanitários e das visitadoras sanitárias, agora o Ministério da Saúde propõe a integração desses campos tão importantes para a saúde pública brasileira. Inclusive, o gestor pode e deve rever os parâmetros definidos para o ACE, considerando como domicílios visitados aqueles que tiveram a presença do ACS, de acordo com sua realidade e organização dos serviços de saúde.

Isso abre um precedente para a organização das ações de controle de endemias, pois pode, em curto prazo, sobrecarregar o trabalho dos ACS e, a médio e longo prazo, diminuir a quantidade de ACE que realizam as visitas domiciliares. A integração das ações desses atores sobre uma mesma base territorial não pode significar sobreposição de competências, muito menos servir de disputas entre quem tem mais poder de controle do território no desenvolvimento suas ações preventivas. Lembramos que esses setores possuem uma base de construção histórica bastante diferenciada.

A respeito da operacionalização das ações de controle, cabe ao município, entre outras atribuições, adotar preferencialmente o regime de zoneamento para a atividade do ACE, que consiste em mantê-lo atuando dentro de uma mesma área de trabalho, se possível, próximo ao seu próprio local de residência, buscando ainda uma territorialização compatível com a da Atenção Primária (BRASIL, 2009, p. 59). Essa discussão é um dos focos centrais do debate. Então, quando o MS propõe esse tipo de regime, observamos um avanço na perspectiva de compreensão da dinâmica territorial, pois, assim, há a identificação dos atores responsáveis por territórios específicos e a integração de suas ações rotineiras. A única ressalva diz respeito às diferenças entre os conceitos de zoneamento e territorialização, que aparecem no Manual como sinônimos. Bezerra (2012) identificou na RMR que a palavra *zoneamento* ainda é bastante empregada pelos agentes de controle de endemias, mas esse termo não tem a mesma abrangência de territorialização, que é um processo mais complexo. O zoneamento é apenas um dos passos para a territorialização (BEZERRA, 2012).

Como se pode observar, do ponto de vista institucional a preocupação com a territorialização aparenta ser meramente estatística, ou seja, colocar os atores, “coletores de informações”, na mesma base territorial para possibilitar a geração de informações de uma mesma referência. Não se nega a importância disso para as análises de situação de saúde, contudo restringir o processo de territorialização à coincidência de bases territoriais operacionalizadas por programas distintos torna-se simplório demais.

Outros pontos polêmicos do Manual são o fato de que algumas questões explicitadas no texto não são realizadas na prática. Por exemplo, há duas referências específicas que tratam de reuniões sistemáticas entre as equipes de vigilância em saúde e as equipes da estratégia de saúde da família, e encontros com as comunidades para avaliar os trabalhos e mobilizar os envolvidos para ações de prevenção contra a dengue. Bezerra (2012) identificou na RMR que essas reuniões não acontecem

na prática, o que implica uma reprodução exclusiva das práticas de controle vetorial com base na visita domiciliar. Este fato empobrece muito o conjunto de ações sugeridas e adotadas como diretrizes pelo Ministério da Saúde. Enquanto os atores atuais que atuam na ponta dos programas só realizarem práticas operacionais sem a discussão e reflexão junto às comunidades e outros setores da saúde pública, podemos compará-los aos brigadistas do início do século.

Buscando romper com esse paradigma, o PROFORMAR foi um curso pioneiro no desenvolvimento de uma abordagem teórico-metodológica um pouco diferente das apresentadas anteriormente, visto que destaca a todo momento a dinamicidade do espaço geográfico, eleva o território à categoria chave no entendimento dos processos saúde-doença, possui um enfoque interdisciplinar e, o mais importante, ressalta a importância dos operadores das políticas no seu desenvolvimento e aprimoramento.

Porém, é evidente que no histórico dos processos de formação dos agentes de campo e da atual prática operacional existem muito mais heranças que rupturas e avanços. Ao longo dos mais de cem anos, percebemos que as transformações nas ações de combate vetorial no território ocorreram de forma muito sutil, oriundas de demandas específicas sobre cada tipo de doença combatida. Para Lima (1998), não há novidade essencial na técnica do trabalho contra o vetor. A ação dos agentes ainda tem um viés mecanicista, com ausência de reflexão individual e coletiva, escassez de práticas intersetoriais, exposição aos riscos de contaminação pelos inseticidas químicos que ainda persistem e o não reconhecimento da importância dos trabalhadores de campo, vistos geralmente como “coletadores de dados” e “matadores de mosquito”. Por meio desse processo histórico, evidenciamos que pouco se evoluiu na construção de ações mais sistêmicas e menos pragmáticas no setor de saúde relacionado com o controle de endemias e monitoramento ambiental.

## CONCLUSÕES

Ao longo do tempo foram várias as denominações para personalizar o trabalhador de campo na saúde pública: mata-mosquitos, guardas sanitários, guardas de endemias, agente de controle de endemias, agente de saúde ambiental, agente de vigilância ambiental. Quando comparamos as atribuições e principalmente as ações de campo, observamos que muitas das práticas adotadas no início do século XX estão presentes até hoje, e seguem influenciando os trabalhos de campo da vigilância em saúde. Ainda é muito cedo para pensarmos numa ruptura de modelos, afinal, passaram-se apenas duas décadas desde a descentralização das ações, e a capacidade de inovação dos municípios ainda se mostra bastante limitada.

As ações da vigilância em saúde ambiental não foram e nem são fundamentadas em uma discussão embasada sobre o território. O momento que mais se aproximou desse diálogo foi o surgimento da metodologia de reconhecimento geográfico por parte da SUCAM, mas que se limitava à realização de levantamentos quantitativos e descritivos sobre a realidade encontrada no campo. O reconhecimento geográfico sempre foi um instrumento que serviu mais para o controle das ações do que para o entendimento da dinâmica territorial. Os croquis construídos à mão, hoje a base instrumental das vigilâncias nos municípios, tinham como principal objetivo localizar e facilitar o deslocamento dos agentes no campo.

Observa-se que as ações de campo da vigilância em saúde ambiental também não incorporaram o conhecimento e a apropriação do território. Embora os agentes de campo percebam sua influência sobre a área de atuação, eles não sistematizam as informações geradas pelos dados coletados no campo, nem aprofundam a análise sobre o território de ação, pois não se apropriam desse recorte espacial. Fato este, que não pode ser atribuído ao profissional de campo, mas sim as estruturas de vigilância em saúde, que em sua maioria, visualizam os agentes de campo como meros coletores de dados em detrimento do real potencial que eles possuem de intervenção no território.

## REFERENCIAS

ARAGÃO, M. B. Amazônia e Sucam. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 94-96, 1990.

BASTOS, N. C. B. **SESP-FSESP: 1942 – evolução histórica - 1991**. Brasília, DF: Fundação Nacional de Saúde, 1996.

BENCHIMOL, J. Debate. In: MARTINS, R. B; BENCHIMOL, J. Dengue no Brasil. **Histórias, Ciências e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.173-215. 1998.

BEZERRA, A. C. V. **A consolidação das ações de campo da vigilância ambiental em saúde: heranças e desafios a territorialização** [tese de doutorado]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco – UFPE; 2012. [acesso em 21 jul 2013]. Disponível em: <http://www.ufpe.br/posgeografia/images/anselmocesartese.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Descentralização do controle de endemias**. FUNASA: Brasília-DF, 1994, 64p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual de reconhecimento geográfico**. FUNASA, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cem anos de saúde pública: a visão da FUNASA**. Ministério da Saúde, FUNASA, Brasília-DF, 2004, 230p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue**. 1. ed. Brasília, DF, 2009. 160 p.

CARNEIRO, M; B. O financiamento das ações coletivas de saúde. p 47-54. In: BRASIL. **Descentralização do controle de endemias**. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde: Brasília-DF, 1994, 64p.

DUARTE, J. R. Debate In: MARTINS, R. B; BENCHIMOL, J. Dengue no Brasil. **Histórias, Ciências e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.173-215. 1998.

FRANCO, O. **História da febre Amarela no Brasil**. Rio de Janeiro, DENERu, Ministério da Saúde, 1969, 212p.

LESSER, J; KITRON, U. A geografia social do zika no Brasil. **Estud. av.** São Paulo, v. 30, n. 88, p. 167-175, Dez. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-04](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-04) Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-40142016.30880012>. <https://doi.org/10.1590/s0103-40142016.30880012>

LIMA, M. M. Debate. In: MARTINS, R. B; BENCHIMOL, J. Dengue no Brasil. **Histórias, Ciências e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.173-215. 1998.

LIMA, A. L. G. S.; PINTO, M. M. S. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. **História, Ciências, Saúde**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p.1037-51, 2003.

MONKEN, M. Contexto, território, e processo de territorialização de informações: desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em saúde. In: **A geografia e o contexto dos problemas de saúde**. BARCELLOS, C. (org.) Rio de Janeiro: ABRASCO, Saúde e Movimento, n. 6, p. 141-164, 2008.

MORAES, H. F. **SUCAM: sua origem, sua história**. Brasília, DF: Fundação Nacional de Saúde, 1990.

OSANAI, C. H. Descentralização do controle de endemias: processos e produtos / controle popular. p 42-46. In: BRASIL. **Descentralização do controle de endemias**. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde: Brasília-DF, 1994, 64p.

PORTO, M. S. Marcos técnicos e legais para a descentralização do controle de endemias. p 35-39 In: BRASIL. **Descentralização do controle de endemias**. Ministério da Saúde., Fundação Nacional de Saúde: Brasília-DF, 1994, 64p.

SILVA, L. J. O controle das endemias no Brasil e suas histórias. **Ciência e Cultura**. São Paulo, v. 55. n.1, p. 44-47, Jan./Mar 2003.

TEIXEIRA, C. C. Interrompendo rotas, higienizando pessoas: técnicas sanitárias e seres humanos na ação de guardas e visitadoras sanitárias. **Ciência & Saúde Coletiva**, [Rio de Janeiro] v.13, n. 3, p. 965-974, 2008.

VARGA, I. V. D. Fronteiras da Urbanidade Sanitária: sobre o controle da malária. **Saúde e Sociedade**. [São Paulo], v. 16, n. 1, p. 28-44, 2007. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902007000100004>